

Assistenza a donne e bambini. La medicina dei bambini si costituisce come specialità medica, con propri insegnamenti e cliniche, le sue riviste e società scientifiche, tra la fine dell'800 e l'inizio del '900 in tutta Europa e in America. Prima di allora esistevano delle istituzioni per i bambini i quali non avevano una famiglia che provvedesse a loro; c'erano gli antichi brefotrofi, come a Firenze lo Spedale degli Innocenti in Piazza SS. Annunziata fondato nel XV secolo, che accoglievano i neonati abbandonati dalle madri, soprattutto donne non sposate e definite "madri illegittime" perché senza marito. Soltanto alla fine dell'800, nei brefotrofi, dopo circa quattrocento anni di loro attività caritatevole ma senza medicina, finalmente entrarono a lavorarci i medici.

Nascita della pediatria: In Italia l'anno della costituzione della Società italiana di pediatria è il 1898. Nel '90 si era tenuto il primo congresso pediatrico nazionale, nel 1886 si erano inaugurati i primi insegnamenti universitari della specialità, a Padova e a Firenze, dove nel '91 entrò in funzione l'ospedale per i bambini Meyer. Le terapie farmacologiche più importanti, gli antibiotici e i sulfamidici entrano in uso intorno al 1940- le vaccinazioni (quella antidifterica diventa da noi obbligatoria nel 1939) e persino l'uso sicuro di latti artificiali, quando l'allattamento naturale è impossibile o insufficiente, sono tutti successivi alla nascita della pediatria. E' lo Stato con le sue leggi, le autorità pubbliche, le istituzioni di nuove figure professionali apposite che si assumono il dovere di tutelare l'infanzia, a garantirne la salute, la crescita sana e non solo di curarne le malattie. Le occasioni perché una nazione si attivi a favore della salute dei bambini sono state spesso le Guerre; Nell'interesse nazionale, non soltanto familiare e privato, i bambini venivano finalmente considerati, in funzione però del loro diventare adulti -soldati e lavoratori.

La definizione d'infanzia: Secondo la Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell'infanzia, del 1989, ogni essere umano al di sotto del 18° anno è bambino.

Tutela dell'infanzia e della maternità: dagli inizi del '900, le prime apposite leggi di salvaguardia nel lavoro minorile e nel lavoro delle donne, specie durante la gravidanza e l'allattamento.

Il tasso di mortalità infantile: è un indice statistico applicato in epidemiologia e demografia per calcolare il tasso di mortalità entro il primo anno di vita. Il tasso di mortalità infantile viene comunemente utilizzato come un indicatore dello stato di salute di una comunità, per es. allo spazio pro-capite negli alloggi, all'igiene e al rifornimento idrico e, soprattutto, alla possibilità o meno di alcune madri di allattare.

Morte infantile: durante il primo anno di vita, è l'indicatore demografico che segnala il numero di morti infantili in una data popolazione per ogni mille nascite vive registrate.

Le prime tutele materno-infantili: I cosiddetti Aiuti materni erano una sorta di pionieristici consultori pediatrici fondati in Italia, e prima di tutto a Firenze nel 1901 da Ernesto Pestalozza. Erano servizi efficaci per favorire gli allattamenti materni, in numero e durata, e dunque per prevenire l'abbandono e la mortalità infantile.

ONMI: L'assistenza alla maternità e all'infanzia in Italia, è stata avviata con l'ONMI (Opera nazionale per la maternità e l'infanzia) fondata nel 1925. La legge istituiva l'ONMI affinché coordinasse le iniziative esistenti nel campo dell'assistenza materno-infantile. Il che significa che tali iniziative dunque c'erano già precedentemente. L'Opera promuove uno specifico profilo

tecnico, il personale ONMI è costituito da specialisti: in pediatria (professione ufficializzata nel 1932), ostetricia (nel 1937 il termine ostetrica prende il posto di levatrice), otorinolaringoiatria, dermosifilopatia in seguito, neuropsichiatria infantile. **LE CATEGORIE DI ASSISTITI DALL'ONMI:** L'ONMI interviene laddove non sia presente una normale struttura familiare a tutela della madre e del bambino: gestanti, madri nubili o vedove; gestanti e madri sposate, il cui marito non sia in grado di sostenere economicamente le spese connesse all'allevamento. Ricevono quindi assistenza: i bambini fino a 5 anni di età, provenienti da famiglie povere; i bambini esposti all'abbandono: figli illegittimi (i cosiddetti figli di ignoto), frequentemente abbandonati alla pubblica carità tramite la Ruota degli Esposti, pratica abolita nel 1923. **I problemi di ONMI: a limitatezza dei fondi a disposizione.**

Si ha la professionalizzazione del mestiere di ostetrica, con la costituzione dell'Unione fascista delle levatrici (dal 1937 dette ostetriche): un'organizzazione che difende gli interessi della categoria e che prevede un albo. Tra gli anni Cinquanta e gli anni Sessanta si sviluppano in Italia molti consultori tradizionali: materni e pediatrici. Lo scopo dichiarato del regime era quello di sancire un definitivo allontanamento della donna dalla sfera pubblica, relegandola alla dimensione familiare della maternità. Verso il 1969, le donne preferiscono rivolgersi a ospedali e a enti sanitari mutualistici, piuttosto che ai consultori ONMI.

La riforma del sistema sanitario: creazione di Unità Sanitarie Locali (USL, oggi ASL) e nell'applicazione dell'ordinamento regionale (1970), in base al quale la Costituzione stabilisce che tutte le competenze in precedenza affidate all'ONMI vengano trasferite alle Regioni: dall'assistenza sanitaria di base all'assistenza sociale. Nel 1975 viene applicata la legge di riassetto del parastato. La sovrapposizione di competenze tra ONMI e Regioni viene sciolta in favore delle seconde. **L'ente viene ufficialmente soppresso il 31 dicembre 1975.**

Legge 405/75: ISTITUZIONE DEI CONSULTORI FAMILIARI: Il servizio d'assistenza alla famiglia e alla maternità ha come scopo:

- a) l'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile;
- b) la somministrazione dei mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte dalla coppia e dal singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti;
- e) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento;
- d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza consigliando i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso.

LEGGE 42 / 1999 Disposizioni in materia di professioni sanitarie: abrogazione del mansionario, regolamentazione dell'esercizio professionale derivante da profilo, codice deontologico, formazione ricevuta.

CODICE DEONTOLOGICO OSTETRICA: autonomia; garanzia di qualità e adeguamento delle competenze; responsabilità dei risultati e della presa in carico della persona assistita; consapevolezza del ruolo di agente morale.

LEGGE 251 / 2000: autonomia professionale; espletamento delle funzioni individuate dai profili professionali e dagli specifiche i codici deontologici; organizzazione percorsi assistenziali per obiettivi; personalizzazione dell'assistenza.

Il codice deontologico: è la normativa di riferimento del professionista cui si deve attenere per l'espletamento della sua professione. Non sono interessate dal circuito politico decisionale dello stato.

Atti di soft-law: Le norme degli ordini professionali, cioè non entrano nel sistema delle fonti del diritto inteso come norma promanante dal potere politico.

Responsabilità medica: deriva dai danni cagionati ai pazienti da errori od omissioni dei sanitari. Legge Gelli-Bianco n. 24 del 8 marzo 2017: i medici sono potenzialmente soggetti, in misura maggiore rispetto ad altri professionisti, ad azioni giudiziarie e a domande di risarcimento del danno da parte dei propri pazienti.

Le professioni sanitarie: I diritti e i doveri degli operatori addetti all'assistenza si possono concretizzare in una triplice direzione: **responsabilità individuale** (L'operatore sanitario responsabile dovrà al momento dell'assunzione essere consapevole degli impegni previsti dal proprio profilo, dei diritti e spazi di libertà di azione e di iniziativa personali) ; **corresponsabilità** (Lavorando in equipe esiste un vasto campo di responsabilità comuni, cioè di responsabilità che si intrecciano e si completano tra loro. Ognuno è chiamato ad assumersi ed a portare le proprie, ma in un contesto di attenzione e armonia con quelle degli altri); **responsabilità verso il malato.**

La delega: È l'atto attraverso cui una persona conferisce ad un'altra persona la responsabilità e l'autorità per lo svolgimento di determinate attività in sua vece. La persona che viene delegata deve poter svolgere ed essere in grado di svolgere le stesse attività del delegante.
La responsabilità finale resta del delegante.

Responsabilità verso i pazienti: rispetto dei valori del malato, della sua dignità di persona, delle sue reazioni interiori; atteggiamento di disponibilità, cioè rispondere con prontezza e volentieri alle richieste del malato; atteggiamento di pazienza; atteggiamento di riservatezza e mantenimento del segreto professionale. Sono responsabilità dell'operatore soprattutto: l'accoglienza del familiare la debita informazione l'adeguato coinvolgimento nei piani assistenziali l'educazione alla salute e alla prevenzione.

Legge 42/1999 l'esercizio della professione risulta regolato da tre norme Regolamentari: Profilo professionale; Ordinamento didattico universitario del corso di laurea; Codice deontologico.

Il profilo professionale dell'ostetrica/o D.M. n. 740/94: Art. 1: l'ostetrica/o è l'operatore sanitario che, in possesso del titolo universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, assiste e consiglia la donna nel periodo della gravidanza, durante il parto e nel puerperio, conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato. **Art. 2:** le competenze: ad interventi di educazione sanitaria e sessuale sia nell'ambito della famiglia che nella comunità; alla preparazione psicoprofilattica al parto; alla preparazione e all'assistenza ad interventi ginecologici; alla prevenzione e all'accertamento dei tumori della sfera genitale femminile; ai programmi di assistenza materna e

neonatale. **Art.5:** L'ostetrica/o è in grado di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono intervento medico e di praticare, richiedono intervento medico e di praticare, dove occorra, le relative misure di particolare emergenza. **Art. 4:** L'ostetrica/o contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

Il profilo di competenza dell'ostetrica: Capacità di analizzare e comprendere il contesto in cui realizza le sue prestazioni, identificandone gli aspetti di pertinenza e di maturazione rispetto alla sua preparazione di base e post-base. Capacità di individuare le possibili soluzioni per un problema di sua competenza, di valutarle in relazione agli esiti prevedibili, di articularle in sequenza di operazioni necessarie al loro conseguimento. Capacità di reperire le risorse necessarie alla realizzazione di un progetto di lavoro. Di gestire gli aspetti relazionali connessi alle proprie attività e di identificare modalità di proprie attività e di identificare modalità di comunicazione adeguate in direzione dei diversi interlocutori implicati. Gestione autonoma della fisiologia materno-fetale- neonatale. Capacità di diagnosticare situazioni. Capacità di diagnosticare situazioni potenzialmente patologiche concernenti la gravidanza, il parto e il puerperio e la conseguente capacità di collaborare con il medico specialista. Capacità di intraprendere le misure e i provvedimenti in caso di emergenza e urgenza, nell'attesa dell'intervento medico e/o trasferimento in struttura idonea. Capacità di contribuire alla formazione del personale di supporto e concorrere direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

Responsabilità etica: È la guida e lo stimolo per realizzare codificazioni deontologiche attente a cogliere non solo tematiche disciplinate dalla legge, ma soprattutto quelle trascurate o marginalmente considerate dalla legge stessa.

Legge 251/2000: Art. 1. Comma 1, Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

Il Codice Deontologico dell'ostetrica (2010): Si compone delle seguenti parti: Premessa: L'ostetrica/o è il professionista sanitario abilitato e responsabile dell'assistenza ostetrica, ginecologica e neonatale; la sua attività si fonda sulla libertà e l'indipendenza della professione. Principi generali; Rapporti con la persona assistita; Rapporti con la persona assistita; Rapporti con colleghe/i e altri professionisti e operatori sanitari; Rapporti con le istituzioni sanitarie e con il collegio; Disposizioni conclusive. La nuova versione del Codice deontologico rappresenta, infatti, un adeguamento ai cambiamenti avvenuti in ambito sociale e sanitario per rispondere appropriatamente alle richieste emergenti in una società sempre più complessa e multiculturale. **Particolare attenzione:** processi di comunicazione, all'informazione, al consenso del cittadino verso gli interventi sanitari all'efficacia, all'appropriatezza ed alla qualità degli all'efficacia, all'appropriatezza ed alla qualità degli interventi diagnostico-terapeutici impegna il professionista ad un aggiornamento continuo delle proprie abilità e delle proprie conoscenze in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale. **Impegna i propri iscritti verso:** la tutela del diritto alla qualità delle cure; il rispetto ed il sostegno

dei processi fisiologici della nascita; la promozione della continuità delle cure, la promozione della continuità delle cure, dell'allattamento al seno e dell'attaccamento precoce genitori/bambino; il contenimento del dolore nella donna e nel bambino; l'informazione corretta ed appropriata sulle attività diagnostico-terapeutiche e sulle possibilità di donazione/raccolta di materiale biologico, ai fini terapeutici e di ricerca.

La disciplina ostetrica definizione attuale: Ambito strutturato del "sapere umano" che ha come oggetto di studio le cure ostetriche rivolte alla persona nel percorso nascita ed in tutte le fasi del ciclo vitale: (conoscenza applicata), realizzate attraverso il processo di assistenza ostetrica (metodo scientifico).

Analisi epistemologica della disciplina ostetrica: è lo studio del sapere ostetrico attraverso la verifica delle strutture concettuali con cui si fonda il suo ragionamento. Studia, attraverso la loro analisi, le modalità attraverso le quali le conoscenze procedono e si rapportano all'interno del "sapere ostetrico"

Le competenze ostetriche: L'oggetto di studio è l'azione assistenziale di competenza (core competences) nella sua realtà (contesti operativi di competenza) e specificità (ostetricia, ginecologia e neonatologia speciale) volte a promuovere e tutelare la salute e soddisfare i bisogni della persona in campo sessuale/riproduttivo (ciclo vitale) e non.

Modello di analisi epistemologica.

1°aspetto di analisi - La struttura interna disciplinare: Le cure ostetriche: correlate ai interventi che l'individuo dedica a se stesso (autocura). In questo caso l'ostetrica ha un ruolo educativo nei confronti del soggetto diretto a valorizzare le sue potenzialità e le sue capacità nel realizzare l'autocura alla salute e al benessere.

2°aspetto di analisi - Il rapporto con le altre scienze/discipline: La disciplina ostetrica si avvale di conoscenze che appartengono ad altri contesti scientifici per meglio affrontare, comprendere ed analizzare i fenomeni, gli eventi, le situazioni di natura assistenziale, clinica, pedagogia, organizzativa, etica, giuridica, medico-legale, socio-culturale, psico-relazionale, ecc. di sua pertinenza.

3°aspetto di analisi - natura disciplinare: Fa parte delle scienze sanitarie o della salute; Fa parte delle scienze umane; E' una scienza pratica o prescrittiva; Scienza poietica (produttiva).

4°aspetto di analisi : Il linguaggio disciplinare: ricorre a paradigmi, concetti, teorie e principi propri convenzionali collegati tra loro in modo razionale.

CURE OSTETRICHE: Sono orientate alla globalità della persona e finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione di fattori di rischio o della malattia, al prendersi cura (care) ed al recupero delle funzioni, al soddisfacimento dei bisogni di salute globale della persona.

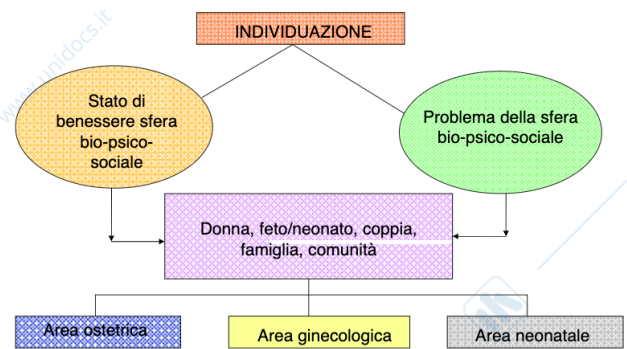
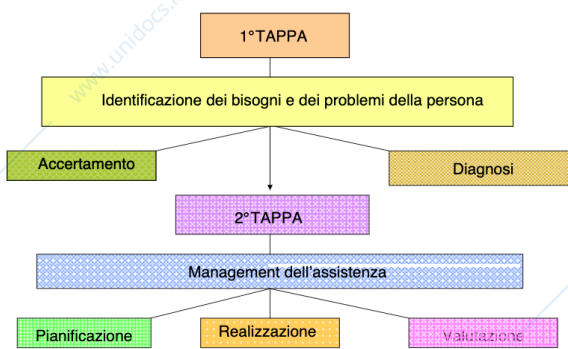
Midwifery management: Midwifery stava a significare tutto ciò che riguardava la pratica ostetrica. Attualmente, "la combinazione delle conoscenze empiriche e teorico-pratiche (sapere), delle abilità (fare) e

degli atteggiamenti (saper essere) peculiari della professione di ostetrica/o, inerenti l'arte e la scienza dell'assistenza ostetrica".

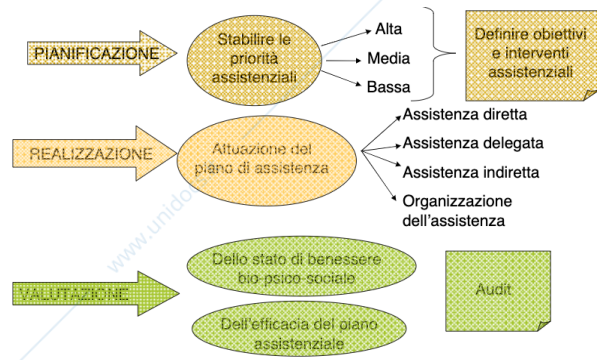
La Master Guide dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 1992 e la Direttiva CEE 80/155 - articolo n°4: l'attività professionale che l'ostetrica/o è regolarmente autorizzata ad esercitare avendo completato con successo un programma formativo specifico acquisendo pertanto i requisiti per essere iscritta presso la propria associazione, collegio o ordine Professionale.

Le fasi del problem solving: Definizione del problema: enunciazione >> Raccolta delle informazioni >> Definizione delle cause del problema >> Pianificazione >> Attuazione degli interventi >> Verifica dei risultati.

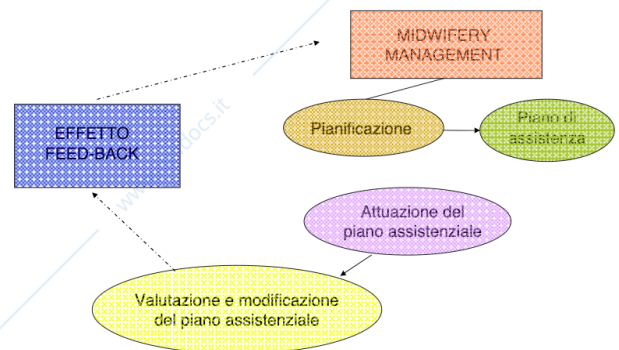
Le fasi del processo di Midwifery Management Accertamento e diagnosi ostetrica



2° Tappa del Midwifery Management



Il processo di Midwifery Management



Verifica della qualità del piano di assistenza: Finalità >> Feed-back; Valutazione istituzionale >> Valutazione indice di gradimento da parte del cliente >> Valutazione clinica del cliente.

Modello HUB and SPOKE: Concentrazione dell'assistenza di elevata complessità in centri di riferimento (hub) supportati da una rete di centri satellite (spoke) cui compete l'assistenza ai casi meno gravi e l'invio di quelli più gravi ai centri di riferimento. I centri Spoke sono distribuiti sul territorio, possiedono l'expertise nel

campo e assicurano il percorso assistenziale del paziente. I pazienti con caso clinico più complesso vengono assistiti in collaborazione del centro Hub.

Ministero della Salute – DM n.70/ 2015: Linee Guida per la revisione delle Reti Cliniche – Reti Tempo dipendenti: Rete cardiologica per l'emergenza; Rete per la Neonatologia e i Punti Nascitaù; Rete ictus; Rete trauma.

Il Percorso Nascita: Il Libretto regionale per la gravidanza: In Toscana presso i consultori e presso le zone distretto delle Aziende UsI è possibile ritirare il libretto ricettario per la gravidanza, contenente i e richieste di tutti gli esami periodici previsti durante la gestazione. Le prestazioni previste dal libretto sono gratuite e assicurano il monitoraggio della gravidanza fisiologica. Le eventuali prestazioni aggiuntive in caso di gravidanza a rischio sono comunque gratuite.

DGRT 259/2006 Programma di interventi di riqualificazione dei servizi consultoriali: sedi "principali" dove occorre almeno la presenza in équipe delle figure di ostetrica, ginecologo, psicologo, assistente sociale; sedi "secondarie" dove occorre almeno la presenza di ostetrica e ginecologo. "Proiezioni" dove si conta sulla presenza di almeno una figura collegata in rete.

Secondo il modello Hub e Spoke la classificazione si basa su tre livelli di complessità: Primo livello assistenza alla gravidanza fisiologica e al neonato sano. Secondo livello assistenza alla media complessità. Terzo livello assistenza alla gravidanza ad alto rischio e al neonato che necessita di terapia intensiva.

Gravidanze con patologie o fattori di rischio che non richiedono particolare complessità assistenziale, ma che necessitano di un'assistenza diversa rispetto alle gravidanze fisiologiche: Assistenza sul territorio Protocolli assistenziali ad hoc. Gravidanza gemellare: Assistenza sul territorio, ma protocolli ad hoc. Gemellare complicata: un centro di riferimento di terzo livello.

L'attività dei Consultori è orientata a: la tutela della salute della donna di ogni età, e in particolare durante la gravidanza e i primi mesi di maternità; la tutela della salute e della qualità della vita del bambino durante l'infanzia e nell'adolescenza; lo sviluppo di scelte consapevoli e responsabili riguardo alla procreazione e alla genitorialità.

I consultori offrono servizi di accoglienza, assistenza e cura gratuiti e ad accesso diretto.

Le prestazioni sono erogate in esenzione dalla partecipazione alla spesa almeno per le seguenti prestazioni base:

Procreazione responsabile: Visite, consulenze, informazione e sostegno, Prescrizione di presidi farmaceutici ed accertamenti diagnostici pertinenti, Inserimento, rimozione, controlli I.U.D.

Sterilità e poliabortività: Visite almeno fino all'invio ai centri di riferimento, Consulenze, informazione e sostegno, Prescrizione di presidi farmaceutici ed accertamenti diagnostici pertinenti

Interruzione volontaria di gravidanza (Ivg): Visite, consulenze, informazione e sostegno (compresa visita di controllo post-IVG), Prescrizione di accertamenti diagnostici pertinenti, Certificazioni.

Prevenzione oncologica: Consulenze, informazioni e sostegno, Visita senologica compreso insegnamento autopalpazione, Prescrizione di accertamenti diagnostici, Prestazioni previste dalla programmazione regionale per attività di screening

Attività rivolte agli adolescenti (almeno 14-24 anni): Attività di accoglienza, Visite, consulenze, informazione e sostegno, Accertamenti diagnostici finalizzati alla procreazione responsabile secondo le modalità definite dalla programmazione aziendale, PapTest

Menopausa: Visite (almeno la prima), consulenze, informazione e sostegno per problematiche strettamente connesse alla menopausa;

Tutela della gravidanza: Visite, consulenze, informazione e sostegno (compresa visita preconcezionale e visita di controllo nel puerperio (entro i 3 mesi successivi al parto), Attività di sostegno puerperale, Prescrizione di accertamenti diagnostici

Corsi di preparazione alla nascita: consulenze, informazione e attività diverse per la preparazione al parto ed al puerperio, All'interno delle diverse aree di intervento in ambito consultoriale possono agire diverse professionalità (ginecologo, ostetrica, psicologo, assistente sociale, ecc...).

Pertanto nella dizione visite/consulenze/informazione/sostegno si ricomprendono anche prestazioni erogate dalle diverse professionalità presenti e per quanto riguarda le prestazioni a carattere psicologico almeno quelle di 1° livello (prima visita e counselling breve).

Alcune aziende hanno individuato per gli interventi rivolti ad uno specifico target di utenza una articolazione operativa delle sedi consultoriali con specializzazione dei consultori per fasce d'età (consultorio giovani) o per utenza particolare (consultorio per immigrati).