



FNOPO: MODELLI PROMOZIONE SALUTE DELLA DONNA E FAMIGLIA

OSTETRICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'

“Sentinelle” della salute Bio- psico-sociale dell’universo donna e famiglia

1.0 PREMESSA

Profondi sono i cambiamenti demografici che stanno interessando il nostro Paese, con il grave e ormai strutturato fenomeno della denatalità e conseguente massivo invecchiamento della popolazione, che si accompagnano spesso a insufficienti politiche di welfare sanitario degli ultimi decenni, con inadeguato riconoscimento del valore sociale della Maternità e della salute della donna e della famiglia, reclamato oggi a gran voce da molti movimenti femminili in tutta Italia, che si ispirano a modelli di assistenza presenti in Europa.

Per questo la Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica (FNOPO), propone l’implementazione del modello di Ostetrica di famiglia e di comunità con la finalità per promuovere la centralità del ruolo e della salute della donna nei sistemi familiari e sociali, con l’obiettivo di accrescerne l’empowerment, la consapevolezza e benessere di tutti gli individui, migliorando il welfare di comunità.

L’Ostetrica di famiglia e di comunità è un modello basato su indicazioni, letteratura e concetti condivisi a livello internazionale, per rispondere alle criticità dell’attuale fase di transizione demografica, epidemiologica, sociale ed economica.

2.0 SCENARI ATTUALI

Di seguito riassunti in tabella 1 i principali problemi nel panorama italiano che ostacolano la realizzazione del desiderio di maternità e paternità, testimoniato dal grave fenomeno della Denatalità, l’accesso equo alle cure in ambito materno infantile e in generale per assicurare assistenza di qualità alle donne.

Alcuni sistemi sanitari regionali, come l’Emilia Romagna, hanno rafforzato la presenza dell’ostetrica nei Consultori familiari, invertendo il precedente trend negativo dell’offerta sanitaria alle donne e innalzato l’indice di natalità.

Altri, invece, come la regione Lombardia, hanno cominciato a delineare la figura professionale dell’ostetrica quale fulcro della continuità territorio ospedale nel Percorso nascita senza però uno sviluppo delle competenze della stessa nelle aree psico-sociali e nella prevenzione.



Tabella 1. Criticità del sistema nel panorama attuale

Mancata valorizzazione del ruolo attivo ed empowerment della donna	Negli ultimi decenni, ci sono state profonde trasformazioni sociali e dei sistemi sanitari, accanto ai grandi traguardi tecnologici e scientifici che hanno reso più sicura l'assistenza alle donne, spesso è stato ridimensionato il ruolo attivo della donna e gestante nel determinare le scelte assistenziali.
Eccesso di medicalizzazione dell'assistenza ostetrica Overtreatment dannoso	Si assiste ad un eccesso di medicalizzazione dell'assistenza ostetrica con un overtreatment dannoso per la salute della donna, con costi inappropriati delle cure offerte quasi esclusivamente negli ospedali, alla mancanza di presidi territoriali e di prossimità, all'assenza di un'adeguata continuità assistenziale, disomogeneità dell'applicazione dei L.E.A, percorsi di cura frammentati e incapaci di rispondere alla complessità dei bisogni della donna nelle varie fasi della sua vita. Anche il ruolo dei Consulenti familiari, inizialmente molto attivi, è ridimensionato in molte realtà per mancanza di personale e di programmazione sanitaria. Oggi, la presa in carico delle gestanti avviene principalmente negli ospedali, luoghi che al contrario dovrebbero assicurare solo cure di media-alta intensità, lasciando le cure primarie e di base al sistema territoriale.
Mancanza di assistenza territoriale e di prossimità	
Costi inappropriati delle cure	
Inadeguata continuità assistenziale	
Disomogeneità dell'applicazione dei L.E.A	
Mancanza di personale e di programmazione sanitaria	
Sperequazione nell'accesso alle cure	Sperequazione nell'accesso alle cure da parte dei cittadini in base al territorio di appartenenza, in alcune regioni si è al di sotto degli standard minimi dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), rendendo difficile l'accesso alle cure per molte donne, che spesso versano in condizioni socio economiche difficili. In Italia, non c'è omogeneità dell'assistenza nel Percorso nascita e dell'offerta standard dei LEA, con una elevata difformità organizzativa legata spesso a un deficit di visione strategica nell'offerta sanitaria e sociale, soprattutto nell'area materno infantile con conseguente aumento del rischio di morbilità e mortalità materna e fetale.(CeDAP 2015 per nascite 2013).
Indicatori di salute negativi	L'Italia ha diversi indicatori di salute negativi, ad esempio è maglia nera in Europa per il ricorso eccessivo e inappropriato al Taglio cesareo, come dimostrano le



	<p>numerose indagini compiute a livello europeo e nazionale: O.C.S.E., Ministero della salute, Istituto Superiore di Sanità (ISS), l'indagine della Commissione parlamentare d'inchiesta sugli errori sanitari e le cause dei disavanzi sanitari regionali, dell'AGENAS, Istat.</p>
Blue baby syndrom/ depressione post partum	<p>Spesso in puerperio e allattamento molte donne cadono vittime di Blue baby syndrom o depressione post partum.</p> <p>Nelle grandi periferie urbane ad alta densità di popolazione e scarsi servizi sociali e sanitari, le donne costituiscono l'anello debole poiché devono sopperire alle molteplici esigenze della famiglia, senza avere il necessario supporto dei servizi pubblici e/o del privato sociale. Il tessuto sociale delle aree metropolitane è oggi sostanzialmente caratterizzato da famiglie mononucleari, con scarsi vincoli parentali e amicali che favoriscono la solitudine, soprattutto nelle persone fuori dal mercato del lavoro, come le donne, che nella gran parte dei casi, si fanno carico del welfare familiare.</p>
Violenza sulla donna	<p>Le statistiche nazionali e internazionali, i dati di cronaca evidenziano l'aggravarsi del fenomeno della violenza sulla donna che nel 5,7% dei casi emerge per la prima volta durante la gravidanza, mentre per l'11,3% delle donne le violenze aumentano durante la gestazione (ISTAT).</p>
Denatalità	<p>Il fenomeno della "denatalità" ormai certificato costantemente dall'Istat, che indica tra i motivi che la generano anche l'impovertimento di molte fasce sociali e la diminuzione di servizi legati alla maternità e alla cura dell'infanzia. Nel 2019 in Italia: l'incidenza di povertà assoluta riguarda il 6,5% delle famiglie e il 7,8% degli individui. Più di 1 milione di bambini vive in povertà assoluta. <u>La "denatalità" è la vera emergenza</u> che mette a rischio l'intero Sistema Paese, per le conseguenze che ne deriveranno nei prossimi anni, anche in termini di tenuta dei conti dello Stato per l' invecchiamento della popolazione.</p>



3.0 MODELLO DI OSTETRICA DI FAMIGLIA E COMUNITÀ

3.1 QUADRO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO

Il modello si ispira alla concezione della politica della salute (OMS, 1964 – Carta di Ottawa, 1978) intesa come “stato di benessere fisico, mentale e sociale degli individui” e come condizione di equilibrio funzionale risultante dall'insieme delle interazioni tra i fattori sanitari, sociali ed economici.

Il modello riconosce nella promozione della salute un mezzo per ridurre l'impatto dei determinanti sociali (Marmot et al- WHO 1986).

Le basi fondanti nella concettualizzazione del modello sono rappresentate dal rapporto “The State of the World’s Midwifery 2014” e l'approfondimento dedicato a The Lancet Series “MIDWIFERY” nei quali si sottolineava la necessità di una figura ‘ostetrica chiave per la cura (intesa come care), della madre e del bambino garantendo la continuità assistenziale nelle comunità dove le donne vivono.

Il Rapporto indica l'ostetrica, quale professionista che in piena autonomia, è la principale promotrice di queste cure nella maggior parte dei paesi del mondo.

Le ostetriche formate con standard internazionali offrono l'87% delle cure essenziali necessarie.

Il Modello di Midwifery care

Elementi chiave del primo livello assistenziale e del livello di riferimento		
	Assistenza ostetrica di primo livello	Livello successivo di cura
Caratteristiche	Vicino alla donna e alla sua famiglia, de-medicalizzato ma professionale.	Servizi di secondo e terzo livello con trasferimento in continuità assistenziale, collaborazione inter-disciplinare e rispetto professionale.
Destinati a chi?	Per tutte le donne e neonati.	Per tutte le donne e neonati che presentano problemi o fattori di rischio che non possono essere risolti dal primo livello di assistenza ostetrica.
Offerti da chi?	Meglio se da ostetriche, in alternativa da medici e clinici associati se adeguatamente formati e regolamentati.	Meglio se da un team collaborativo che include ostetriche, medici ostetrici e ginecologi, pediatri e altri specialisti medici secondo la necessità; in alternativa, da medici adeguatamente formati e clinici associati.
Dove?	Preferibilmente in unità gestite da ostetriche, anche negli ospedali con reparti di maternità.	In tutti gli ospedali.

Source: Adapted from the World Health Report 2005 [43] and WHO Optimize MNH [68].

* Il livello successivo di cura include la visita, il lavoro di squadra, riferimento e ritorno, quando necessario o richiesto, ai servizi di secondo o terzo livello

3.2 IL MODELLO OSTETRICA DI FAMIGLIA E DI COMUNITA' DELLA FNOPO

Il modello, che nasce da una collaborazione della FNOPO con l'organizzazione del terzo settore **Oltre l'Orizzonte** e enti afferenti al Vicariato di Roma come la **Fondazione Ut Vitam Habeant**, è già stato sperimentato e applicato in diversi contesti pubblici-privati CF, in equipe con MMG, in case di



accoglienza, della regione Lazio, anche con produzione di documentazione clinica condivisa e indagini conoscitive e sulla qualità percepita.

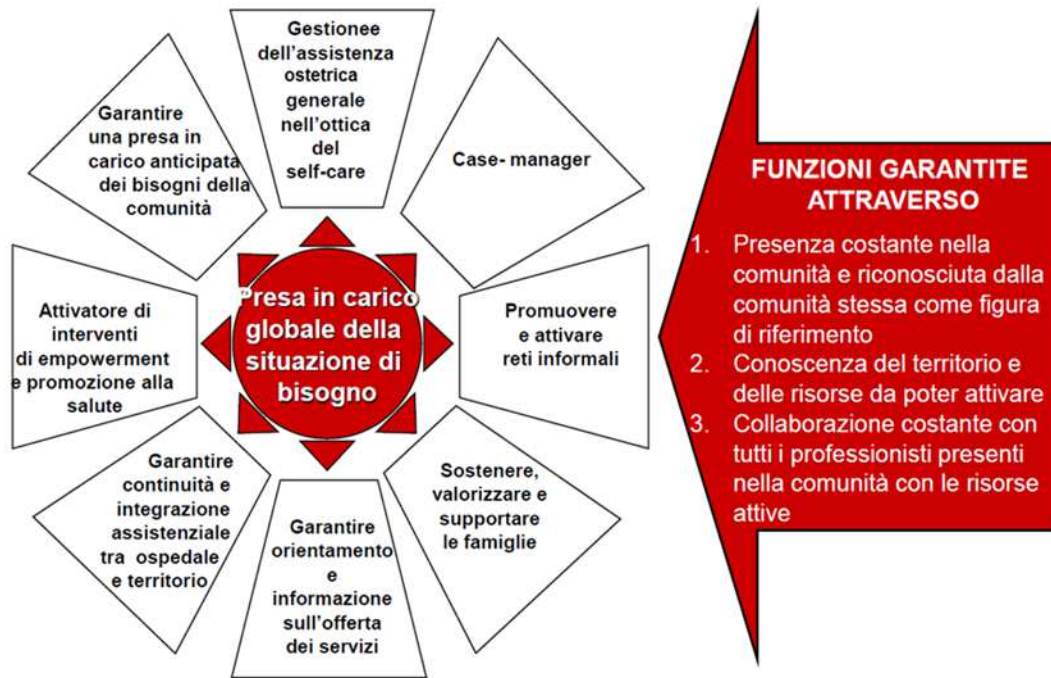
L' introduzione *del modello “ostetrica di famiglia e di comunità” nel SSR - SSN*, ha la finalità di realizzare un sicuro presidio di assistenza continua e una costante interfaccia con le diverse organizzazioni pubbliche e del privato sociale, Consultori famigliari pubblici e privati (cattolici), Scuole e Servizi sociali, Aziende sanitarie (punti nascita) e Università, Medici di medicina generale e sviluppare un'empowerment di comunità, a partire dall'analisi degli scambi e realizzazione del reticolo interorganizzativo per l'attivazione delle reti solidali socio-sanitarie e di comunità e per il rafforzamento della presa in carico integrata delle donne e dei minori.



3.3.1 Livelli e setting di intervento

L'Ostetrica di famiglia e di comunità rappresenta un sicuro presidio sul territorio per attuare una Medicina d'iniziativa e di prossimità e rispondere con logiche di appropriatezza e sostenibilità alle criticità di sistema e alle sfide attuali e future della domanda di salute della popolazione femminile. Specificatamente formata, opera nei diversi contesti territoriali, in tutti gli ambiti di promozione e tutela globale della salute femminile, in tutte le età e in un'ottica di miglioramento della salute di genere.

Le attività clinico assistenziali e di promozione della salute secondo il modello elaborato, sono attivate autonomamente nelle strutture territoriali individuate o in modo complementare a quelle già svolte dalle ostetriche presenti nel CF e sono esplicate con livelli d' intervento di tipo personale rivolto alle donne, alle famiglia e alla comunità.



Setting

- *Nei servizi consultoriali e familiari, case famiglia e accoglienza, studi interprofessionali MMG/PLS:* prestazioni di tipo preventivo, assistenziale e curativo, rivolti anche a donne portatrici di disabilità
- *A domicilio delle pazienti* Nei casi particolarmente complessi segnalati dai servizi sociali, punti nascita, MMG, associazioni o intercettati durante le visite/consulenze
- *Nelle sedi pubbliche.* Per iniziative con associazioni, gruppi femminili e giovanili, scuole, parrocchie

Tabella 2. Tabella riassuntiva livelli di intervento (funzioni e attività)

Livelli d'intervento	Descrizione	Attività
Livello individuale: interventi rivolti alla donna.	<p>Accompagna la donna nel proprio progetto di salute e di vita, in ottica di prevenzione e individuazione in fase precoce di malattie e/o situazioni di rischio sanitario e sociale</p> <p>Per tale finalità conduce:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Analisi della popolazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenza pre-nascita, in gravidanza e nel puerperio • Corsi di accompagnamento alla nascita • Promozione e sostegno all'allattamento materno



	<p>femminile e individuazione dei fattori di rischio socio-sanitari</p> <ul style="list-style-type: none">• Presa in carico precoce della gestante per evidenziare precocemente situazioni di rischio ostetrico (triage ostetrico e percorsi specifici)• Ottimizzazione del monitoraggio dell'assistenza alla gravidanza con sistemi innovativi e/o metodologie standard (bilancio di salute, schede di valutazione rischio socio-sanitario, cartella ambulatoriale ostetrica, ecografia office, prescrizione ostetrica)• Ottimizzazione degli interventi di rete con i servizi territoriali, rete interprofessionale, con i servizi di cura di media e alta intensità	<ul style="list-style-type: none">• Assistenza prime cure neonato, con rilevazione parametri vitali, peso, T,C.,alimentazione, adattamento alla vita e sviluppo del bambino, rilevazione precoce segni di patologia• Prevenzione dei tumori della sfera genitale femminile con visite e pap test e counselling.• Corsi di accompagnamento alla menopausa.• informazioni vaccinazione HPV, con possibilità di esecuzione per ragazze e ragazzi, previste nei LEA 2017.• Assistenza, educazione e rieducazione del pavimento pelvico.• Counseling e intercettazione, durante le visite, dei rischi sanitari e sociali con la presa in carico.• Counseling, intercettazione e contrasto dei fenomeni che condizionano le trasformazioni genetiche , con riflessi sull'embrione -feto. (Epigenetica una più recente branca della genetica che si occupa dei cambiamenti fenotipici ereditabili da una cellula o un organismo) <p>Per gli interventi di base, orientamento, segnalazione e rinvio ai servizi di cura a media e alta intensità, ai servizi sociali dei Municipi e a quelli della rete sociale attivata.</p> <ul style="list-style-type: none">• Assistenza ai minori e adolescenti,anche per le vaccinazioni.• Intercettazione e presa in carico di donne e minori vittime di abuso o violenza, subita e assistita.• Attivazione spazio e assistenza per donne con disabilità.• Orientamento informazione e supporto
--	--	---



		<p>per l'esercizio dei diritti.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informazioni sul diritto al parto in anonimato (DPR 396/2000, art. 30, comma 2.)
<p>Livello di gruppo: interventi rivolti alla famiglia</p>	<p>La presa in carico del gruppo famiglia si esplica mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incontri di gruppo e interventi personalizzati per lo sviluppo delle competenze genitoriali, • Corsi di educazione sanitaria e per lo sviluppo di sane abitudini di vita • Interventi di counselling, prevenzione di conflitti famigliari, relazione di aiuto, prevenzione, supporto sociale attraverso l'attivazione della rete pubblica e privata della comunità 	<ul style="list-style-type: none"> • Interventi personalizzati per lo sviluppo delle competenze genitoriali, • Presa in carico per gli interventi di base, e attivazione della rete sociale. • Intercettazione e invio strutture specialistiche donne affette da sindrome depressiva post-partum/ blue baby syndrome • Interventi per la rilevazione precoce dei segni legati ai disturbi dello spettro autistico nei bambini, con orientamento ai servizi specialistici • Interventi per contrastare il fenomeno della violenza sulla donna
<p>Livello comunitario: interventi rivolti alla rete strutture pubbliche e private e associazionismo</p>	<p>Come agente di promozione della salute l'ostetrica consolida la cultura sanitaria nella popolazione, migliorandone il livello di comprensione delle informazioni, ai fini del corretto esercizio dei diritti alla salute attraverso lo sviluppo dell'empowerment delle donne e di conseguenza della famiglia e della comunità.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analisi, definizione e attivazione di un reticolo interorganizzativo tra volontariato e servizi pubblici e privati, paradigma dello sviluppo della rete sanitaria e sociale solidale di supporto alle attività di assistenza di base alle donne e minori, alla famiglia e comunità • Prevenzione delle MST che spesso producono infertilità (Piano nazionale per la fertilità) • Interventi di educazione sanitaria e promozione di stili di vita sani- diffusione Health literacy • Sessualità e sviluppo della cultura della vita • Interventi di counselling, prevenzione di conflitti, relazione di aiuto, prevenzione, supporto sociale • Promozione della vaccinazione HPV, per ragazze e ragazzi, previste nei LEA 2017



3.3.2 Core Competence

L'ostetrica di Famiglia e di Comunità necessita di specifiche competenze che sono acquisite con la formazione, anche universitaria post base quale il Master di ostetrica di famiglia, già riconosciuto dal MUR, tra quelli specifici per la professione di ostetrica.

Tabella 3. Core competence dell'ostetrica di famiglia e comunità

Competenze	Descrizione
A livello individuale e familiare	<ul style="list-style-type: none">• Lettura e analisi del contesto familiare inclusa la valutazione dei determinanti sociali della salute che incidono sul contesto individuale e familiare.• Analisi e definizione dei criteri per individuare i rischi per la salute della donna e della famiglia, di natura comportamentale, sociale e ambientale e porre in essere i relativi interventi integrati e soluzioni migliorative, con revisione periodica e valutazione della performance individuata• Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità che si riverberano sulla salute delle donne e dei bambini, come, tra le altre, quelle degli abusi e delle violenze domestiche, le sindromi depressive• Interventi di promozione di stili di vita e comportamenti salutari della donna e del bambino anche in relazione alla cura di eventuali patologie già in atto.• Coinvolgimento attivo degli individui e della famiglie nelle decisioni relative alla salute e al benessere personale.• Valutazione del bisogno di orientamento rispetto ai servizi socio-sanitari esistenti, ai percorsi necessari per la loro attivazione e all'utilizzo delle fonti di informazione e di comunicazione disponibili.• Sostegno all'integrazione delle cure attraverso il processo di case management.• Attivazioni di processi collaborativi per il mantenimento dell'autonomia e per evitare la frammentazione delle cure.• Adozione di eventuali strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio.
Livello di gruppo	<ul style="list-style-type: none">• Attivazione di iniziative di informazione sulla salute e sui rischi rivolte a gruppi di persone.• Applicazione di strategie e metodi educativi a gruppi di persone, mirati al miglioramento delle abitudini e degli stili di vita e al self-management.• Progettazione di occasioni di incontro tra persone che presentano problemi di salute simili per favorire i processi di auto mutuo aiuto.



Livello comunitario	<ul style="list-style-type: none">• Lettura e analisi del contesto comunitario• Mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, incluse le associazioni di volontariato.• Formazione, coordinamento e supervisione delle persone che entrano a far parte volontariamente della rete assistenziale della comunità.• Collaborazione con le autorità sanitarie locali per costruire flussi informativi utili alla valutazione e gestione della popolazione in carico.• Collaborazione alla continuità assistenziale attraverso l'integrazione dei servizi fra ospedale e territorio (distretto, ospedale di comunità, servizi sociali e strutture residenziali).• Collaborazione con il MMG e il PLS, con le Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti, con i professionisti dei servizi socio assistenziali, con le associazioni di volontariato.• Partecipazione alla redazione, verifica, attuazione e supervisione protocolli/procedure per la qualità dell'assistenza donna e bambino.• Progettazione di interventi di rete e monitoraggio dei risultati nell'ottica dell'attivazione del capitale sociale e dello sviluppo dell'empowerment di comunità per la presa in carico di fragilità nella sfera della donna e famiglia.• Progettazione e attivazione di iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva, anche attraverso l'attivazione di reti sociali solidali, con interventi integrati in un'ottica multidimensionale, rivolti alla famiglia e alla comunità, anche in aree ed ambienti a risorse limitate per la salvaguardia del patrimonio di salute delle comunità locali, specialmente per quanto riguarda la tutela materno-infantile, la prevenzione e cura delle malattie sessualmente trasmesse e oncologiche, il supporto alle fragilità, la promozione di sani stili di vita, valorizzando anche il contributo dei singoli cittadini e delle forze sociali.
----------------------------	---

3.3.3 Effetti e impatto del modello

Tabella 4. Tabella descrittiva degli effetti del modello e impatto sul sistema attuale

EFFETTI	Descrizione
Consolidamento del ruolo attivo della donna e gestante nel determinare le scelte assistenziali.	Come agente di promozione della salute l'Ostetrica consolida la cultura sanitaria nella popolazione, migliorandone il livello di comprensione delle informazioni, ai fini del corretto esercizio dei diritti alla salute con una conseguenza della consapevolezza di sé, del controllo sulle proprie scelte, decisioni e azioni e sviluppo dell'empowerment delle donne e di conseguenza della famiglia e della comunità.



<p>Presa in carico globale e welfare di comunità</p> <p>Health literacy</p>	<p>L'ostetrica per le competenze specifiche nell'attivazione del network sanitario e sociale dei servizi pubblici e del III settore, favorisce la diffusione di sani stili di vita anche grazie alle competenze relazionali, volte a favorire l'health literacy migliorando il livello di competenza delle donne e delle comunità nell'ottenere, gestire, comprendere, valutare le informazioni e trarne conseguenze per l'azione necessaria ad assicurare beneficio alla comunità con decisioni di sanità pubblica (Freedman et al.). Inoltre, la donna ha un ruolo centrale nel sistema familiare e collettivo, per l'influenza che esercita sui figli e congiunti, nelle abitudini quotidiane, alimentari, igieniche, e sugli stili di vita in generale, alla base di tutti gli interventi di prevenzione delle patologie più comuni.</p> <p>Il valore sociale della rete attivata dall'Ostetrica risiede nei suoi interventi volti a creare l'empowerment della donna e la sinergia tra servizi e comunità, con evidenti vantaggi per un welfare di comunità</p>
<p>Rafforzamento politiche di prevenzione</p>	<p><i>Il modello prevede linee di intervento sui tre livelli di prevenzione.</i></p> <p><u>-A livello della prevenzione primaria:</u></p> <p>verifica la presenza di fattori o abitudini di vita dannose per la donna e il bambino che ne minacciano la salute e l'integrità generativa. Aiuta la donna a costruire "risorse difensive" attraverso l'educazione sanitaria. Individua i comportamenti e determinanti sfavorevoli lo stato di salute, come ad. es. lo stress in gravidanza che si trasmette da madre a figlio, osservato tramite l'innalzamento di livelli di colesterolo (Epigenetica)</p> <p><u>-A livello di prevenzione secondaria:</u></p> <p>è coinvolta nei processi di screening e vaccinazioni quali quella del tumore della mammella e cervice e HPV. Data la conoscenza della famiglia individua precocemente problemi di salute: è la sentinella della salute" capace di evidenziare affezioni spesso diagnosticate tardivamente come disturbi dello Spettro autistico (DSA) nel bambino o patologie drammatiche e problematiche specifiche della donna quali:</p> <p><i>a) fenomeno blues sindrome e depressione post partum.</i></p> <p>La costante presenza dell'ostetrica anche al domicilio della donna con home visiting, assicura l'assistenza oggi del tutto carente, nel periodo del puerperio, nel quale molte donne cadono vittime di stati depressivi, perché non adeguatamente sostenute. Infatti nella maggior parte dei punti nascita si pratica una dimissione precoce ma non protetta e in assenza sul territorio e a domicilio di presidi e professionisti specificatamente formati, qual'è ostetrica, la donna si ritrova da sola, a volte anche senza l'ausilio dei familiari, in un momento di grande rivoluzione psico-fisica, con il neonato che spesso non sa gestire in autonomia, neanche nell'allattamento.</p>



	<p><i>b) fenomeno della violenza sulla donna</i></p> <p>L'ostetrica nei suoi interventi e colloqui ha gli strumenti e competenze per intercettare i segni di una violenza subita dalla donna, soprattutto in gravidanza quando viene spesso palesata per la prima volta e può rappresentare a volte l'unico baluardo per la donna al quale aggrapparsi visto il rapporto di fiducia che si instaura. La competenza dell'ostetrica non si esprime solo nell'assistenza sanitaria alle donne con violenza, ma anche nella capacità di creare la rete con i servizi pubblici e del privato sociale dedicati specificatamente al contrasto di questo odioso fenomeno, per una presa in carico globale. (Dati ISTAT: La violenza nella coppia non si ferma neanche durante la gravidanza (11,8%). Per le donne che l'hanno subita in gravidanza in poco meno di 1 caso su 4 (23,9%) le violenze sono diminuite, mentre per l'11,3% delle donne sono addirittura aumentate e per il 5,7% iniziate.)</p> <p><u>-A livello di prevenzione terziaria:</u></p> <p>L'ostetrica sarà coinvolta in processi riabilitativi come ad esempio la riabilitazione del pavimento pelvico o per ricostruire quelle risorse difensive della donna e famiglia.</p>
<p>Contrasto al fenomeno della "denatalità"</p>	<p>La presenza dell'Ostetrica di famiglia e comunità consente l'ampliamento dell'offerta sanitaria alla popolazione femminile e il miglioramento della qualità e sicurezza delle cure attraverso l'utilizzo efficace dei servizi e la valutazione delle prestazioni/attività e relativi outcome. L'Ostetrica garantisce alle donne e famiglie il necessario supporto e cure perinatali, necessario per cominciare ad invertire l'attuale tendenza della denatalità, assicurando alle coppie di realizzare il desiderio di maternità, anche con interventi di educazione sanitaria, in particolare ai giovani sulle MST o sui rischi che molte abitudini e stili di vita comportano sulla fertilità (Piano nazionale fertilità)</p>
<p>Promozione e sostegno dell'allattamento materno</p>	<p>La promozione dell'allattamento materno, a cui si riconosce un importante impatto positivo sulla salute materno-infantile, con ulteriori benefici a livello familiare, sociale, economico (Davanzo et al 2015; Rollins et al. 2016) inizia già durante la gravidanza con le giuste informazioni e il sostegno durante la fase del post partum con lo skin to skin e l'attaccamento precoce al seno (OMS-UNICEF). Garanzia di queste attività è l'assistenza one to one dell'ostetrica, che continua con le home visiting e supporto costante alla donna durante il puerperio e tutta la fase dell'allattamento che dura naturalmente oltre lo svezzamento, fino anche oltre l'anno di vita del bambino.</p>
<p>Umanizzazione delle cure</p>	<p>Attraverso l'attivazione di un approccio integrato, secondo un modello sociale di salute, e da modalità operative basate sull'offerta attiva, orientato alla presa di coscienza delle donne.</p> <p>La vicinanza umana in una reale continuità delle cure assicura ascolto, e conforto, capaci di illuminare periodi – quello della gravidanza – che</p>



	<p>può essere bellissimo ma anche pieno di confusione, paure, ansie e fasi della vita come la menopausa che necessitano di sostegno e aiuto.</p>
IMPATTO	Descrizione
Diminuzione del ricorso inappropriato alle cure ospedaliere e riduzione dei costi	<p>E' acclarata ormai la necessità, in un'ottica di sostenibilità del sistema sanitario e della qualità e sicurezza delle cure, di rivedere l'attuale organizzazione affinché si realizzi l'integrazione tra servizi sanitari sociali e per intensità di cure, non ancora compiuta per l'inadeguatezza dei presidi territoriali e della continuità dei percorsi di assistenza e cura. Il sistema ospedale centrico odierno non assicura il diritto di accesso alle cure di base, né la qualità e sicurezza delle stesse, tant'è che è spesso congestionato con lunghissime Liste d'attesa. Inoltre, tutto ciò ha un costo elevato non più sostenibile.</p> <p>Secondo le LG nazionali e internazionali la presenza dell'Ostetrica garantisce la qualità delle cure, in particolare dov'è previsto un rapporto one to one in gravidanza. Può garantire le cure di base e di assistenza primaria, anche attraverso un opportuno screening dei bisogni effettuato nella presa in carico della donna, per adeguato accompagnamento e orientamento ai servizi, diminuendo la domanda che oggi, per le lunghe liste d'attesa, si riversa sui servizi ospedalieri spesso d'emergenza. Inoltre, a differenza delle prestazioni ospedaliere il costo dell'assistenza di base a cura della professionista ostetrica ha costi molto più sostenibili.</p>
Continuità, sicurezza e qualità delle cure	<p>Attraverso una rivisitazione delle strategie organizzative, il modello di L'Ostetrica di famiglia e di comunità garantisce la continuità assistenziale tra ospedale territorio e dei percorsi di assistenza e cura. Attraverso le competenze specifiche professionali l'ostetrica assicura il percorso di prevenzione, assistenza e cura più aderente alle esigenze psico-fisico – sociali della donna in tutte le fasi della sua vita. L'Ostetrica di famiglia e di comunità è per la donna e la sua famiglia il vero riferimento sul territorio, le assicura l'interfaccia costante con i servizi alla salute, garantisce nell'ottica della Medicina d'iniziativa la continuità degli interventi di prevenzione o presa in carico, anche dei bisogni inespressi ma, rilevati in corso degli interventi sanitari, come la rilevazione di segnali depressivi post natali o di disturbi legati a violenza subita, che emerge in particolare durante la gravidanza, oppure la rilevazione di patologie non ancora manifestate con sintomatologia eclatante e con possibilità d'intervenire nei tempi e modi più corretti ai fini della prognosi.</p>
Diminuzione della sperequazione nell'accesso alle cure da parte dei cittadini in base al territorio di appartenenza	<p>Oggi, il SSN e i SSR, malgrado sia previsto dai LEA, non garantiscono la presa in carico, in particolare durante la gravidanza a tutta la platea delle donne, che devono ricorrere il più delle volte alle cure dei privati oppure a non ricevere tutte le cure necessarie, previste dalle LG. La presenza dell'Ostetrica di famiglia e di comunità garantisce un sicuro presidio per cure di</p>



	<p>qualità, consentirebbe di ampliare in modo esponenziale il numero di donne che ricevono un'assistenza pubblica per le cure di base e in particolare, durante la gravidanza, permetterebbe una corretta attuazione di quanto previsto dai nuovi LEA. Inoltre, sarebbe opportuno fornire alle ostetriche lo strumento del ricettario rosa del SSN quale strumento per la gestione delle gravidanze a basso rischio, superando le incongruenze normative (oggi le ostetriche prescrivono solo su ricettario bianco).</p>
<p>Miglioramento degli Indicatori di salute quali il tasso di TC primario</p>	<p>Le LG e la letteratura nazionale e internazionale riconoscono il valore dell'assistenza a conduzione ostetrica continuativa e one to one sia in ospedale sia sul territorio, con effetti/outcome migliori rispetto agli standard assistenziali dell'attuale paradigma nazionale caratterizzato da una mancata integrazione delle cure e carenza dei servizi nel Percorso nascita, servizi prevalentemente ospedalieri con personale misto e non appropriato per la specificità dell'assistenza alla gestante (la Fnopo ha condotto un'indagine sui servizi punti nascita e CF pubblici nelle diverse regioni, con dati ancora parziali ma, dai quali già emerge che sono impropriamente impiegati circa 6.000 infermieri al posto dell'ostetrica). Gli indicatori di esito delle cure delle regioni del nord che da anni hanno avviato la riorganizzazione dei punti nascita, dei centri nascita alternativi, dei servizi territoriali, con l'implementazione del personale ostetrico, gli indicatori sul tasso di TC primario e l'accesso alle cure in gravidanza sono di gran lunga migliori che nel resto d'Italia (ISS). La presenza dell'Ostetrica di famiglia e di comunità e l'implementazione del modello ministeriale sul basso rischio ostetrico (BRO) possono migliorare gli attuali indicatori negativi sia nel Percorso nascita sia degli standard LEA, in alcune regioni si è al di sotto degli standard minimi garantendo l'accesso alle cure ad una maggiore platea di donne, attraverso gli interventi-azioni su indicate.</p>
<p>Miglioramento Teleassistenza-informatizzazione</p>	<p>L'ostetrica negli interventi di assistenza e cura adotta tutti gli strumenti disponibili anche diagnostici, quali la Cardiotocografia ed Eco office, che in linea con le nuove tecnologie in uso, possono essere adottati in teleassistenza con maggior beneficio per le gestanti a domicilio. Tali modalità operative sono state sperimentate in questo particolare momento di emergenza da Covid 19 e hanno permesso di offrire molte prestazioni non differibili alle donne che per timore non volevano andare in ospedale, o non potevano muoversi per problematiche di salute quali ad esempio la disabilità. In particolare attraverso l'ausilio di strumenti di connessione audio-video sincroni sono state garantite:</p> <ul style="list-style-type: none">- Promozione e sostegno all'allattamento materno- Corsi di accompagnamento alla nascita- Assistenza e bilancio di salute in gravidanza- Assistenza alle donne in menopausa- Counselling e orientamento ai servizi <p>L'utilizzo della <i>“telehealth”</i>, intendendo non solo non solo visite e</p>



monitoraggi, ma anche attività di educazione e formazione realizzate a distanza rappresenta un elemento di innovatività, sostenibilità e umanizzazione delle cure in quanto contribuisce ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti o in aree fortemente disagiate oltre a rappresentare un presidio per una reale continuità della presa in carico garantendo buone risposte in termini di modifiche del comportamento. Una recente revisione sistematica pubblicata sulla rivista **OBSTETRICS & GYNECOLOGY** ha evidenziato l'efficacia di alcune metodiche: per esempio, ricevere periodici messaggi di testo sembra rinforzare alcune abitudini salutari, come la cessazione del fumo in gravidanza e l'allattamento al seno.

3.3.5 Adozione del Modello

Per rispondere alle sfide sanitarie e sociali attuali e del futuro enunciate, la FNOPO promuove, presso i decisori politico istituzionali, l'adozione del modello di Ostetrica di famiglia e di comunità, che prevede un'effettiva riorganizzazione dei sistemi di cura territoriali e di continuità assistenziale, per attuare una Medicina d'iniziativa e di prossimità.

L'Ostetrica di famiglia e di comunità è una professionista specificatamente formata, anche attraverso il Master universitario riconosciuto dall'ONPS- MIUR, che oltre a fornire le opportune prestazioni e assistenza in ambito ostetrico- ginecologico -neonatale di base, ha competenze più elevate nella presa in carico dei bisogni della donna e famiglia. Le attuali sfide per la sostenibilità del sistema sanitario non possono essere vinte se non ripensando ad una riorganizzazione degli attuali modelli a struttura a "canne d'organo", ormai obsoleti, costosi e non rispondenti all'esigenza di miglioramento della qualità delle cure dei cittadini. Il sistema deve rimettere al centro l'assistito/cittadino, in questo caso la donna e famiglia, con organizzazioni reticolari e per "funzioni" per una presa in carico assistenziale con case e care manager di riferimento in base ai bisogni, promuovendo una sempre più oculata ed appropriata allocazione del personale sanitario secondo le proprie specifiche competenze e realistici fabbisogni di personale ostetrico. Per le donne nel loro ciclo vitale bio-fisico-sociale il risk manager e case-care manager è l'Ostetrica che in equipe con il MMG e PLS e altri reti interprofessionali collabora al progetto di salute della donna e famiglia.

3.3.6 Fabbisogno e inquadramento contrattuale.

La FNOPO ha calcolato un fabbisogno minimo della presenza di L'Ostetrica di famiglia e di comunità, anche prendendo in considerazione la normativa e letteratura sul fabbisogno del personale ostetrico nei consultori familiari (legge 34/96, P.O,M.I. 2000, studi ISS) in cui si esplicita la necessità di un consultorio ogni 20 mila abitanti nelle aree urbane e uno ogni 10mila nelle aree extraurbane e, nel dettaglio figure professionali e orario di lavoro minimo per ogni servizio consultoriale. Considerando la presenza delle ostetriche anche nelle case della salute e negli ambulatori territoriali delle aziende sanitarie, e per far fronte nell'immediato al bisogno di salute sul territorio delle donne e loro famiglie nei diversi ambiti di assistenza, anche in collaborazione con i medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, servono per l'assistenza continua almeno 6mila ostetriche, 1 ogni 10mila abitanti, anche per un'offerta attiva capace di



far emergere una serie di bisogni (bisogni di salute insoddisfatti – unmet needs of health) che potranno essere presi in carico per l'intervento di prima istanza, in una reale ottica di promozione della salute e delle iniziative di prevenzione.

La forma contrattuale per l'Ostetrica di famiglia e di comunità, può essere l'istituzionalizzazione nel SSR, come professionista specialista (CCNL 2016-2018) inserita nelle equipe territoriali (come previsto L. 833/78; D. Lgs 229/99; legge n. 189/2012, di conversione del “Decreto Sanità” e in diverse delibere regionali) oppure prevedere forme di convenzione per le ostetriche con il SSR- SSN, in piena autonomia o con forme di collaborazione con i MMG e PLS, tra l'altro già previste dal ACN MMG per il lavoro in equipe interprofessionale in un sistema patient oriented. Inoltre, la L. n. 27/2012 e conseguente decreto del Ministero della salute del 19.7.2016, n. 165, regola i parametri per la liquidazione dei compensi delle ostetriche per le diverse prestazioni.

4.0 CONCLUSIONI

Di fronte all'attuale contesto socio economico demografico abbiamo tutti una grande responsabilità, per mettere in sicurezza il sistema Paese nel prossimo futuro. E' necessario che oggi il Governo e Parlamento adottino un piano straordinario organico per la promozione della maternità, della salute della donna e della famiglia. Tra l'altro, questa grave emergenza sanitaria, ha fatto esplodere tutte le contraddizioni dell'attuale sistema sanitario e rappresenta l'occasione per riscrivere un futuro che ci permetta di raccontare una storia in cui le donne e i bambini sono protagonisti.

L'introduzione della figura dell'Ostetrica di Famiglia e di comunità nel Servizio Sanitario nazionale e in modo omogeneo in tutte le Regioni avrebbe un grande impatto e rappresenta la risposta concreta al mutato contesto e agli scenari futuri, in quanto è il professionista che per formazione specifica svolge il proprio ruolo nella comunità in maniera reattiva e/o proattiva, rafforzando anche la rete dei servizi sociosanitari già offerti a favore delle donne, famiglie e collettività.

Per mettere a sistema la figura dell'ostetrica di famiglia e di comunità dopo le esperienze e sperimentazioni realizzate si può prevedere:

- provvedimenti governativi, in linea con quelli già adottati per altre categorie in questo momento di emergenza da Covid 19
- l'inserimento nel Patto per la Salute recepito con intesa Stato-Regioni e quindi allargato all'intero territorio nazionale
- un disegno di legge su misura di iniziativa governativa.

Il primo percorso è preferibile per la rapidità nella realizzazione.

Il secondo e il terzo potrebbero trovare l'appoggio legislativo ma ha tempi più lunghi.

La forma per l'inquadramento normativo dell'Ostetrica di famiglia e di comunità, può essere l'istituzionalizzazione nel SSR inserita nelle equipe territoriali oppure prevedere forme di convenzione per le ostetriche con il SSR- SSN, in piena autonomia o con forme di collaborazione con i MMG e PLS, tra l'altro già previste dal ACN MMG.



L'adozione del modello dell'ostetrica di famiglia e di comunità nei diversi contesti regionali è garanzia per la valorizzazione e sviluppo di un sistema sanitario sostenibile e capace di rispondere alla domanda di salute delle donne, sempre più complessa e mutevole. In particolare, oggi, consentirebbe di colmare il gap assistenziale esistente tra la previsione e l'attuazione degli standard previsti dai LEA, con miglioramento dell'accesso equo alle cure e dell'esercizio del diritto alla salute, in particolare nelle realtà con povertà diffusa e scarsità di risorse, ottimizzerebbe il sistema di sicurezza e umanizzazione delle cure, rivendicati da un folto movimento di associazioni e ONG a livello nazionale.

22 maggio 2020

A cura di:

Marialisa Coluzzi, Assunta Lombardi, Andrea Manto, Maria Vicario



BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA DI RIFERIMENTO

OMS, 1964 Definizione "Health is a state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity".

OMS 1998 Definizione "La salute è uno stato dinamico di completo benessere fisico, mentale, sociale e spirituale, non mera assenza di malattia".

Carta di Ottawa, 1986. Prima conferenza internazionale sulla promozione della salute. Linee guida per un'azione globale e concertata. Per "promozione della salute" si intende il processo che consente alle persone di esercitare un maggiore controllo sulla salute e di migliorarla».

The Lancet Series "Midwifery" <https://www.thelancet.com/series/midwifery>

Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care

MJ Renfrew, A McFadden, MH Bastos, J Campbell... - The Lancet, 2014 Elsevier

Improvement of maternal and newborn health through midwifery P ten Hoope-Bender, L de Bernis, J Campbell... - The Lancet, 2014 - Elsevier

L'epidemiologia per la sanità pubblica Istituto Superiore di Sanità. The state of the world's MIDWIFERY 2014 e il modello della MIDWIFERY CARE <https://www.epicentro.iss.it/materno/StateWorldMidwifery2014>

Decreto del Ministro della sanità 16 luglio 2001, n.349, Rapporto annuale sull'evento nascita in Italia - CeDAP 2016 http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3882

DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale - Supplemento n.15, definisce i nuovi LEA e sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001

<http://www.salute.gov.it/portale/esenzioni/dettaglioContenutiEsenzioni.jsp?lingua=italiano&id=4773&area=esenzioni&menu=vuoto>

Informazioni sul diritto al parto in anonimato ((DPR 396/2000, art. 30, comma 2_Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2, comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127

Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo del 1989 (art. 7)

Dati ISTAT <https://www.istat.it/it/violenza-sulle-donne/il-fenomeno/violenza-dentro-e-fuori-la-famiglia/gravita-e-conseguenze>

Preventive Intimate Violence and sexual violence against woman. Taking action and generating evidence. "World report "Geneva, World Health Organization, 2010. http://www.who.int/violence_injuryprevention/publications/violence/9789241564007_eng.pdf

Saunders E. et al. "Screening for Domestic Violence during Pregnancy" Int j Trauma Nurs 2000; 6:44-7. 17 Janssen P. et al. " Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: a population-based study".

Am j Obstet Gynecol 2003; 188,5:1341-47 18) Johanson J.K. et al. " The prevalence of domestic violence in pregnant women" BJOG 2003; 110:272-275. 19)

RCOG "Why mothers die 1997-99. Confidential Enquiries into Maternal Deaths in the UK. London:RCOG Press.2001.

Ministero della salute . Piano nazionale fertilità "Difendi la tua fertilità, prepara una culla nel tuo futuro" 2015 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2367_allegato.pdf

Allattamento al seno: tra arte, scienza e natura https://www.epicentro.iss.it/guadagnare-salute/formazione/materiali/GS_allattamento_2.pdf

Ospedali&Comunità Amici dei Bambini, uniti per la protezione, promozione e sostegno dell'allattamento materno. Guida all'applicazione dei Passi.

Allattamento materno "Impatto positivo sulla salute materno-infantile, con ulteriori benefici a livello familiare, sociale, economico (Davanzo et al 2015; Rollins et al. 2016)

Position Statement 2015 sull'Allattamento al Seno e Uso del latte materno/umano elaborato dalle Società Scientifiche Italiane: SIP, SIN, SICuPP, SIGENP, SIMP. Davanzo, Corsello, Romagnoli, Italian Journal Pediatrics 2015; www.salute.gov.it

DB Jelliffe & EF, Jelliffe, Am J Clin Nutr 1971 Victoria, Lancet 2016

Dichiarazione congiunta OMS/UNICEF L'allattamento al seno: protezione, incoraggiamento e sostegno. L'importanza del ruolo dei servizi per la maternità. OMS, Ginevra, 1989

https://www.unicef.it/Allegati/Dichiarazione_congiunta_OMS-UNICEF_1989.pdf

Strategia globale alimentazione neonati e bambino OMS/UNICEF Pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2003 con il titolo Global strategy for infant and young child feeding

https://www.unicef.it/Allegati/Strategia_globale_alimentazione_neonati_bambini.pdf

ISS-SNLG. Linea Guida Gravidanza fisiologica http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1436_allegato.pdf



ISS-SNLG. Linea Guida *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1330_allegato.pdf

NICE. Clinical Guideline CG62 *Antenatal Care for uncomplicated pregnancies*
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62>

NICE. Guidance *Intrapartum care* <https://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility--pregnancy-and-childbirth/intrapartum-care>

NICE. Clinical Guideline CG37. *Routine postnatal care of women and their babies*
<https://www.northtyndesideccg.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/12/Routine-Postnatal-care.pdf>

WHO. *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/

World Health Organization, United Nations Children's Fund, World Bank Group. *Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [Traduzione italiana <http://www.natiperleggere.it/wp/wp-content/uploads/2018/10/Nurturing-care-ita-x-sito.pdf>]

Programma Nazionale Esiti (PNE) è sviluppato da AGENAS per conto del Ministero della Salute http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?id=2905&area=programmazioneSanitariaLea&menu=vuoto

“Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)” Ministero della Salute DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA Comitato Percorso Nascita nazionale http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2836_allegato.pdf

Marmot M. Social determinants of health inequalities. *Lancet* 2005; 365: 1099-104

17 aprile 2018 ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ Aula Pocchiarri. Counseling familiare e scolastico per i disturbi dello spettro autistico. Modello integrato di formazione tra sanità scuola e famiglia

Weaver ICG, Meaney MJ, Szyf M. Maternal care effects on the hippocampal transcriptome and anxiety-mediated behaviors in the offspring that are reversible in adulthood. *Proc Natl Acad Sci* 2006; 103: 3480-5.

Mueller BR, Bale TL. Sex-specific programming of offspring emotionally following stress early in pregnancy. *J Neurosci* 2008; 28: 9055-65.

IUHPE Position statement sull'health literacy Una prospettiva concreta e attuabile per un mondo health literate 2020
Barbour KD, Nelson R, Esplin MS, Varner M, Clark EAS. A randomized trial of prenatal care using telemedicine for low-risk pregnancies: patient-related cost and time savings. January 2017. Supplement to January 2017AM J OBSTET GYNECOL.

ACOG Implementing Telehealth in Practice Committee Opinion N.798 2020
[Beyond autonomy: Care ethics for midwifery and the humanization of birth.](#)

Newnham E, Kirkham M. *Nurs Ethics*. 2019 Nov-Dec;26(7-8):2147-2157.

D.M 740/1994 (Profilo professionale dell'ostetrica/o)

LEGGE 29 luglio 1975 n. 405 Istituzione dei consultori familiari (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale 27 agosto 1975, n. 227)

Requisiti e standard di fabbisogno indicativi per i consultori familiari
https://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/CF_Requisiti&Standard.pdf

Legge n. 34/1996

Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) <https://www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo>

Organizzazione e attività nei Consultori pubblici in Italia 2018. Ministero della Salute pubblicato 2010. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1406_allegato.pdf

CCNL relativo al personale del comparto sanità del 2016-2018

ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE

Disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi del del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni

L. n. 27/2012 e conseguente decreto del Ministero della salute del 19.7.2016, n. 165

L. 23 dicembre 1978, n.833 Istituzione del servizio sanitario nazionale. (GU Serie Generale n.360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario)

Decreto 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” (<http://www.camera.it/temiap/2016/09/23/OCD177-2353.pdf>)

D.Lgs. Del 19 giugno 1999 n°229

Presidenza del Consiglio dei Ministri
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA
AIUTO ALLE DONNE IN GRAVIDANZA
E DEPRESSIONE POST-PARTUM



Documento

approvato

nella seduta Plenaria del 16 dicembre 2005

Patto per la Salute 2014-2016 – Ministero della Salute, art.4, Umanizzazione delle cure, 10 luglio 2014

D. Lgs 229/99;

L. n. 189/2012, di conversione del “Decreto Sanità”