



**MODELLO PILOTA**

**“CONTINUITA’ ASSISTENZIALE OSTETRICA:**

**LA PRIMA VISITA DI ASSISTENZA AL DOMICILIO ALLE DONNE DOPO IL PARTO A CURA DELL’OSTETRICA/O”**

## INDICE

1. PREMESSA
2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE
3. CONTESTO ED EVIDENZE SCIENTIFICHE
  - a. Continuità assistenziale ostetrica
  - b. Perinatalità e stato emotivo
  - c. Contesto epidemiologico
  - d. Continuità Assistenziale Ostetrica: stato dell'arte in Lombardia
4. LINEE DI INDIRIZZO
5. SUB ALLEGATI
6. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

## 1. PREMESSA

Regione Lombardia ha da tempo avviato un percorso finalizzato a potenziare la continuità assistenziale ostetrica con l'obiettivo di tutelare il benessere e la salute della donna e del neonato e contrastare la denatalità.

Tra i provvedimenti più recenti si ricordano:

1. DGR XII / 1141 del 16.10.2023 "Linee di intervento per lo sviluppo ed efficientamento del percorso nascita in Lombardia finalizzato a favorire la natalità e la tutela della salute riproduttiva" che ha approvato programma di sviluppo regionale per contrastare la denatalità che nell'area di offerta ostetrica consultoriale ha previsto di "potenziare l'assistenza alla donna dimessa dopo il parto, anche a livello domiciliare (Home Visiting) a cura dell'ostetrica per promuovere la salute dei primi 1000 giorni e una genitorialità responsiva, promuovere l'allattamento, prevenire fattori di rischio comportamentali, riconoscere segni/sintomi allertanti caratteristici del puerperio al fine di attivare la rete specialistica, psicologica e sociale e altre professionalità ove necessario";
2. DCR XII/395 del 25.06.2024 "PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO 2024 – 2028" che a p.38 cita: "Regione Lombardia intende potenziare la continuità assistenziale ostetrica anche attraverso l'offerta delle visite domiciliari ostetriche alle donne dopo il parto e l'implementazione del modello OMS "Pensare positivo" per la prevenzione e cura della depressione perinatale";
3. DGR XII/1827 del 31.01.2024, Allegato 5; 5.4.3 "Perinatalità" (pagina 15) che nell'ambito degli interventi finalizzati alla salute della donna ha riconfermato l'obiettivo di potenziare gli interventi e le risorse dell'Ostetrica consultoriale in tutti i setting e di individuare delle azioni al fine di assicurare la continuità assistenziale a cura dell'ostetrica alle donne dopo il parto (supporto universale) con la proposta routinaria di supporto e di visite al domicilio;
4. DGR XII/3720 del 30.12.2024, Allegato A; pagine 42 e 84) che ha dato indicazioni, ai sensi della DGR XII/1141/23, e a far seguito alla adozione regionale delle Linee guida "La continuità assistenziale ostetrica: la prima visita domiciliare alle donne dopo il parto a cura dell'ostetrica" per l'adozione del modello operativo e l'attivazione delle fasi operative a cura degli Enti individuati.

## 2. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento definisce le linee di indirizzo sul tema della continuità assistenziale ostetrica, proponendo un modello *per l'assistenza ostetrica per le donne in puerperio* che verrà applicato, in via sperimentale, in alcune ASST del territorio.

Questo modello costituisce un'opportunità anche per programmi-interventi di prevenzione-promozione della salute (es: counselling motivazionale breve per il cambiamento degli stili di vita<sup>1</sup> "Mamme Libere dal Fumo", ...) oltre che per interventi addizionali e specialistici.

L'implementazione in via sperimentale di questo modello consentirà di verificare i punti di forza e di debolezza, nella prospettiva di una sua estensione consolidata a livello regionale. Il modello è costruito favorendo la creazione di una rete che garantisca la continuità assistenziale nel passaggio tra i vari setting di cura che include i diversi nodi della rete e i diversi professionisti coinvolti.

Il modello proposto non introduce modifiche in tema di criteri clinici e medici per un'appropriata dimissione ospedaliera.

## 3. CONTESTO ED EVIDENZE SCIENTIFICHE

Il periodo della gravidanza e del post-parto è caratterizzato da bisogni complessi che richiedono risposte personalizzate e tempestive. La transizione alla maternità è infatti caratterizzata da cambiamenti fisici, psicologici, sociali e relazionali che impattano significativamente anche sulla qualità della vita (QoL) dei genitori e delle famiglie.

I primi 1000 giorni di vita, dal concepimento fino ai due anni di età, rappresentano una finestra cruciale, sia in termini di opportunità che di vulnerabilità per lo sviluppo del bambino (Early Child Development, ECD).

Le ricerche sono concordi nell'affermare che tra i fattori che maggiormente impattano sullo sviluppo fisico, emotivo e cognitivo del bambino, con conseguenze che si ripercuotono sulla sua intera esistenza, gioca un ruolo fondamentale la genitorialità responsiva (responsive caregiving), vale a dire la capacità del caregiver di rispondere in modo sensibile, appropriato e tempestivo ai bisogni fisici, emotivi e cognitivi dei bambini e delle bambine (WHO, 2018 e 2020).

Risulta quindi cruciale programmare interventi a supporto della salute, del benessere e delle capacità dei genitori e dei bambini sin dalle fasi del concepimento, ma ove possibile anche prima, attraverso un approccio che valorizzi competenze complesse e multidisciplinari e che crei connessioni all'interno del sistema dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali.

### a. Continuità assistenziale ostetrica

Il fine di una moderna medicina perinatale<sup>2</sup> è quello di ottenere una mamma ed un bimbo in perfetta salute, garantendo un livello di cure appropriato ed efficiente.

---

1 Regione Lombardia. Sistema di Sorveglianza 0-2 anni sui principali determinanti di salute.

2 WHO "Care in Normal Birth: a practical Guide" report of a technical Working Group Publication WHO/FRH/MSM/96.24 Geneva.

La linea guida NICE Postnatal Care<sup>3</sup> (2021) raccomanda che la prima visita al rientro al domicilio dopo le dimissioni venga fatta dal team di ostetriche (non da “maternity supporter worker”) a casa della donna con tempistiche e modalità definite in base alle circostanze e alle esigenze della stessa. La raccomandazione (C1) n. 44 della Linea Guida WHO<sup>4</sup> indica come necessari almeno quattro contatti/visite di assistenza ostetrica alla donna in puerperio: entro le 24 ore dalla nascita, *“tra le 48 e le 72 ore, tra i 7 e i 14 giorni e durante la sesta settimana dopo la nascita”*.

Due Risoluzioni nazionali<sup>5</sup> impegnano il Paese a “prevedere un’assistenza e un sostegno alle mamme e neonati, anche dopo le dimissioni ospedaliere, tramite visite domiciliari del personale sanitario dei consultori familiari”.

È sulle Time Band della raccomandazione 44 che, nel 2018, sono stati inseriti nell’Agenda del Percorso Nascita i contatti dei Bilanci di Salute Ostetrico (prima visita o controllo)<sup>6</sup>.

Il report APPG<sup>7</sup> del 2022 evidenzia come l’assenza o la carenza<sup>8</sup> dei servizi di follow-up postnatale (es. visite domiciliari per sostegno all’allattamento<sup>9</sup>, supporto allo stato emotivo etc.) siano correlate ad un aumento delle riammissioni in ospedale.

Numerosi altri documenti, tra cui “Le cure che nutrono”, promuovono il sostegno universale nel puerperio quale strumento di promozione della salute e di prevenzione primaria, con l’obiettivo di ridurre la probabilità di incidenza di problemi nella donna e nel bambino, identificando precocemente le criticità.

L’obiettivo è che tutte le donne e le famiglie ne beneficino attraverso il rafforzamento dei servizi territoriali che devono dedicarsi in modo integrato alle componenti della “nurturing care”.

Accanto agli studi che evidenziano l’importanza del supporto universale alla donna durante il puerperio, vi sono altrettante evidenze scientifiche che indicano l’importanza del ruolo dell’ostetrica in questa fase della vita della donna.

K. Helsloot<sup>10</sup> sostiene che l’assistenza ostetrica in puerperio dovrebbe iniziare con una presa in carico già durante la gravidanza, con un piano assistenziale individualizzato che sostiene/accompagna

---

3 NICE guideline [NG194] Postnatal care 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>.

4 WHO, 2022 Recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience” agg. 2022 della LG 2013/14 pg 152 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>

5 Nuovo testo delle risoluzioni nazionali approvate dalla Commissione. Due Risoluzioni in materia di promozione e sostegno dell’allattamento al seno. [https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo\\_id=120862](https://www.quotidianosanita.it/governo-e-parlamento/articolo.php?articolo_id=120862).

6 Decreto Regione Lombardia, DG Welfare n°14243 del 5 ottobre 2018

7 APPG report, 2022. Safe Staffing: The impact of staffing shortages in maternity and neonatal care Report of the baby Loss and Maternity All Party Parliamentary Groups [online]. UK.

8 Lo staffing ostetrico, ovvero il numero di ostetriche nei luoghi di prossimità principali (consultorio familiare, domicilio)/n° abitanti, vanno correlati agli obiettivi e ai carichi di lavoro del Consultorio. In particolare, dovrebbe assolvere come afferma il P.O.M.I., ai tre progetti strategici: percorso nascita, adolescenti e prevenzione dei tumori femminili. L’Italia è al di sotto della media europea di 14,2 ostetriche ogni 100mila abitanti, secondo la recente affermazione della Federazione degli Ordini della Professione Ostetrica (FNOPO) alle Istituzioni Nazionali ([https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo\\_id=110599](https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=110599)), 27 gennaio 2023). A conferma di quanto, la FNOPO già dal 2020-2021 ha modificato la variabile n.2 “domanda per 100.000 abitanti” portando almeno il valore da 61 a 70 ostetriche ogni 100.000 abitanti<sup>8</sup> nel modello previsionale formativo trasmesso al Ministero della Salute utile a determinare il fabbisogno formativo. In relazione alla tematica in oggetto l’Istituto Superiore di Sanità porta sulle sue pagine il carico di lavoro per figura professionale. Si afferma “ [...] il Progetto Obiettivo Materno Infantile fa riferimento alla legge 34/96 in cui si esplicita la necessità di un consultorio ogni 20 mila abitanti ed esplicita nel dettaglio figure professionali e orario di lavoro minimo per ogni servizio consultoriale. Ogni progetto strategico può essere tradotto in ore di lavoro per figure professionali per unità di popolazione bersaglio. Per avere un’idea di prima approssimazione dei carichi di lavoro per figura professionale, in relazione alla realizzazione dei tre progetti strategici, si riporta un calcolo orientativo nell’ipotesi di un consultorio che opera in un bacino territoriale di 20 mila abitanti. L’obiettivo strategico “Percorso Nascita” comprende la sezione “Puerperio” ed ecco un calcolo orientativo ( Cfr Michele Grandolfo – Reparto salute della donna e dell’età evolutiva, Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute, Iss – Roma Il consultorio familiare nel POMI disponibile: [https://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo#Il\\_carico\\_di\\_lavoro\\_per\\_figura\\_professionale](https://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo#Il_carico_di_lavoro_per_figura_professionale)

In alcuni Paesi (es: UK, 2014): 1 ostetrica ogni 50/60 nascite/anno)

9 Cfr. Agenda 2030 laddove individua gli obiettivi di sviluppo sostenibile, in particolare l’obiettivo 3 che indica l’allattamento come determinante per la sopravvivenza, per la salute e per il benessere delle donne, dei bambini e delle nazioni, e che è imprescindibile proteggerlo in tutto il mondo.

10 K. Helsloot et al, 2017. A systematic approach towards the development of quality indicators for postnatal care after discharge in Flanders, Belgium Kaat [online]. Belgio: Elsevier. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347927/> [15/02/24]

mamma e feto/neonato durante tutto il percorso. I risultati dello studio dimostrano che un'assistenza di qualità in puerperio dopo la dimissione favorisce i seguenti outcomes: salute fisica e mentale materna, salute fisica neonatale, soddisfazione materna e tassi di allattamento maggiori.

L'assistenza ostetrica in puerperio porta ad un miglioramento dello stato emotivo delle donne dai 4 fino ai 12 mesi dopo il parto, rappresentando anche un importante strumento di prevenzione (attraverso l'identificazione dei cosiddetti **red flags**, campanelli di allarme) nell'ambito delle relazioni<sup>11</sup>, senza nessun aumento nei costi dell'assistenza stessa, affermandosi, come sostiene C. MacArthur<sup>12</sup>, quale intervento "costo-efficacia".

In conclusione, l'ampia letteratura scientifica sull'argomento è univoca nel sottolineare che l'assistenza ostetrica, supportata da un'equipe consultoriale multiprofessionale, alle donne dimesse dal punto nascita ha un impatto significativo a breve-medio-lungo termine sulla salute della donna e della diade, contribuisce a migliorare gli outcome materni e neonatali e a ridurre le riammissioni in ospedale ed è costo-efficace.

## **b. Perinatalità e stato emotivo**

Il periodo perinatale è una fase del ciclo di vita molto specifica e complessa nella esistenza della donna. I cambiamenti che ne derivano coinvolgono diverse dimensioni biopsicosociali quali l'aspetto del corpo, l'identità, gli affetti, la sessualità e il ruolo all'interno della coppia, della famiglia e della società. La riattivazione dei vissuti inerenti alla storia personale di attaccamento mobilita al contempo slanci evolutivi, tendenze regressive e ansia. Trasversalmente le donne sperimentano, in misura maggiore o minore, vissuti di ambivalenza psicologica, cambiamenti di umore, aumento dell'allerta e alterazione della reattività ansiosa, sino a configurazioni che rappresentano veri e propri disturbi emotivi e/o disturbi misti ansioso-depressivi (Bjelica A, 2018).

Secondo le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità la depressione perinatale colpisce oggi nei paesi ad alto livello di risorse una neomamma su dieci (in Lombardia sono nati nel 2022 circa 68.000 bambini, quindi circa 7.000 gravide e puerpere hanno presentato un quadro di questo tipo). La recente revisione dell'Istituto Superiore di Sanità (Camoni et al.2023)<sup>13</sup>, includendo anche le forme lievi (EPDS  $\geq 9$ ), arriva ad una percentuale nettamente più elevata (pari al 27%).

La presenza nel periodo perinatale di aspetti depressivi e di ansia materna hanno un impatto negativo sulle madri e sullo sviluppo del neonato nel breve, medio e nel lungo termine (Ammaniti et al., 2006; Deave et al., 2008; Hay et al., 2010; Korhonen et al., 2012; Loomans et al., 2011; Palmer et al., 2020; Sandner et al., 2018; Vismara et al., 2016; Coo et al. (2020)). Allo stesso modo, è dimostrato che la salute materna, favorisce uno sviluppo sano, inteso in senso ampio, del neonato; pertanto il periodo perinatale rappresenta un momento particolarmente vantaggioso per fornire misure preventive e interventi di supporto genitoriale (Glover et al., 2008; Damashek et al., 2020; Tandon et al., 2020).

---

<sup>11</sup>Baird et al., 2021; Furlow, 2010; Grier & Geraghty, 2015; Vermont Network Against Domestic & Sexual Violence, 2016.

<sup>12</sup> C. MacArthur et. al, 2003. Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs [online]. Health Technol Assess. Disponibile su <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14622490/>> [15/02/2024]

<sup>13</sup> Laura Camoni, Antonella Gigantesco, Giulia Guzzini, Elisa Pellegrini and Fiorino Mirabella Epidemiology of perinatal. Depression in Italy: systematic review and meta-analysis [https://www.iss.it/documents/20126/0/ANN\\_23\\_02\\_07.pdf](https://www.iss.it/documents/20126/0/ANN_23_02_07.pdf).

Lo studio di Vismara et al. ha evidenziato i benefici di programmi di visite domiciliari post-natali rivolte alla coppia genitoriale, finalizzati a promuovere la relazione di attaccamento mamma–bambino e a sostenere la capacità materna e paterna di sintonizzarsi sui bisogni del neonato (Fonagy et al., 2002; Slade, 2005, Slade et al., 2019).

L’implementazione di programmi di visite domiciliari ostetriche, che prevedono il coinvolgimento dello psicologo, con funzioni di formazione e integrazione clinica, hanno mostrato esiti positivi (Goodman e Garber, 2017) in termini di riduzione della depressione perinatale, dell’ansia e dello stress genitoriale nonché di prevenzione del maltrattamento sui minori (Gatti et al., 2011; Shea et al., 2020).

Il quadro descritto evidenzia la crescente necessità di implementare l’Agenda del Percorso Nascita per l’attivazione routinaria dello screening sul benessere delle donne nel periodo perinatale e l’estensione dell’attività domiciliare ostetrica in maniera proattiva a tutte le puerpere già nella prima settimana dopo il parto.

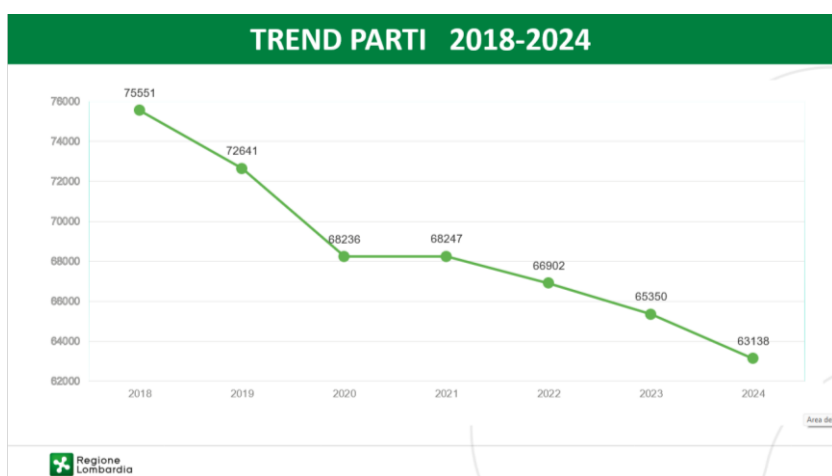
### c. Contesto epidemiologico

Secondo i dati ISTAT il 2024 segna un nuovo minimo storico della natalità in Italia<sup>14</sup>.

La flessione delle nascite è un fenomeno trasversale a livello nazionale: ha pesato particolarmente in Valle d’Aosta (-40,4%) e in Sardegna (-40,4%) oppure nelle Marche (-36,2%), superando la tendenza media nazionale anche in Lombardia e in Lazio (-32,9%), ma anche in alcune regioni meridionali.

La ricerca “Per una primavera demografica”, presentato all’evento della fondazione Magna Carta, conferma che siamo al decimo anno consecutivo di record negativo sul fronte della demografia.

Anche in Lombardia, il 2024 ha segnato un nuovo superamento, al ribasso, del minor numero di parti mai registrato.



<sup>14</sup> IISOLE24 Ore, Michela Finizio. Natalità, una culla su tre è rimasta vuota dopo il Covid. Nel 2023 solo 380mila nuovi nati. Disponibile <https://amp24.ilsole24ore.com/pagina/AFvtxomC>, 2024.

Il calo della natalità (cd inverno demografico; oggi anche definito l'eccezionalismo demografico italiano -Billari 2024-) è un fenomeno complesso in cui si intrecciano cause politiche, sociali, economiche, culturali e sanitarie.

Sul tema della promozione della natalità, Regione Lombardia ha nel tempo avviato numerose iniziative finalizzate a favorire il sostegno alla donna, alla coppia e alla famiglia.

#### d. Continuità Assistenziale Ostetrica: stato dell'arte in Lombardia

L'integrazione territorio-ospedale-territorio rappresenta un fondamentale obiettivo strategico del sistema sanitario regionale.

Nel corso degli ultimi anni Regione Lombardia ha dato un rilevante impulso alla tutela della salute della donna, del neonato e della famiglia. Lo confermano i numerosi provvedimenti adottati dal 2018 tra cui le più recenti e dalle recenti DGR N° XII/1141 del 16 ottobre 2023 "Linee di intervento per lo sviluppo ed efficientamento del percorso nascita in Lombardia finalizzato a favorire la natalità e la tutela della salute riproduttiva", DGR N° XII/1827 del 31 gennaio 2024 "Determinazioni in ordine agli indirizzi di programmazione del SSR per l'anno 2024", Deliberazione del Consiglio Regionale della Lombardia XII/395/25.06.2024 PIANO SOCIOSANITARIO INTEGRATO LOMBARDO 2024 – 2028, DGR XII/3510/02.12.2024.

In particolare, la DGR XII/1141/2023 ha approvato un programma di sviluppo ed efficientamento del percorso Nascita attraverso 5 Aree di offerta:



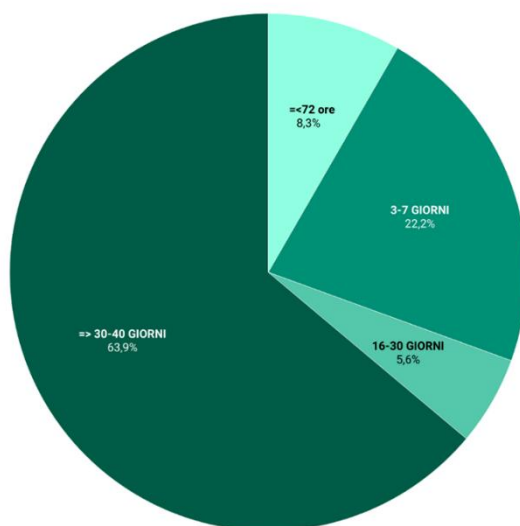
Nonostante l'attenzione programmatoria, l'offerta del servizio di continuità assistenziale ostetrica sul territorio regionale non è strutturata in modo omogeneo. Da un questionario somministrato nel 2024 a 36 enti (100% delle ASST e degli IRCCS sedi di Punti Nascita e 87,5% degli Enti accreditati a contratto

sedi di Punti Nascita) emerge che il 63,88% raccomandano alle donne dimesse dal punto nascita di effettuare un controllo in puerperio non complicato dopo  $\geq 30-40$  giorni.

#### TEMPISTICA RACCOMANDATA PER CONTROLLO IN PUERPERIO NON COMPLICATO

Dati relativi a n.36 enti censiti (ASST, IRCCS e Punti Nascita. Esclusi i consultori)

■  $\leq 72$  ore ■ 3-7 GIORNI ■ 16-30 GIORNI ■  $\Rightarrow 30-40$  GIORNI



Alcuni Enti, da anni, offrono alla puerpera in modo più strutturato la visita domiciliare a cura dell'ostetrica del Consultorio; altri solo su specifica categoria a rischio ed altri ancora senza raccomandazione specifica.

I flussi regionali non restituiscono in modo esaustivo la casistica delle visite domiciliari alle donne dopo il parto.

#### 4. LINEE DI INDIRIZZO

Il Servizio di "Continuità assistenziale ostetrica" vuole consolidare la collaborazione territorio-ospedale-territorio, con l'obiettivo di:

- garantire il supporto alle donne, anche dopo il parto, attraverso la prima visita di assistenza al domicilio a cura dell'ostetrica/o, con tempistiche definite dai livelli di vulnerabilità;
- identificare la popolazione vulnerabile, ovvero la frazione della popolazione generale a rischio di incorrere in eventi - condizioni negative che si intendono prevenire;
- attivare, ove necessario, le risorse professionali competenti, quali l'assistente sociale, l'assistente sanitario, lo specialista medico ginecologo e/o pediatra/neonatologo, lo psicologo e altre professionalità secondo le peculiari specificità;
- sostenere la competenza e la genitorialità responsiva dell'assistita e della neo-famiglia secondo il programma "I primi 1000 giorni".

Il modello di Continuità Assistenziale Ostetrica si sviluppa attraverso le seguenti linee:

1. **informazione** corretta e tempestiva alle donne riguardo il Servizio di Continuità Assistenziale Ostetrica per garantire l'adesione libera ed informata di ciascuna donna e delle persone di fiducia al percorso;
2. **valutazione** della donna durante il ricovero e alla dimissione, che consenta di:
  - a. definire la priorità di presa in carico ostetrica a cura del Consultorio scelto dalla donna attraverso la sperimentazione della scheda di cui al Sub Allegato 1 "Valutazione priorità";
  - b. attivare eventuali consulenze/interventi che si ritengano opportuni;
  - c. attivare, ove ritenuto opportuno e a seguito di valutazione del rischio sociale della donna, rilevato attraverso la sperimentazione della scheda Sub Allegato 2 "Rilevazione rischio sociale", la consulenza sociale, per il tramite del servizio ospedaliero o consultoriale o dell'ambito territoriale di riferimento della donna.
3. **prima visita di assistenza al domicilio** a cura dell'ostetrica/o consultoriale con le tempistiche prevista dalla priorità esito della valutazione (Sub Allegato 1), ovvero:
  - a. entro 7 gg (supporto universale) per priorità bassa;
  - b. entro 3-5 gg (supporto selettivo e/o dedicato) per priorità medio – alta
4. **consulenze e/o interventi addizionali** con pianificazione anche a lungo termine di interventi per la promozione della salute nei *"I primi 1000 giorni"* e per la popolazione vulnerabile in particolare per:
  - a) riscontro di rischio sociale attraverso il coinvolgimento importante degli Assistenti Sociali e della rete sociale-familiare;
  - b) condizioni evolutive e non adattative correlate alla perinatalità, con fattori di rischio per insorgenza di patologie materne, puerperali, o insorgenza di segni/sintomi allertanti della diade attraverso il coinvolgimento di ginecologi, neonatologi/pediatri ed ostetriche;
  - c) riscontro di positività allo screening sui disturbi affettivi perinatali, anche con interventi psicoeducativi secondo il modello OMS "Pensare Positivo" e con l'importante integrazione clinica da parte dello Psicologo;
5. **protezione-promozione-mantenimento allattamento** garantendo gli standard (BFCI-BFHI) OMS/UNICEF come previsto DGR N° XI/2672/16.12.2019;

L'attuazione del modello di Continuità Assistenziale Ostetrica prevede:

- l'identificazione di una figura Ostetrica operativamente responsabile delle attività e della gestione della rete con i medici specialisti ginecologi, neonatologi/pediatri, psicologi, assistenti sociali, assistenti sanitarie e altre professionalità ove necessario.
- il coinvolgimento attivo del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera scelta;
- la redazione di procedure aziendali che, tenuto conto delle presenti linee di indirizzo, descrivano il percorso e le azioni atte a garantire la continuità ostetrica assistenziale e il raccordo tra Punto Nascita, Consultori Familiari e MMG/PDF al fine di preservare il Percorso Nascita territoriale in ottemperanza alle normative nazionali, regionali di cui le DGR XI/268/28.06.2018, DGR XI/2672/16.12.2019, DGR XI/3525/05.08.2020, Decreto 6279/27.05.2020, DGR 1141/2023, DGR XII/1827/2024 e s.m.i.;
- l'utilizzo dell'Agenda del Percorso Nascita, e, ove presente, nella versione informatizzata.

## 5. SUB ALLEGATI



## Continuità assistenziale ostetrica: scheda valutazione priorità

### Sub Allegato 1

Cognome Nome (madre) \_\_\_\_\_

Data Parto...../...../..... Data dimissione madre ...../...../.....Telefono \_\_\_\_\_




**PRESENTAZIONE DEL PROGETTO:**  La donna aderisce al progetto "continuità assistenziale ostetrica";

La donna non aderisce al progetto "continuità assistenziale ostetrica"; Specificare \_\_\_\_\_

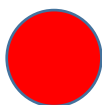
Nome (neonato) \_\_\_\_\_ Età gestazionale alla nascita: \_\_\_\_\_

data dimissione neonato...../...../..... Peso alla nascita (gr) \_\_\_\_\_ Peso alla dimissione (gr) \_\_\_\_\_

Allattamento esclusivo  SI;  NO; giorni di vita del neonato alla dimissione \_\_\_\_\_

priorità di presa in carico alla dimissione	Condizioni	Presa in carico dalla dimissione	Intervento assistenziale
<b>Bassa</b> 	Percorso materno e neonatale fisiologico Score allattamento 7-8	<b>Entro 7 giorni dalla dimissione della donna</b>	Presa in carico territoriale. Offrire alla donna il Supporto Universale ovvero la continuità assistenziale ostetrica con <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contatto telefonico/teleassistenza per triage</li> <li>- 1^ visita domicilio a cura dell'ostetrica</li> <li>- Contatti successivi al Consultorio Familiare;</li> <li>- Contatti addizionali con Supporto Selettivo o con Supporto su Indicazione, di specialisti e/o professionisti dell'equipe del Consultorio Familiare ove venisse intercettata una situazione di vulnerabilità/rischio sociale</li> </ul>
<b>Media</b> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Donna.</b> Condizioni di rischio evolutivo per patologia in puerperio <u>correlato ad esempio</u> con obesità, ipertensione, emorragia post-partum, diabete, patologie croniche pre-esistenti; sintomi dolorosi perineali e mammari.</li> <li>2. <b>Neonato dimesso dal nido</b> Score allattamento 5-6, Gemellarità, peso alla nascita &lt;2500 gr o &lt;10°percentile, neonato con accertamenti in corso alla dimissione, ricovero in terapia intensiva o separazione prolungata per problematiche materne o neonatali, ciclo di fototerapia.</li> </ol>	<b>Entro 5 giorni dalla dimissione della donna</b>	Presa in carico territoriale o ospedaliera che tenga conto di condizioni sociali e familiari. Offrire il Supporto Universale e il Supporto dedicato (ove indicato). Offrire: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contatto telefonico/teleassistenza per triage</li> <li>- 1^ visita domicilio a cura dell'ostetrica</li> <li>- Supporto dedicato (selettivo/su indicazione);</li> <li>- Interventi addizionali e/o specialistici dell'equipe consultoriale/Case di Comunità, ove necessario e secondo competenza;</li> <li>- Contatto addizionale, su indicazione; con Neonatologo ospedaliero o Pediatria di Libera Scelta (PDF) ove assegnato;</li> </ul>
<b>Medio-Alta</b> 	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Donna-</b> Patologica evolutiva del puerperio <u>correlato ad esempio</u> con astenia, fatigue, anemia post-partum severa, cefalea, infezioni in trattamento farmacologico. Positività ai test di screening (Whooley e/o Edimburg) durante il percorso perinatale o altra condizione psichiatrica. Mancato avvio dell'allattamento. Madre dimessa con neonato ricoverato.</li> <li>2. <b>Neonato dimesso dal nido</b> Score allattamento &lt;5.; <i>Late preterm</i>; mancato incremento ponderale o calo ponderale alla dimissione.</li> </ol>	<b>Entro 3 giorni dalla dimissione della donna</b>	Presa in carico territoriale o ospedaliera che tenga conto di condizioni sociali e familiari. Offrire il Supporto Universale e il Supporto dedicato (ove indicato). Offrire: <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1^ visita domicilio a cura dell'ostetrica</li> <li>- Interventi addizionali e/o specialistici dell'equipe consultoriale/Case di Comunità, ove necessario e secondo competenza;</li> <li>- Contatto addizionale, su indicazione, con Neonatologo ospedaliero o Pediatria di Libera Scelta (PDF) ove assegnato;</li> </ul>

### Alta/altissima



Condizioni materne clinicamente o socialmente rilevanti, ad esempio anamnesi positiva per disturbo mentale grave suffragata da valutazione specialistica, patologia del puerperio correlato a sepsi, emorragia severa del postpartum, donna senza dimora, anamnesi positiva per violenza familiare, etc.  
Tale priorità necessita di presa in carico immediata attraverso una procedura aziendale integrata ospedale – territorio appositamente predisposta.

<b>A home visit program for breastfeeding education and support.</b>	
1. La madre è in grado di attaccare il bambino al seno	
2. Il bambino si attacca senza difficoltà	
3. Il bambino poppa con una suzione valida	
4. La madre non ha capezzoli piatti o invertiti	
5. La madre ha allattato il bambino almeno 3-4 volte mentre era in ospedale o 5-6 volte dalla dimissione o in un periodo di 12 ore	
6. Il bambino ha avuto $\geq 2$ pannolini ben bagnati in 24 ore prima dalla dimissione o $\geq 6$ pannolini ben bagnati nelle 24 ore a partire dal secondo giorno dopo la dimissione	
7. La madre ha avuto una precedente esperienza di allattamento al seno di successo	
8. La madre ha un partner che la sostiene o ha identificato una persona che l'aiuta per l'allattamento al seno.	
<b>Punteggio (SI= 1, NO= 0)</b>	
<b>7-8</b> A basso rischio di fallimento per l'allattamento	
<b>5-6</b> A rischio di problemi di allattamento	
<b>&lt; 5</b> A rischio di fallimento dell'allattamento	
<i>Adattato da Johnson TS, Brennan RA, Flynn-Tymkow CD. A home visit program for breastfeeding education and support. Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN. 1999 Sep-Oct; 28(5):480-485.</i>	

In caso di alimentazione complementare o con latte di formula, valutare<sup>15</sup>:

1. Conoscenza delle corrette modalità di ricostituzione del latte formulato (se in polvere)
2. Conoscenza delle corrette modalità di somministrazione del latte (quantità, numero di pasti, posizione del neonato)
3. Comprensione dei segnali del neonato (necessità di pause, fame).

**PRIORITA'**: [ ] Bassa; [ ] Medio; [ ] Medio Alta [ ] .....

Specificare \_\_\_\_\_

**PRESA IN CARICO**: [ ] Ospedaliera; [ ] Territoriale presso \_\_\_\_\_

È importante il coinvolgimento del Pediatra di Libera Scelta e del Medico Medicina Generale, l'equipe consultoriale (assistente sociale, psicologo, ginecologo, ostetrica .... ) secondo modalità aziendali definite.

Firma .....

(cognome nome e qualifica del compilatore del Punto Nascita)

<sup>15</sup> Per la definizione delle categorie di allattamento, allattamento predominante, alimentazione complementare e alimentazione con formula far riferimento ad OMS- <https://www.epicentro.iss.it/allattamento/definizioni>



## GRIGLIA DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO SOCIALE -AREA MATERNO INFANTILE

### Sezione 1

<b>A</b>	Gravidanza trascurata/assenza controlli
<b>B</b>	Gravidanza misconosciuta
<b>C</b>	Gravida o puerpera minorenni
<b>D</b>	Parto non assistito/non organizzato al domicilio
<b>E</b>	Mancata adesione alle terapie
<b>F</b>	Patologia invalidante materna
<b>G</b>	Presa in carico <input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> SERD <input type="checkbox"/> Consultorio Familiare <input type="checkbox"/> Tutela minori
<b>H</b>	Diagnosi di patologia psichiatrica
<b>I</b>	Dipendenze
<b>L</b>	Ambivalenza o incertezza riconoscimento del neonato
<b>M</b>	Comportamenti inadeguati nell'accudimento del neonato
<b>N</b>	Rete familiare <input type="checkbox"/> assente <input type="checkbox"/> carente <input type="checkbox"/> conflittuale
<b>O</b>	Donna migrante irregolare
<b>P</b>	<input type="checkbox"/> Alloggio inadeguato <input type="checkbox"/> Senza dimora
<b>Q</b>	Assenza di documenti identificativi
<b>R</b>	Violenza: <input type="checkbox"/> Sessuale <input type="checkbox"/> Domestica
<b>S</b>	Neonato con urine positive
<b>T</b>	Altro:

### OBBLIGO DI LEGGE

### Sezione 2

<b>W</b>	Neonato non riconosciuto (lasciato in ospedale da donna che si allontana)
<b>X</b>	Parto in anonimato: donna che non vuole essere nominata
<b>Y</b>	Puerpera infra-sedicenne

<input type="checkbox"/>	<b>Nessun rischio rilevato</b>
--------------------------	--------------------------------

La scheda deve essere compilata per tutti i pazienti entro 24 ore dal ricovero e comunque prima della dimissione.

La segnalazione al Servizio Sociale di riferimento deve essere effettuata quando l'operatore sanitario evidenzia anche un solo indicatore della sezione 1 o della sezione 2.

Gli indicatori sono stati divisi in due sezioni:

- nella prima sezione sono riportati indicatori di rischio sociale per i quali è utile una consulenza al Servizio Sociale a cui il Reparto fa riferimento. (v.d. allegata legenda)
- nella seconda sezione sono riportati indicatori per i quali sono previsti adempimenti normativi per Obbligo di Legge che potranno essere attuati dal Servizio Sociale a cui il Reparto fa riferimento.

Il presente modulo compilato deve essere conservato nella cartella clinica del paziente.

Se l'operatore sanitario non rileva alcun indicatore dovrà barrare la casella "Nessun rischio rilevato".

<b>Codice</b>	<b>Indicatore Rischio Sociale</b>	<b>Legenda</b>
<b>A</b>	Gravidanza trascurata/ Assenza controlli	Donna che si presenta al parto senza alcuna documentazione sanitaria
<b>B</b>	Gravidanza misconosciuta	Donna che non ha riconosciuto/avuto consapevolezza di essere gravida
<b>C</b>	Gravida o puerpera minorenni	Gravida o puerpera che non ha compiuto 18 anni
<b>D</b>	Parto non assistito/non organizzato al domicilio	Donna che giunge in ospedale a parto già avvenuto, senza l'assistenza di personale qualificato.
<b>E</b>	Mancata adesione alle terapie	In particolare per le situazioni di pazienti con diagnosi di patologia invalidante
<b>F</b>	Patologia invalidante materna	Con diagnosi certa o sospetta (in fase di accertamento) nel caso in cui la patologia potrebbe pregiudicare la capacità di accudimento e di tutela del minore
<b>G</b>	Presa in carico <input type="checkbox"/> CPS <input type="checkbox"/> SERD <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> Tutela minori	Donne già in carico a servizi specialistici o al consultorio o all'Ente locale su disposizione dell'Autorità Giudiziaria
<b>H</b>	Diagnosi di patologia psichiatrica	Patologia psichiatrica accertata
<b>I</b>	Dipendenze	Situazioni dove le problematiche di dipendenza non sono riconosciute e/o trattate. Donne non in carico ai servizi specialistici oppure in carico ma non complianti.
<b>L</b>	Ambivalenza o incertezza riconoscimento neonato	Dubbi sul riconoscimento sorti da eventi imprevisti o non affrontati prima del parto
<b>M</b>	Comportamenti inadeguati nell'accudimento del neonato	Osservazione di comportamenti inadeguati non dovuti a eventi clinici intercorsi (es: complicanze del parto)
<b>N</b>	Rete familiare assente, carente, conflittuale	Rilevazione possibile o dalla raccolta anamnestica o per totale solitudine della persona ricoverata durante la degenza o in caso di conflittualità osservata direttamente o riferita
<b>O</b>	Donna migrante irregolare	Donna giunta da poco in Italia o senza rete di riferimento o con barriera linguistica/culturale importante in condizioni di irregolarità
<b>P</b>	Alloggio inadeguato o senza dimora	Per donne gravide o che hanno partorito e non hanno alcun luogo dove andare o vivono in luogo insalubre
<b>Q</b>	Assenza di documenti	Si intende assenza di qualsiasi documento, soprattutto quelli identificativi (es: passaporto, C.I.) indispensabili per la registrazione di nascita
<b>R</b>	Violenza sessuale e domestica	Donna gravida / puerpera che riferisce violenza domestica (atti di violenza fisica, sessuale, psicologica o economica che si verificano tra attuali o precedenti coniugi o partner) o violenza sessuale
<b>S</b>	Neonato con urine positive	Riscontro casuale di sostanze nelle prime urine del neonato

Scheda elaborata dal Gruppo Tematico "Fragilità Materne" dell'Ordine Assistenti Sociali della Lombardia – 1.10.2024

## 6. BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

APPG report, 2022. Safe Staffing: The impact of staffing shortages in maternity and neonatal care Report of the baby Loss and Maternity All Party Parliamentary Groups [online]. UK

Goodman WB, Dodge KA, Bai Y, Murphy RA, O'Donnell K. Effect of a Universal Postpartum Nurse Home Visiting Program on Child Maltreatment and Emergency Medical Care at 5 Years of Age: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Netw Open*. 2021 Jul 1;4(7):e2116024. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.16024. PMID: 34232300; PMCID: PMC8264647.

K. Helsloot et. al, 2017. A systematic approach towards the development of quality indicators for postnatal care after discharge in Flanders, Belgium Kaat [online]. Belgio: Elsevier. Disponibile su <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28347927/>> [09/11/23]

L. Turner et al, 2022. The association between midwifery staffing levels and the experiences of mothers on postnatal wards: Cross sectional analysis of routine data [online]. Australia: Elsevier/Australian College of Midwives. Disponibile su <<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2022.02.005>> [09/11/23]

D. Bick et al., 2011. Improving inpatient postnatal services: midwives views and perspectives of engagement in a quality improvement initiative [online]. UK: BMC Health Services Research. Disponibile su <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22044744/>> [09/11/2023]

M. Johansson, 2023. Home-based postnatal midwifery care facilitated a smooth succession into motherhood: A Swedish interview study [online]. Svezia: European Journal of Midwifery. Disponibile su: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10123868/>> [09/11/2023]

U. Dahlberg et al. 2016. Women's experiences of home visits by midwives in the early postnatal period [online]. Norvegia: Elsevier. Disponibile su <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27321721/>> [09/11/2023]

M. Swerts et al. 2019. The supporting role of the midwife during the first 14 days of breastfeeding: A descriptive qualitative study in maternity wards and primary healthcare [online]. Belgio: Elsevier. Disponibile su <<https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.016>> [09/11/2023]

C. MacArthur et. al, 2003. Redesigning postnatal care: a randomised controlled trial of protocol-based midwifery-led care focused on individual women's physical and psychological health needs [online]. *Health Technol Assess*. Disponibile su <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14622490/>> [09/11/2023]

WHO Recommendations: (<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>)

Nurturing Care. Le Cure del nutrino: <https://www.epicentro.iss.it/materno/primi-mille-giorni-progetto-nurturing-care-2022>

Laura Camoni, Antonella Gigantesco, Giulia Guzzini, Elisa Pellegrini and Fiorino Mirabella Epidemiology of perinatal depression in Italy: systematic review and meta-analysis [https://www.iss.it/documents/20126/0/ANN\\_23\\_02\\_07.pdf](https://www.iss.it/documents/20126/0/ANN_23_02_07.pdf)

Ministero della Salute\_TAS\_ ALLATTAMENTO e PROMOZIONE della SALUTE MATERNO-INFANTILE:  
FOCUS sulla SALUTE MENTALE febbraio 2023

WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services (2022) <https://www.who.int/publications/i/item/9789240057142>

NICE guideline [NG194] Postnatal care 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng194>