



Ordine della Professione Ostetrica
di Roma e Provincia - OPORP

DOCUMENTO DI INDIRIZZO PER L'ADOZIONE DEL MODELLO ASSISTENZIALE A CONDUZIONE OSTETRICA (MACO)

**Standard minimi di sicurezza e qualità per il personale ostetrico e di supporto
in area ostetrico-ginecologico-neonatale**

Versione Ufficiale 10/10/2024



Documento realizzato a cura del Gruppo di Lavoro OPORP:

Coordinatore: Dott.ssa Patrizia Proietti - Vicepresidente

Dott.ssa Iolanda Rinaldi - Presidente

Dott.ssa Simona Marocchini - Segretario

Dott.ssa Sofia Colaceci - Consigliera

Dott.ssa Michelangela Danza - Consigliera

Dott.ssa Rita Gentile - Consigliera

Dott.ssa Angela Paterno - Consigliera

Dott. Francesco Rasi - Consigliere

Dott. Giancarlo Santoni - Consigliere

Dott.ssa Flavia Splendore – Consigliera

Documento approvato da:

Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica
con delibera n. 55/2024

Ordine Ostetriche di Latina con delibera n. 45/2024

Ordine Ostetriche di Rieti con delibera n. 5/2024

Ordine Ostetriche di Viterbo con delibera n. 9/2024

Revisori esterni:

Società Scientifica Sirong

Società Scientifica Sisogn

Società Scientifica Syrio

Delibera di pubblicazione Consiglio Direttivo OPORP n. 35/2024

Editing a cura di:

Dott.ssa Simona Marocchini



INDICE

- 1. Premessa**
- 2. Evidenze scientifiche**
- 3. Il Primary Midwifery**
- 4. Il Governo Assistenziale - l'UO di Assistenza Ostetrica**
- 5. Metodi di calcolo del fabbisogno assistenziale**
- 6. Standard minimi di sicurezza e qualità per il personale ostetrico e di supporto in area ostetrica-ginecologica-neonatale**
 - 6.1 Pronto Soccorso/Accettazione Ostetrico-Ginecologica
 - 6.2 Breve Osservazione
 - 6.3 Blocco Operatorio/Sala Parto
 - 6.4 Degenza Ostetrico-Ginecologica
 - 6.5 Rooming-in – Gestione Ostetrica della Diade
 - 6.6 Unità Operativa Ostetrica a Bassa Complessità Assistenziale
 - 6.7 Ambulatori Ostetrico-Ginecologici
 - 6.8 Percorso Legge 194/78
 - 6.9 Procreazione Medicalmente Assistita
 - 6.10 Area Territoriale
 - 6.11 Ostetrica di Famiglia e di Comunità (OFeC)
- 7. Conclusioni**
- 8. Bibliografia**



1. PREMESSA

Gli standard minimi assistenziali stabiliscono il livello minimo compatibile con la sicurezza delle cure che devono essere garantite alle cittadine e ai cittadini, nei tre Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

In un contesto socio-sanitario in continua evoluzione, è fondamentale definire gli standard assistenziali minimi e/o ottimali utili alla programmazione del fabbisogno delle risorse.

Al fine di implementare il Modello assistenziale a conduzione ostetrica (MACO), che prevede la presenza esclusiva di personale ostetrico coadiuvato da personale di supporto, è essenziale definire lo standard minimo, da impiegare nei tre setting di riferimento ostetrico-ginecologico-neonatale.

Gli standard minimi assistenziali del personale ostetrico e di supporto possono essere stabiliti tenendo presente una serie di variabili, quali la competenza professionale, la formazione continua, le risorse tecnologiche e strutturali, nonché il rapporto tra il numero di Ostetriche e il numero di persone assistite nell'arco delle 24 ore. Mantenere un adeguato rapporto numero di assistite per Ostetrica/o garantisce la riduzione del rischio di errori e migliora la qualità complessiva dell'assistenza. La letteratura dimostra infatti che un inadeguato rapporto operatore/persone assistite aumenta i rischi di infezione, gli errori terapeutici e la mortalità a causa di un'assistenza poco attenta (REF Ball JE, Bruyneel L, Aiken LH, Sermeus W, Sloane DM, Rafferty AM, Lindqvist R, Tishelman C, Griffiths P; RN4Cast Consortium. Post-operative mortality, missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2018 Feb;78:10-15. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.08.004.).

Un appropriato calcolo del fabbisogno di personale deve tener conto in particolare del livello di complessità clinico-assistenziale della persona assistita.

L'ambito ostetrico-ginecologico-neonatale presenta alcune particolarità in considerazione della specificità della popolazione di riferimento. Per quanto riguarda il setting ostetrico relativo al Percorso Nascita, ricordiamo che le evidenze scientifiche supportano la presa in carico della diade madre-neonato da parte dell'Ostetrica/o che, oltre ad assistere la puerpera, assisterà in toto anche il neonato, come peraltro previsto dallo specifico profilo professionale. Questo implica che continuare ad utilizzare gli indicatori vigenti, basati esclusivamente sul numero dei parti e privi di una distinzione tra personale ostetrico e personale infermieristico, può portare a sottostimare il numero di Ostetriche/ci necessarie/i per garantire una adeguata assistenza di qualità alla diade madre-neonato. Inoltre, è necessario valutare il livello di rischio ostetrico nonché la contemporanea presenza o meno all'interno delle Unità Operative sia di posti letto di Ostetricia che di Ginecologia.

Ad ogni modo, la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali in un dato sistema sanitario non possono prescindere da un'adeguata riorganizzazione del Percorso Nascita e dei Dipartimenti materno-infantili e di salute della donna. Tale riorganizzazione prevede, da un lato, l'adozione di modelli organizzativi efficaci e sostenibili, dall'altro, la piena applicazione della normativa vigente in tema di responsabilità e competenze professionali.

È ormai consolidato che il Modello assistenziale a conduzione ostetrica (MACO), garantendo la continuità del percorso assistenziale, contiene gli effetti della crescente medicalizzazione che si registrano durante l'evento nascita, assicura un minor ricorso al parto strumentale, all'episiotomia, alla partoanalgesia ed è costo-efficace (Sandal et al., 2024;).



Il MACO trova fondamento nell'Accordo siglato il 16 dicembre 2010, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane, alla base della riorganizzazione del dipartimento materno infantile già delineata dal **Progetto Obiettivo Materno Infantile** di cui al D.M. 24 aprile 2000. L'Accordo, sottoscritto da tutte le Regioni, oltre ad avere ridisegnato e rimodulato su due livelli le UU.OO. di Ostetricia e Neonatologia/TIN sulla base dei volumi di attività, ha indicato gli standard cui i Punti Nascita devono adeguarsi per garantire efficienza, efficacia, qualità e sicurezza di tutto il Percorso Nascita con personale sanitario dedicato (ostetrica/o e personale di supporto con formazione complementare). Il processo di riorganizzazione della rete dei Punti Nascita ha subito un'ulteriore accelerazione anche in forza di quanto disposto dal **D.M. 2 aprile 2015, n. 70**, con l'implementazione di opportune strategie organizzative volte a garantire livelli di qualità e sicurezza del Percorso Nascita sempre più elevati, anche al fine di migliorare la percezione e la soddisfazione delle donne. In tale contesto il ruolo della figura professionale dell'Ostetrica/o appare centrale.

Ad ulteriore supporto della centralità della figura Ostetrica nell'ambito delle UU.OO. di Ostetricia, Ginecologia e Neonatologia, debbono considerarsi le **“Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)”**, prodotte dal Comitato Percorso Nascita nazionale e trasmesse in data 31/10/2017 dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute a tutti gli Assessori alla Sanità delle Regioni e Province Autonome, in virtù delle quali le Regioni avrebbero dovuto procedere all'attivazione di aree funzionali BRO in tutti i Punti Nascita dei diversi ospedali italiani.

Ovviamente la normativa sopra richiamata risulta coerente con quella in materia di competenze professionali riservate alla categoria, che statuiscono in capo all'Ostetrica/o, attraverso il **D.M. 14/09/1994, n. 740**, meglio noto come Profilo Professionale dell'Ostetrica/o, e il **Codice Deontologico** delle Ostetriche (2010) e s.m.i. In aggiunta, la **Legge 26/02/1999, n. 42**, esaltando la logica del profilo professionale e contrapponendola a quella del mansionario, ha reso indispensabile la ridefinizione del campo proprio di attività e responsabilità della professione di Ostetrica/o. Il legislatore ha fissato dunque le basi di tali responsabilità nei contenuti del Decreto Ministeriale relativo allo specifico profilo professionale, dell'ordinamento didattico dei corsi di laurea triennale e di formazione post-base e dello specifico Codice Deontologico.

Il complesso delle attività professionali riservate alla professione ostetrica ha poi trovato più precisa ed esaustiva definizione con l'art. 48 del **Decreto Legislativo 9/11/2007, n. 206** e s.m.i., nel testo modificato ed integrato dal **Decreto Legislativo 28/01/2016, n.15**, in attuazione alla direttiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio recante modifica della direttiva 2005/36/CE.

Emerge quindi chiaramente come la figura professionale dell'Ostetrica/o abbia tra le proprie attività derivanti da fonti normative vigenti e da specifici obiettivi formativi:

- il sostegno della salute globale, riproduttiva e di genere lungo l'intero arco di vita della donna;
- la presa in carico in completa autonomia della fisiologia materno-fetale e neonatale;
- la capacità di riconoscere situazioni potenzialmente patologiche e di intraprendere le misure e i provvedimenti di emergenza in attesa del medico;
- la capacità di collaborare in équipe qualora le condizioni cliniche e il rischio specifico della donna e/o del neonato richiedano una assistenza multiprofessionale.



Il MACO affonda dunque le sue radici su una legislazione corposa e su presupposti specifici professionali radicati dalla formazione universitaria e dagli organi di riferimento della professione. Il MACO deve nascere con l'obiettivo di promuovere soluzioni organizzative che, oltre a rispondere a criteri di qualità e sicurezza, garantiscano una maggiore continuità nell'assistenza.

2. EVIDENZE SCIENTIFICHE

Esiste una vasta letteratura ed una crescente consapevolezza ed evidenza scientifica sul miglioramento degli *outcome* materni e neonatali, per gravidanze a basso rischio, nelle unità a conduzione ostetrica. Già dal 2007 ci sono studi che dimostrano come in unità a conduzione ostetrica condivisa, ci sia un diminuita durata del travaglio ($p < 0.01$), minore uso di analgesia ($p < 0.01$), minori parti operativi ($p < 0.01$) e maggior incidenza di parto normale ($p < 0.01$), se comparati a reparti a conduzione ginecologica (Symon 2007).

Grigg e collaboratori (2013) hanno evidenziato in 407 donne seguite in unità gestite da Ostetriche un aumento del parto spontaneo vaginale (77.9% vs 62.3%), una diminuzione del parto operativo (10.3% vs 20.4%), senza effetti negativi sull'Apgar > 7 a 5' (2.0% vs 2.1%). In un ulteriore aggiornamento dei dati con maggiore casistica di 494 donne (Monk 2014), lo stesso gruppo ha sottolineato una riduzione significativa dei tagli cesarei. Christensen e Overgaard (2017) in uno studio di coorte su 1678 donne (sia nullipare che multipare) hanno trovato vantaggi significativi nelle unità a gestione ostetrica, rispetto alla gestione medica, nella diminuzione di tagli cesarei, dei parti operativi, delle induzioni al travaglio, del ricorso ad analgesia peridurale, con *outcome* simili per i neonati.

Analogamente (Souter 2019), in un lavoro su 23.100 donne, la gestione ostetrica era associata a una minor incidenza di parti operativi e a una riduzione del 30% dei tagli cesarei in primipare e del 40% in multipare.

In una metanalisi su 7784 casi è stato evidenziato che la conduzione ostetrica della gravidanza, del travaglio e del parto comporta una riduzione statisticamente significativa dei tagli cesarei e della episiotomia (Chapman 2019). La diminuzione del ricorso al taglio cesareo con l'assistenza esclusivamente ostetrica trova conferma ulteriore in una recente metanalisi (Fikre) del 2023: (OR = 0.49; 95% CI: 0.27–0.72); inoltre gli autori hanno riportato un aumento del parto vaginale (OR = 1.14; 95% CI: 1.04–1.23), minore ricorso all'episiotomia (OR = 0.46; 95% CI: 0.10–0.82) e diminuito accesso neonatale alla terapia intensiva (OR = 0.59; 95% CI: 0.44–0.75).

Altri studi (Johantgen 2012, Begley 2011, Merz 2020) confermano il ridotto tasso di analgesia peridurale, episiotomia, induzione del parto quando il parto è seguito in unità a conduzione ostetrica. Inoltre, la continuità assistenziale ostetrica durante la gravidanza aumenta il senso di sicurezza e di legame della donna, aumenta il senso di appartenenza alla comunità e del rispetto delle diversità culturali (Cummins 2022).

L'affidamento alla stessa Ostetrica durante la gravidanza (*caseload*) aumenta il senso di soddisfazione durante la gravidanza, nel travaglio, nel parto e nel postpartum, diminuendo il ricorso al taglio cesareo, all'analgesia peridurale e all'episiotomia (Forster 2016).

Quando la gravidanza è seguita da una Ostetrica, nel caso della fisiologia, diminuiscono il tasso di parto pretermine e il ricorso al taglio cesareo, se comparate alle visite di uno specialista Ginecologo, senza alcun deterioramento degli *outcome* materni e del neonato (Loewenberg 2018).



In una metanalisi della Cochrane condotto su 17.761 donne, il rischio di morte fetale/morte neonatale viene ridotto significativamente (con raccomandazione forte) in modelli dove l'Ostetrica è la principale *healthcare provider* (Ota 2020).

A fronte dei vantaggi nel parto, l'introduzione di unità a conduzione ostetrica per il basso rischio riduce peraltro i costi per la sanità; uno studio inglese suggerisce un risparmio annuo di 1,16 milioni di sterline o 253 sterline per gravidanza (Ryan 2013).

Per quanto riguarda le evidenze scientifiche sullo *staffing*, ad oggi è riconosciuto come adeguato un rapporto operatore/persona assistite pari a minimo 1:6 nelle aree di **neonatologia** e di medicina e chirurgia, tra cui è inclusa la **ginecologia**, a cui si accompagna un rapporto operatore/OSS pari a 1:0,7 (REF Raccomandazioni per la determinazione dello staff per l'assistenza infermieristica, 2021). Per l'ambito **operatorio e interventistico**, sono previsti 3 operatori e un OSS a supporto esterno per la media e alta complessità e 2 operatori e un OSS integrato in equipe nel caso della bassa complessità (REF Raccomandazioni per la determinazione dello staff per l'assistenza infermieristica, 2021).

Relativamente alle competenze in area chirurgica ostetrico-ginecologica, così come ampiamente riconosciuto in ambito ostetrico e neonatale, l'obiettivo è di promuovere un'assistenza centrata sulla donna per migliorare la continuità assistenziale, nonché l'accesso e la tempestività delle cure di emergenza/urgenza (REF *American College of Nurse-Midwives. POSITION STATEMENT The Certified Nurse-Midwife/Certified Midwife as First Assistant during Surgery.* 2023).

Come richiamato dal NICE in *Safe midwifery staffing for maternity settings overview* (2021), *“l'assistenza ostetrica continuativa, rapporto ostetrica/donna 1:1, aumenta la probabilità di avere un parto normale, senza interventi, contribuisce a ridurre sia la durata del travaglio di parto sia il numero di parti operativi e una maggiore soddisfazione materna. Il rapporto 1:1 prevede la sostituzione dell'ostetrica dedicata alla scadenza del suo turno di servizio. Tale modalità prevede un'ostetrica nominale di riferimento”*.

Attribuire alla professione ostetrica tutte le competenze in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale, riconosce quindi valore alla formazione di base, che prevede l'acquisizione di 180 CFU, pari a 5400 ore, dedicate all'acquisizione di competenze teorico-pratiche specifiche in ambito ostetrico, ginecologico e neonatale, di cui possono beneficiare le donne, le coppie e i neonati. Una professione sanitaria, dunque, specializzata nella salute della donna e dei neonati, come dimostrano le evidenze scientifiche, è in grado di garantire esiti migliori rispetto a modelli misti, in cui subentrano figure che ricevono una formazione generalista.

3. IL PRIMARY MIDWIFERY

Il *Primary Midwifery* è un modello proprio dell'Ostetrica, che si adatta alle specifiche esigenze delle donne in gravidanza, durante il parto e nel periodo postnatale. “Un'Ostetrica primaria” è assegnata a una donna e rimane responsabile della pianificazione e della gestione delle cure per tutta la durata della gravidanza, del parto e del periodo postnatale. L'Ostetrica valuta inizialmente la donna, pianifica le visite prenatali, monitora il progresso della gravidanza e fornisce supporto emotivo e informativo, attraverso una costante rivalutazione del rischio e orientando di conseguenza l'assistenza. Si stabilisce in questo modo un rapporto di fiducia e comunicazione aperta tra l'Ostetrica, che funge da punto di riferimento costante, e la donna, aumentando la sua sicurezza e il suo benessere emotivo.



I benefici del *Primary Midwifery* sono dunque la continuità delle cure fornite da parte della stessa Ostetrica, che migliora la coerenza e la qualità dell'assistenza, riflettendosi sugli esiti di salute di madre e bambino. L'implementazione del *Primary Midwifery* presuppone una formazione specifica per il personale ostetrico, nonché un'organizzazione delle Aziende territoriali e/o ospedaliere, al fine di poter implementare **team ostetrici integrati** territorio-ospedale-territorio, prevedendo la flessibilità degli orari di lavoro, a garanzia della continuità assistenziale.

In sintesi, l'applicazione del *Primary Midwifery* può migliorare significativamente la qualità delle cure, il benessere delle persone e la loro soddisfazione, fornendo un'assistenza continua e personalizzata.

4. IL GOVERNO ASSISTENZIALE - LE STRUTTURE OPERATIVE DI ASSISTENZA OSTETRICA

L'organizzazione aziendale, nelle sue articolazioni, deve prevedere la separazione della linea clinica, il cui governo è affidato ai Dipartimenti a Direzione Clinica, da quella assistenziale, il cui governo è proprio delle UU.OO. delle Professioni Sanitarie, che, a tal fine, possono essere aggregate nel Dipartimento delle Professioni Sanitarie. Tale organizzazione potrà avvalersi di un'articolazione che andrà dalla struttura semplice o complessa fino alla possibilità di istituire, sulla base della complessità aziendale, il Dipartimento dell'assistenza infermieristica, ostetrica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione. Questo tipo di Dipartimento, ove previsto, è una struttura dotata di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico e riabilitativo, tecnico sanitario e tecnico della prevenzione, nonché degli operatori di supporto assistenziale che operano nell'Azienda. Il Dirigente Sanitario responsabile del Dipartimento è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge 251/2000, in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente, scelto tra i Dirigenti delle strutture complesse individuate all'interno del Dipartimento stesso e nominato dal Direttore Generale. Il Dirigente delle strutture semplici o complesse delle professioni infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecniche sanitarie e tecniche della prevenzione, è nominato, attraverso idonea procedura concorsuale ai sensi dell'art. 7 della Legge 251/2000, di cui al DPCM del 25 gennaio 2008. Per le Aziende Sanitarie Locali, il Dipartimento può comprendere nella sua articolazione anche le strutture di governo delle professioni sociali, prevedendo il Dipartimento Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali (DAPSS).

Il Dirigente delle Professioni Sanitarie – Ostetrica rappresenta il ruolo apicale delle Strutture Operative aziendali di Assistenza Ostetrica. Il Dirigente è responsabile del governo dell'assistenza ostetrica e del personale di supporto assegnato, promuove modelli organizzativi e professionali innovativi, favorendo lo sviluppo e la valorizzazione delle professioni sanitarie del comparto assegnate alla propria area; collabora con i Dirigenti di tutte le Professioni Sanitarie, al fine di garantire l'efficientamento dei servizi e un modello di promozione della salute integrato, che mette al centro le cittadine e i cittadini.



5. METODI DI CALCOLO DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE

La quantificazione del fabbisogno di personale ostetrico deve essere allineata alle necessità di assistenza ostetrica, neonatale e ginecologica, come previsto dai livelli essenziali e uniformi di assistenza garantiti su tutto il territorio nazionale. Gli standard minimi assistenziali definiscono il fabbisogno di risorse, che deve considerare i processi di razionalizzazione e rimodulazione della rete ospedaliera e territoriale regionale (in conformità anche al D.M. 2 Aprile 2015 n. 70), i modelli organizzativi assistenziali e le normative di riferimento. I fabbisogni di personale, sulla base di questi criteri, devono essere proporzionati al numero di posti letto, alle attività svolte per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, tenendo conto della tipologia delle attività, della complessità delle patologie trattate e della produttività dei posti letto disponibili.

Negli ultimi anni è cresciuto notevolmente l'interesse per il corretto calcolo delle risorse umane in ambito sanitario, spesso delegato a normative di solo carattere regionale. Nonostante l'ampia letteratura sulla corretta quantificazione e allocazione del personale, non esiste una metodologia comune condivisa per determinare i fabbisogni e la maggior parte dei modelli esistenti si concentra sul dimensionamento del personale infermieristico, mentre per il calcolo di fabbisogno di personale ostetrico appaiono a tutt'oggi limitati. La Società Italiana di Neonatologia (SIN) nel 2021 ben spiegava negli "Standard Organizzativi per l'Assistenza perinatale" che non vi sono metodi di calcolo più efficaci o più precisi.

In linea generale le metodologie possono essere classificate in due grandi categorie:

- Approcci Bottom-Up: consistono nel calcolo del numero di risorse umane necessarie a partire da dati acquisiti nei reparti ospedalieri. I metodi bottom-up sono quindi strettamente legati ai singoli reparti in cui vengono implementati;
- Approcci Top-Down: in questo caso il calcolo del numero di risorse umane si basa su dati aggregati relativi alla popolazione target di una Struttura ospedaliera, sui dati amministrativi di tale Struttura, o su dati estratti da gruppi omogenei di persone assistite. Quest'ultimo caso è rappresentato in particolare dai DRG (*Diagnosis Related Group*), il cui obiettivo è quello di classificare in gruppi omogenei per assorbimento di risorse impiegate per tutti le persone assistite dimesse da un ospedale, stimando così il relativo costo assistenziale.

Come già specificato, in Italia non c'è un numero definito a livello nazionale di personale per le varie unità operative, perché la materia sanitaria viene demandata alle singole Regioni, essendo infatti di competenza di queste ultime definire gli standard del personale. Tuttavia, a livello nazionale, il Decreto Ministeriale n. 13/09/1988, "Determinazione degli standard del personale ospedaliero", è un documento di riferimento utile per la definizione degli standard del personale. All'articolo 3 vengono definite le unità mediche ed infermieristiche necessarie in organico per numero totale di posti letto; si può considerevolmente intendere che le unità infermieristiche necessarie siano rapportabili alle unità ostetriche necessarie per l'assistenza alle persone assistite nei reparti di pertinenza ostetrica. A seconda della complessità della persona, della sua criticità e della sua instabilità, sarà richiesto un tempo maggiore o minore di assistenza. Questo significa che persone particolarmente complesse e instabili richiederanno un maggior tempo di assistenza in termini di minuti e che quindi il personale deputato all'assistenza dovrà seguire un numero limitato di persone per poterli assistere al meglio.



Già con il Decreto del Presidente della Repubblica n. 128 del 1969, “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri”, a livello nazionale venivano fornite indicazioni sulla quantificazione del personale, stabilendone il numero occorrente per garantire un livello di assistenza, espresso in minuti medi die per posto letto di degenza. L’art.8 del suddetto decreto recita “*La dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per malato di 120 minuti nelle 24 ore (...)*”. Ovviamente la denominazione di “professione sanitaria ausiliaria” per la professione infermieristica e ostetrica è stato sostituito con “operatore sanitario” con il regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale; successivamente l’aggettivo di ausiliario è stato definitivamente sostituito con la Legge n. 42 del 26/2/1999, “Disposizioni in materia sanitaria”. Non sono dichiarate le modalità con cui viene costruito il parametro minuti di assistenza né quale sia la metodologia adottata per realizzare questi calcoli.

Nello specifico della Regione Lazio, si tende a far riferimento alle indicazioni fornite dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria con nota prot. n. 259999GR/11/23 del 13/05/2015, relativa a “Criteri generali per la determinazione delle dotazioni organiche nelle aziende ed enti del SSR”, ovvero linee di indirizzo, nonché algoritmi per il calcolo del fabbisogno di personale. Secondo tale documento innanzitutto viene determinato un monte ore medio di riferimento per unità di personale: per il personale del comparto il *range* (inteso come monte ore annuo al netto delle assenze per istituti contrattuali e media di assenze di varia natura) va da 1454 ore/anno a 1420 ore/anno. E’ stato quindi assegnato un coefficiente di complessità per le varie aree di afferenza (medico/chirurgica) per il personale sanitario medico, infermieristico e di supporto. Si precisa che, pur adottando la metodologia di calcolo proposta dalla Regione Lazio, si deve comunque far riferimento alle scelte organizzative risultanti dall’Atto Aziendale e dal Piano Strategico, nel rispetto dei ruoli di appartenenza dei profili dei quali si stima il fabbisogno. E’ quindi auspicabile che tale documento venga preso come modello da seguire per il calcolo base della dotazione organica, avendo cura di specificare i criteri utilizzati dando risalto agli eventuali correttivi adottati, coerenti con le misure organizzative in essere e/o da realizzare.

Utilizzando il documento della Regione Lazio si specifica:

- nell’ipotesi in cui il calcolo del fabbisogno determini un numero non intero decimale e maggiore di 0.3 rispetto alla cifra intera ottenuta, si procede all’arrotondamento all’unità superiore (come specificato dalla nota regionale);
- essendo considerata l’Ostetricia una specialità di base, quindi a bassa complessità assistenziale, il livello di complessità assistenziale, tradotto in ISO è calcolato allo 0.23;
- LEGENDA:

PL: posti letto

TOM: Tasso occupazionale medio

ISO: Indice standard organizzativo, corrispondente al livello di complessità predefinito

OT: ore effettuate turno

GA: giornate assistenza anno

OMLA: ore medie lavorate annue.



| DOTAZIONE ORGANICA OSTETRICI/OSTETRICHE | | | | |
|---|-------|---------|----------------------------------|--|
| OSTETRICA A | | | | |
| PL | 20 | | | |
| T.O.M | 0,8 | 16 | PRESENZA MEDIA | 80% DI 20 PL |
| I.S.O | 0,23 | 3,68 | N. OSTETRICI PRESENTI NELLE 24/H | I.S.O x T.O.M |
| O.T | 8 | 29,44 | ore totali necessarie nelle 24/h | I.S.O x O.T |
| G.A | 365 | 10745,6 | ore totali necessarie nell'anno | O.T x G.A |
| O.M.LA | 1420 | 7,56 | n. OSTETRICI TOTALI NECESSARI | G.A. : O.M.LA |
| Totale UNITA' OSTETRICHE | 8 | | FABBISOGNO OSTETRICI | |
| MINUTI ASSISTENZA PZ/DIE | 110,4 | | minuti assistenza pz/die | [O.T x 60 min. = min. nelle 24hr per totale e pz.] : T.O.M |

Figura . Esempio calcolo dotazione organica minima ostetriche/i
(secondo la Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria, nota prot. n. 259999GR/11/23 del 13/05/2015).

Per quanto concerne il fabbisogno di personale ostetrico in Sala Parto, si fa riferimento all'Accordo del 16 dicembre 2010, , ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi, assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo»; in particolare all'allegato 1B, "Standard per la riorganizzazione delle U.O di ostetricia e delle unità operative di pediatria/neonatologia e terapia intensiva neonatale (TIN)". Nel caso specifico il documento riporta tra gli standard operativi quello di: "garantire un numero adeguato di ostetriche per turno. Si raccomanda fino a 1500 parti/anno almeno 3 ostetriche per turno; 4 fino a 2000 parti/anno e 5 oltre i 2000 parti/anno, con incremento di 1 ostetrica ogni 750 parti in più".

Per quanto riguarda il Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico, va segnalato come le/gli Ostetriche/i dovrebbero essere adibite/i in modo indistinto per le funzioni di *triage*, assistenza e, laddove necessario, osservazione temporanea. Per la determinazione della dotazione del personale sanitario del Pronto soccorso ostetrico-ginecologico sono stati applicati i criteri descritti nell'Allegato A del Decreto del Commissario ad Acta Regione Lazio n. U00265 del 1 settembre 2014, che utilizza come parametri di riferimento, per le unità di personale medico e infermieristico, la tipologia di DEA - Dipartimento di Emergenza Urgenza e Accettazione (PS, DEA I livello, DEA II livello) ed il numero di accessi. Come si legge nel DCA 265/2014, la determinazione della dotazione di personale infermieristico e medico, differenziata a seconda del ruolo della struttura all'interno della Rete, è stata calcolata "sulla base del tempo medio per accesso netto (ovvero escludendo gli accessi relativi al 'paziente non risponde a chiamata' e al 'paziente si allontana').

In virtù di quanto sopra, i tempi medi dovrebbero essere moltiplicati per il numero di accessi/annui del Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico di riferimento, ottenendo in tal modo un monte ore annuo di fabbisogno di personale ostetrico. Tale monte ore annuo deve quindi essere diviso per le ore uomo/anno (1454 per le/i ostetriche/i).

Esempio formula calcolo dotazione ostetrica in Pronto soccorso ostetrico-ginecologico:

$$\frac{x \text{ (n. accessi)} \times 48 \text{ min./60}}{1454}$$



6. STANDARD MINIMI DI SICUREZZA E QUALITÀ PER IL PERSONALE OSTETRICO E DI SUPPORTO IN AREA OSTETRICA-GINECOLOGICA-NEONATALE

L'assistenza negli ambiti di pertinenza ostetrico, ginecologico e neonatale ha una connotazione particolare legata al fatto che la complessità può modificarsi sulla base di una costante rivalutazione del rischio, generando un cambiamento del piano assistenziale. Per tale motivo, gli standard di personale ostetrico richiedono una modulazione orientata a diversi fattori, tra i quali:

- posti letto
- tasso di occupazione medio
- numero di parti
- complessità dell'assistenza
- intensità clinica
- grado di dipendenza della persona assistita
- tempo di lavoro.

Tale modulazione si esplicita attraverso un rapporto di continuità degli interventi assistenziali legati ad una relazione di cura che si evolve costantemente. Peraltro l'Ostetrica rappresenta per la donna in tutte le fasi della vita il primo livello assistenziale.

Sono stati utilizzati, a supporto di tali indicazioni, studi che indicano che lo standard ottimale deve tener conto del rischio clinico, prendendo in considerazione gli *outcome* correlati all'assistenza. In virtù di tali studi lo standard ottimale nei reparti ospedalieri non dovrebbe mai essere inferiore a 1:6, sottolineando che un aumento di questo rapporto, aumenti la mortalità e le cure mancate.

Per il calcolo del fabbisogno minimo sono stati considerati i coefficienti di complessità indicati nella circolare della Regione Lazio n. 259999/2015, le indicazioni del libro rosso SIN 2021 "Standard organizzativi per l'assistenza perinatale", i contenuti del "Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN" Agenas n. 2022/0005733, i contenuti del DM 70/2015 e del DM 77/2022.

Dopo aver recepito i documenti e le normative disponibili che individuano gli standard assistenziali, si è convenuto di definire un modello organizzativo con standard ottimali a garanzia della qualità e dell'appropriatezza delle cure, evidenziando inoltre il valore soglia per il mantenimento della sicurezza. Al fine di favorire una maggiore continuità assistenziale e una migliore organizzazione all'interno delle Unità Operative attive in h24 viene raccomandata l'adozione di una turnistica che preveda le guardie di 12 ore, in condivisione con il personale medico, garantendo anche una migliore flessibilità nelle presenze del personale che assiste la donna, assicurando una adeguata continuità assistenziale (Accordo Stato-Regioni 2010). Nelle strutture di I livello va sempre prevista l'integrazione con gli altri settori (Blocco Parto e Pronto Soccorso/Accettazione).

6.1 Pronto Soccorso/Accettazione Ostetrico-Ginecologica

I servizi di emergenza/urgenza (Punti di primo intervento, Pronto Soccorso) hanno l'obiettivo di garantire prestazioni immediate agli utenti che presentano alterazioni delle funzioni vitali tali da compromettere potenzialmente e gravemente lo stato di salute. Secondo quanto riportato nell'Atto di Intesa Stato Regioni del 17/5/96, nel quale si approvano delle Linee Guida sul sistema di emergenza



sanitaria in applicazione del DPR 76/92, viene prevista per la prima volta in Italia la funzione di *triage*, ovvero “il primo momento di accoglienza e valutazione di pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire la priorità di intervento”.

Il *triage* rappresenta uno strumento indispensabile nelle situazioni in cui occorre effettuare delle scelte di priorità, operando, in tal modo, una ottimizzazione dell'intervento diagnostico-terapeutico ed assistenziale. Il *triage* consiste in un processo dinamico, volto a garantire che i cittadini e le cittadine ricevano il livello e la qualità di cura più appropriati alle loro necessità, in relazione alla migliore utilizzazione possibile delle risorse disponibili (o destinabili). Il *triage* è un sistema cardine dei servizi di assistenza nei Dipartimenti di emergenza, in particolar modo nelle situazioni in cui più persone affette da problematiche sanitarie diverse accedono contemporaneamente alla struttura.

L'attività di *triage* intraospedaliero in ambito Ostetrico-Ginecologico è affidata all'Ostetrica triagista, in possesso dei requisiti specifici richiesti e che abbia svolto un periodo minimo lavorativo di almeno 12 mesi e di un periodo di affiancamento al *triage*. L'organico di Pronto Soccorso Ostetrico/Accettazione ostetrica deve prevedere una dotazione di personale ostetrico compatibile con il numero di accessi alla struttura e con la complessità della casistica da trattare. Bisogna infatti considerare che nei Pronto Soccorso ostetrici si ha una maggiore complessità della presa in carico, in considerazione della necessità di valutare congiuntamente madre e feto, talvolta della necessità di trasferimento per competenza a centri di livello superiore, della gestione di situazioni molto complesse quali vittime di violenza, della possibilità (dove previsto localmente) di attivazione di PDTA a completa gestione delle Ostetriche per le gravidanze a basso rischio ostetrico che accedono al Pronto Soccorso al momento del parto (Modello BRO). Peraltro, la normativa relativa ai Pronto Soccorso generali, stabilisce che, quando l'affluenza supera i 25.000 accessi l'anno, il *triage* deve prevedere personale dedicato in maniera esclusiva a tale funzione nell'ambito del singolo turno di servizio.

In concordanza con i requisiti del DM 70/2015 e dell'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, la rete perinatale è strutturata in Unità perinatali di I e di II livello, dove il II livello si distingue dal I per l'assistenza alla donna e al neonato che necessitano di cure intensive. La rete dei Punti Nascita rientra, insieme alla rete neonatologica, nelle reti tempo dipendenti. La rete ostetrica e neonatologica è, quindi, costituita da due livelli di intensità di cure (primo e secondo) situati rispettivamente nei DEA di I e di II livello, mentre, nei Presidi Ospedalieri di Base non è prevista l'Ostetricia, secondo quanto sancito dal DM 70/2015. I DEA di I e II livello sono così definiti:

- Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, previste in unità che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale $> 0 = 34$ settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico e assistenziale elevato tipiche del II livello, per le madri e il feto. Le strutture deputate all'emergenza-urgenza devono essere articolate secondo le seguenti tipologie che riflettono i diversi livelli di complessità assistenziale. Numero di parti < 1000 / anno;
- Dipartimento Emergenza Accettazione (DEA) di II livello, previste in unità che assistono gravidanze e parto indipendente dal livello di rischio per madri e feto con numero di parti > 1000 /anno e alla presenza di una struttura di T.I.N. e discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevato.



I punti nascita di I livello sono formalmente e funzionalmente collegati con i punti nascita di II livello secondo il modello *hub* e *spoke*, con un sistema a rete.

Gli standard minimi assistenziali considerano un numero di accessi < 5000 accessi per il I livello e > 5000 accessi per il secondo.

| | Standard minimo assistenziale | |
|--|---|-----------------|
| Per un Pronto Soccorso (PS) in Dipartimento Emergenza Accettazione di I livello (DEA I livello) Ostetrico Ginecologico | Il personale afferisce al Coordinatore ostetrico della Sala Parto | |
| | 1 ostetrica per turno | 1 OSS per turno |
| Per un Pronto Soccorso (PS) in Dipartimento Emergenza Accettazione di II livello (DEA II livello) Ostetrico Ginecologico | 1 Coordinatore ostetrico | |
| | 2 ostetriche per turno | 1 OSS per turno |

6.2 Breve Osservazione

La Breve Osservazione (OBI) costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per persone assistite con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali. Tale modalità, caratterizzata da un'alta intensità assistenziale, viene erogata in un arco di tempo definito e limitato, al fine di individuare il livello di trattamento assistenziale più idoneo.

Dal punto di vista organizzativo l'OBI è una unità funzionale del Pronto Soccorso, è attivata in locali dedicati ed è collocata in posizione adiacente o comunque nelle immediate vicinanze del Pronto Soccorso. Il locale dedicato all'OBI, organizzato in strutture *open-space* e/o a *box* singoli, è opportunamente attrezzato per garantire la tutela della privacy ed il comfort delle persone assistite, deve rispondere ai requisiti organizzativi specifici e rispettare la normativa regionale di riferimento in tema di autorizzazione all'esercizio e di accreditamento.

Tutti i Punti Nascita regionali di II livello devono disporre di un servizio di Pronto Soccorso Ostetrico e di posti letto destinati all'Osservazione Breve (OBI). La dotazione di personale assegnato, in modo integrato con il Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico, deve essere proporzionale alle dimensioni della struttura, al numero dei parti, al numero di posti letto e al bacino di utenza.

La dotazione minima dovrà quindi garantire:

| | Standard minimo assistenziale | |
|-----|-------------------------------|-----------------|
| OBI | 1 ostetrica per turno | 1 OSS per turno |



6.3 Blocco Operatorio/Sala Parto

La metodologia per la definizione del fabbisogno teorico di personale ostetrico proposta prende in considerazione tre *drivers* principali:

- l'organizzazione della rete ospedaliera;
- la produzione (l'attività ospedaliera e la sua complessità);
- il tempo di lavoro (l'impegno assistenziale relativo alla complessità assistenziale e al *case mix* clinico).

Nella valutazione dei fabbisogni in tale ambito è doveroso sottolineare che l'assistenza ostetrica *one to one* in travaglio attivo, come evidenziato da numerose evidenze scientifiche, garantisce benessere della diade e standard di sicurezza e qualità nelle cure.

In relazione alle indicazioni dell'Accordo Stato-Regioni 2010 è prevista la suddivisione della rete ospedaliera in due livelli:

- Livello 1 SPOKE (nati/anno 500-1000 e punti in deroga)

Unità che assistono gravidanze e parti, in età gestazionale > 34 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello, per la madre e per il feto. Il solo numero di parti/anno > di 1000 non determina cambiamento di livello, essendo i requisiti per il II livello legati anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata;

- Livello 2 HUB (parti/anno > 1000):

I requisiti per il II livello sono legati oltre che al numero di parti anche al bacino di utenza, alla presenza nella stessa struttura di TIN e di discipline specialistiche in numero e con intensità di cura più elevata.

Inoltre, lo stesso Accordo Stato-regioni del 2010 sottolinea la raccomandazione di prevedere la presenza di almeno 2 Ostetriche per turno fino a 1000 parti/anno, almeno 3 Ostetriche per turno fino a 1500 parti/anno, 4 Ostetriche fino a 2000 parti/anno e 5 Ostetriche oltre 2000 parti/anno con incremento di 1 Ostetrica ogni 750 parti/anno in più.

E' inoltre necessario considerare una rimodulazione in base alla riorganizzazione dell'assistenza in aderenza alle 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 – 2017; i modelli identificati nel documento sono:

- Gestione Autonoma BRO all'interno della UO Ostetrica Ginecologia
- Area Funzionale BRO collegata e adiacente alle UO Ostetrica e Ginecologia.

Le competenze delle Ostetriche in ambito chirurgico (ostetrico-ginecologico) appaiono di rilievo per soddisfare sia il criterio della "migliore e più appropriata assistenza sanitaria possibile" nell'interesse della persona assistita che gode del diritto costituzionale alla salute (art. 32 Costituzione) sia i principi cardine di efficienza, appropriatezza ed efficacia dell'assistenza.

Per ciò che attiene alla Sala Operatoria del Blocco Parto l'Accordo Stato-Regioni 2010 prevede l'aggiunta di 1 Ostetrica strumentista e 1 Ostetrica di Sala Operatoria per sedute in elezione o in pronta disponibilità (PD) per urgenze.

Il calcolo del numero degli OSS deve essere coerente con il numero di attività a loro attribuite relativamente al numero dei parti espletati.



| Blocco parto | Standard minimo assistenziale | |
|---|--|-----------------|
| Livello 1 SPOKE | 1 Coordinatore ostetrico | |
| | 2 ostetriche per turno | 1 OSS per turno |
| | 2 ostetriche dedicate elezione e/o PD per urgenze | |
| Livello 2 HUB | 1 Coordinatore ostetrico | |
| | < 2000 parti/anno: 4 ostetriche per turno > 2000 parti/anno: 5 ostetriche per turno | 2 OSS per turno |
| | 2 ostetriche dedicate elezione e/o PD per urgenze | |
| Gestione Autonoma BRO all'interno della UO Ostetrica Ginecologia | 1 Ostetrica per turno | |
| Area Funzionale BRO collegata e adiacente alle UO Ostetrica e Ginecologia | 1 Ostetrica per turno + 1 Ostetrica ogni 3 diadi per turno | 1 OSS per turno |

Per lo standard del profilo ostetrico in sala operatoria ginecologica il fabbisogno è rapportabile a quello infermieristico ed è legato al numero di sedute della Sala Operatoria, alla complessità degli interventi e alle peculiarità organizzative e strutturali che connotano l'azienda.

| Blocco operatorio | Standard minimo assistenziale | |
|-------------------|--|-------------------|
| | 1 Coordinatore ostetrico | |
| In sala | 2 Ostetriche per turno in h12 | 1 OSS ogni 2 sale |
| Fuori dalla sala | 1 Ostetrica per 2 sale 2 Ostetriche per 3 o 4 sale operatorie | |

6.4 Degenza Ostetrico-Ginecologica

L'area della Degenza Ostetrico-Ginecologica deve essere organizzata secondo il sistema modulare, attraverso la suddivisione in settori o moduli clinico-assistenziali, costituiti da un numero predefinito di persone assistite con una complessità assistenziale definita; l'assistenza, per ogni singolo modulo/settore, viene affidata per tutta la durata del turno di lavoro ad una Ostetrica, coadiuvata da personale di supporto. Tale modello garantisce continuità assistenziale, riduzione drastica degli errori, miglioramento della soddisfazione, sia degli operatori che della persona assistita, potenziamento delle competenze clinico-gestionali, con maggiore autonomia professionale.



La dotazione deve prevedere anche la pianificazione di tutte le fasi di dimissione, in integrazione con il territorio per la presa in carico della donna/puerpera e/o del neonato.

Lo standard viene definito in base alla complessità assistenziale, in rapporto al tasso di occupazione dei posti letto attivati. Si è considerato un “modello di riferimento” di Unità Ostetrica con volumi di attività pari a 20 posti letto, con tasso di occupazione pari all’80%, box di triage ostetrico-ginecologico e un Blocco Parto comprendente almeno una sala operatoria dedicata.

I livelli di degenza sono suddivisi in due tipologie di complessità, con relativi standard minimi e standard ottimali nella seguente tabella:

| | Standard minimo assistenziale | |
|--|-------------------------------|--|
| Degenza ostetrico-ginecologica con una medio/bassa complessità | 1 Coordinatore ostetrico | |
| | 3 Ostetriche per turno | 1 OSS per turno |
| Degenza ostetrico-ginecologica che può trattare anche l’alta complessità | 1 Coordinatore ostetrico | |
| | 4 Ostetriche per turno | 3 OSS nelle 24h (prevista una flessibilità nell’organizzazione della turnistica G/N) |

6.5 Rooming-in – Gestione Ostetrica della Diade

Il *rooming-in* prevede la presenza e l’assistenza di mamma e neonato nella stessa stanza del Punto Nascita durante la degenza nei giorni successivi al parto. Il *rooming-in* rappresenta uno standard di buone pratiche assistenziali ospedaliere, che va offerto attivamente e in maniera appropriata (Ministero della Salute, 2024). Il personale ostetrico supporta la madre nell’accudimento del neonato, favorendo gradualmente l’autonomia materna, in modo da promuovere la consapevolezza delle proprie competenze genitoriali (*empowerment*). Nel caso di MACO con presa in carico della diade madre/figlio in regime di *rooming-in* e gestione completa del neonato fisiologico e della mamma, è necessario prevedere una unità aggiuntiva per turno rispetto a quelle previste per la degenza ostetrico-ginecologica, garantendo il rapporto minimo di almeno 1 Ostetrica ogni 6 diadi.

Gli standard minimi sono dunque così indicati:

| | Standard minino assistenziale |
|---|--|
| Degenza ostetrica con <i>rooming-in</i> | 1 Ostetrica ogni 6 diadi (ottimale 1 Ostetrica ogni 3 diadi) |

6.6 Unità Operativa Ostetrica a Bassa Complessità Assistenziale

La proposta organizzativa di un’Unità Operativa Ostetrica a Bassa Complessità Assistenziale (UOO-BCA) vede le sue basi nelle raccomandazioni che pongono l’Ostetrica come figura centrale nella gestione della gravidanza, del parto e del puerperio a basso rischio. L’UOO-BCA ospita puerpere e neonati fisiologici, attraverso una gestione ostetrica in completa autonomia, con la possibilità di



richiedere la consulenza medica quando necessario. L'accesso alla UOO-BCA deve avvenire tramite griglie che consentono di elaborare *score* di valutazione per attestare la bassa complessità materno-neonatale a due ore dal parto. La diade madre-bambino è valutata costantemente in base all'intensità di cura, intesa come stabilità clinica e complessità assistenziale; in seguito a tali valutazioni vengono decisi dall'Ostetrica i tempi di permanenza e la dimissione. L'obiettivo è quello di ridurre al minimo il tempo di ricovero, garantendo una continuità delle cure a domicilio, luogo più idoneo e familiare, in collaborazione con le strutture territoriali.

Gli standard minimi sono dunque così indicati:

| | Standard minimo assistenziale |
|---------|--|
| UOO-BCA | Coordinatore ostetrico |
| | 1 ostetrica ogni 3 diadi + 1 OSS per turno in h 24 |

6.7 Ambulatori Ostetrico-Ginecologici

Nell'ambito degli Ambulatori Ostetrico-Ginecologici, attivi con orario h12, vengono utilizzati per il calcolo del fabbisogno le ore di presenza effettuata/ore di apertura attività; in tal modo si conviene che lo standard minimo prevede:

| | Standard minimo assistenziale | |
|--|-------------------------------|-------|
| Ambulatori Ostetrico-Ginecologici | 1 Coordinatore ostetrico | |
| Attività di accoglienza e orientamento (non necessariamente impegnate nelle stanze con lo specialista) | 2 Ostetriche | 2 OSS |
| Ambulatorio che prevede attività strumentale | 1 Ostetrica/ambulatorio | |

6.8 Percorso Legge 194/78

Il percorso in applicazione della Legge 194/78 viene suddiviso in due tipologie di attività, ovvero la terapia di tipo medico (RU 486), assimilabile ad un servizio di Day Hospital e una terapia di tipo chirurgico, in modalità di Day Surgery, attivi con orario h12.

Lo standard viene definito in base ai coefficienti di complessità assistenziale. Si è considerato un "modello" di Unità con volumi di attività pari a 6 posti letto con Sala Operatoria. Il MACO prevede la presenza dell'Ostetrica sia nelle fasi di accoglienza/accettazione, sia nelle fasi di intervento, con pre e post operatorio. Gli standard minimi, calcolati sulla base dei coefficienti di complessità, sono dunque così indicati:

| | Standard minimo assistenziale | |
|--|-------------------------------|-------|
| | 1 Coordinatore ostetrico | |
| Attività di accoglienza e orientamento | 2 Ostetriche | 2 OSS |



| | | |
|---|--------------|--|
| Percorso Legge 194/78 (terapia medica e chirurgica) | 3 Ostetriche | |
|---|--------------|--|

6.9 Procreazione Medicalmente Assistita (PMA)

Il centro di Procreazione Medicalmente Assistita viene suddiviso in due tipologie di attività, ovvero una di tipo ambulatoriale, l'altra di tipo chirurgico, assimilabile ad una modalità di Day Surgery, entrambe attive con orario h 12.

Lo standard viene definito in base ai coefficienti di complessità assistenziale. Si è considerato un "modello" di Unità con volumi di attività pari a 6 posti letto con Sala Operatoria. Il MACO prevede la presenza dell'Ostetrica nelle fasi di accoglienza/accettazione, sia nelle fasi di intervento, con pre e post operatorio.

Gli standard minimi, calcolati sulla base dei coefficienti di complessità, sono dunque così indicati:

| | Standard minimo assistenziale | |
|--|-------------------------------|-------|
| | 1 Coordinatore ostetrico | |
| Attività di accoglienza e orientamento (non necessariamente impegnate nelle stanze con lo specialista) | 2 Ostetriche | 2 OSS |
| Ambulatorio che prevede attività strumentale | 1 Ostetrica/ambulatorio | |
| Sala Operatoria | 2 Ostetriche | |

6.10 Area Territoriale

Il Servizio territoriale è caratterizzato da un approccio globale e multidimensionale, definito dalle norme istitutive del Consultorio Familiare, che prevedono *equipe* multidisciplinari di operatori esperti nel campo clinico, psichico e delle relazioni interpersonali, in coerenza con il principio della globalità dell'intervento assistenziale sociale e sanitario.

Il DM 77/2022 richiama l'importanza di un approccio multidisciplinare e olistico (*Planetary Health*) nell'ambito delle attività consultoriali, legato ad una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione. Il principio ispiratore del lavoro del Consultorio Familiare è quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli ospedalieri e territoriali e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento di obiettivi di assistenza primaria e diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della famiglia. Inoltre, l'attività del Consultorio Familiare richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al socio-sanitario, vi sono innumerevoli altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità e al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore scolastico, culturale, sportivo, settore della giustizia, del lavoro). Il Consultorio Familiare, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente, garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediante



l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

I Percorsi Socio Assistenziali che devono essere garantiti all'interno dei Consultori Familiari sono otto, secondo il DCA Lazio 152/2014, di seguito indicati:

1. Salute sessuale e riproduttiva;
2. Nascita;
3. Assistenza per la donna che richiede Interruzione Volontaria di Gravidanza;
4. Screening dei tumori del collo dell'utero;
5. Interventi di contrasto alla Violenza di Genere;
6. Giovani;
7. Salute Psico-fisica del bambino 0-1 anno;
8. G.I.L. Adozione

L'Ostetrica risulta essere la figura cardine all'interno di un servizio di presa in carico, in cui il *target* dell'assistenza è prettamente orientato alla tutela della salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie. La presa in carico di madre-bambino/a attraverso un modello assistenziale di continuità ostetrica si è dimostrata efficace in termini di miglioramento degli esiti, in particolare nella riduzione dei tagli cesarei, di parti medicalizzati/operativi, della morbilità perinatale, nell'aumento della soddisfazione della persona assistita, nella riduzione dell'incidenza di depressione post-partum nonché garante del sostegno ai processi della genitorialità. Per il mantenimento/raggiungimento degli standard di eccellenza in materia di salute materno infantile è necessario che siano garantite e completate le dotazioni organiche e che tutti i percorsi implicino una operatività integrata "territorio - ospedale - territorio", attraverso la definizione e implementazione di Protocolli di Intesa e operativi intra/extra aziendali ed inter istituzionali.

La proposta di fabbisogno di personale ostetrico deve tener conto in particolare delle linee di attività correlate al Percorso Nascita direttamente gestite dalle ostetriche (setting assistenziali ostetrici: preconcezionale e gravidanza, parto, puerperio, area ginecologica e servizi in continuità territorio-ospedale-territorio secondo il DCA Lazio 152/2014 e LEA 2017).

Il DM 77/2022 definisce uno standard di 1 consultorio ogni 20.000 abitanti, con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali.

Il DCA 152/2014 prevede uno standard minimo di due Ostetriche per consultorio operativo.

Secondo il libro rosso SIN (Società Italiana Neonatologia - Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale 2021) per l'assistenza alla gravidanza e al puerperio fisiologici in autonomia ostetrica, lo standard minimo previsto è di 2 Ostetriche ogni 10.000 abitanti, a cui aggiungere 1 Ostetrica ogni 25.000 abitanti se l'equipe si occupa anche delle attività del consultorio del territorio di riferimento, per la necessaria integrazione con l'ospedale.

Gli standard minimi sono dunque così indicati:

| | |
|----------------------|-------------------------------|
| Ogni 10.000 abitanti | Standard minimo assistenziale |
| | 1 Coordinatore ostetrico |
| | 3 Ostetriche |



6.11 Ostetrica di Famiglia e di Comunità (OFeC)

L'implementazione del modello di Ostetrica di Famiglia e di Comunità (OFeC) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema territoriale, garantendo il potenziamento dell'assistenza di prossimità, già consolidata attraverso la storica attività dell'Ostetrica nei Consultori Familiari, per il sostegno alle donne, ai neonati e alle famiglie. La finalità è quella di realizzare un sicuro presidio di assistenza continua e una costante interfaccia con le reti sociosanitarie e con la comunità, in collaborazione con le *equipe* dei Consultori familiari, dei Punti Nascita, i MMG e PLS, i Municipi, le scuole, per sviluppare un'*empowerment* di comunità e per rafforzare la presa in carico integrata delle persone.

Gli ambiti di intervento sono:

- ambulatoriale/territoriale, per fornire informazioni e prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza rivolti alla prevenzione collettiva, alla sanità pubblica e all'assistenza della donna, del neonato e della famiglia, inclusi interventi di educazione alla salute;
- domiciliare, per rilevare i singoli bisogni e organizzare l'assistenza nello spazio domestico, attraverso interventi diretti mirati al rafforzamento dell'autonomia e dell'*empowerment*; in alcuni contesti le attività domiciliari consentono di integrare attività sanitaria e sociale, nei casi di particolare fragilità, in sinergia con diverse professionalità e istituzioni della rete. L'assistenza domiciliare migliora inoltre la sostenibilità dei servizi sanitari;
- comunitario, per implementare attività trasversali di promozione ed educazione alla salute, integrazione con i vari professionisti tra ambito sanitario e sociale, mappatura e attivazione di possibili risorse formali e informali, favorendo la consapevolezza e l'accesso ai servizi. L'attività comunitaria viene attivata in collaborazione con diverse istituzioni, come ad esempio la scuola, su specifici progetti di promozione della salute.

L'Ostetrica di Famiglia e di Comunità (OFeC) è dipendente del SSR e si inserisce nell'organizzazione territoriale aziendale, all'interno dei Consultori Familiari, delle Case della Comunità, delle Centrali Operative Territoriali, degli Ospedali di Comunità e delle Unità di Continuità Assistenziale.

Gli standard minimi sono dunque così indicati:

| Standard minimo assistenziale | |
|-------------------------------------|---|
| Ostetrica di Famiglia e di Comunità | 1 Ostetrica ogni 3000 abitanti relativi alla popolazione <i>target</i> di riferimento (Percorso Nascita e salute della donna) |

7. CONCLUSIONI

Con questo documento si intende implementare un modello assistenziale dell'attività ostetrico-ginecologica-neonatalogica, nel pieno rispetto delle caratteristiche e dei bisogni dell'attuale popolazione italiana, con particolare riferimento alla popolazione femminile. L'obiettivo principale



è quindi quello di orientare la nuova Politica Sanitaria verso un approccio di promozione e tutela della salute orientato al miglioramento degli esiti anche in termini economici.

In questa visione si colloca l'Ostetrica/o, una/un professionista con proprio profilo professionale, autonomia e responsabilità, opportunamente formata e formalmente riconosciuta, in grado di orientare e gestire i percorsi assistenziali di propria competenza e soprattutto in grado di prendere in carico la persona con i diversi gradi di complessità assistenziale. Questo modello guarda al superamento del modello prestazionale-tecnologico e tende ad un innovativo approccio assistenziale personalizzato, basato sulla continuità assistenziale, ovvero sul *Primary Midwifery* ed il *Case Management*; per il calcolo del fabbisogno di personale ostetrico/OSS nei diversi *setting* si dovrà tendere a garantire un adeguamento quali-quantitativo dello *staffing*, prevedendo, ove necessario, diversi livelli di competenza dei professionisti secondo criteri che consentano un adeguato *skill-mix* e la necessaria diversificazione della risposta assistenziale. La diversificazione dei livelli di competenza e la specificità del campo proprio di responsabilità e azione dell'Ostetrica/o garantiscono, da un lato, una ottimale risposta al bisogno di salute e dall'altro la transizione verso un modello organizzativo avanzato utile alla gestione dei processi assistenziali anche più complessi.

Questo documento, vuole dunque essere riconosciuto come Atto di Indirizzo che gli Ordini delle Ostetriche di Roma e del Lazio, con l'approvazione della Federazione Nazionale degli Ordini delle Ostetriche, intendono promuovere, in coerenza con le più recenti evidenze scientifiche nazionali e internazionali, tenendo conto dell'evoluzione dei contesti di promozione della salute, di assistenza, di cura e di riabilitazione, nonché della capacità formativa del sistema universitario italiano.



8. BIBLIOGRAFIA

Normativa di riferimento

- Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, recante “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri”
- Legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante “Istituzione del servizio sanitario nazionale”
- Decreto Ministeriale 13 settembre 1988, recante “Determinazione degli standards del personale ospedaliero”
- Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, n. 76, recante “Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria”
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”
- Decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, recante “Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421”
- Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 740, recante “Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o”
- Atto di Intesa Stato-Regioni 17/5/1996 di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza in applicazione del DPR n. 76/92
- Legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, recante “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”
- Decreto ministeriale 24 aprile 2000, recante “Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”
- Legge 10 agosto 2000, n. 251, recante “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2001, recante “Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie”
- Legge 8 gennaio 2002, n. 1, recante “Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni urgenti in materia di personale sanitario”
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Accordo 16 gennaio 2003, recante “Accordo tra il Ministro della salute, il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per la disciplina della formazione complementare in assistenza sanitaria della figura professionale dell'operatore socio-sanitario di cui all'art. 1, comma 8, del decreto-legge 12 novembre 2001, n. 402, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 gennaio 2001, n. 1”
- Circolare n.1/04 - Rideterminazione delle dotazioni organiche Ministro per la Pubblica Amministrazione Roma, 4 marzo 2004 www.funzionepubblica.gov.it
- Ministero della Salute, Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto, 2006
- Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206, recante “Attuazione della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania”
- Decreto Ministeriale 19 febbraio 2009, recante “Determinazione delle classi dei corsi di laurea per le professioni sanitarie, ai sensi del decreto ministeriale 22 ottobre 2004, n. 270”
- Codice Deontologico dell'ostetrica/o. Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica. (2010). Con integrazioni/revisioni approvate dal Consiglio Nazionale nella seduta del 5 luglio 2014, con integrazioni/revisioni approvate dal Consiglio Nazionale nella seduta del 5 luglio 2014, nuove integrazioni proposte nella seduta del 28 e 29 luglio 2017 ed approvate dal Consiglio Nazionale del 18 novembre 2017



- Conferenza unificata Stato-Regioni e Stato-Città ed autonomie locali (ex art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281). Accordo 16 dicembre 2010, Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente «Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo»
- Ministero della Salute - Dipartimento della programmazione e dell'ordinamento del SSN Direzione generale della programmazione sanitaria ufficio III "Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso". Raccomandazione n. 15, febbraio 2013
- Decreto del Commissario ad Acta 12 maggio 2014, n. 152 recante "Rete per la salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consulteri Familiari regionali. Tariffa per il rimborso del parto a domicilio, ad integrazione del Decreto del Presidente in qualità di Commissario ad Acta n, U0029 del 1/4/2011
- Decreto del Commissario ad Acta 1 settembre 2014, n. 265, recante "Determinazione del finanziamento delle funzioni assistenziali ospedaliere, ai sensi dell'art. 8-sexies, comma 2, D.Lgs 502/92 - Anno 2014"
- Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70, recante "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera"
- Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria con nota prot. n. 259999GR del 13/05/2015, relativa a "Criteri generali per la determinazione delle dotazioni organiche nelle aziende ed enti del SSR", linee di indirizzo, nonché algoritmi per il calcolo del fabbisogno di personale
- Deliberazione n. 907 del 30 dicembre 2015 ASL ROMA H
- Decreto Legislativo 28 gennaio 2016, n. 15, recante "Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, recante modifica della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012, relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno («Regolamento IMI»)"
- Ministero della Salute. 2017. 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 Linee di indirizzo nazionali sul triage intra-ospedaliero Direzione Generale della programmazione sanitaria 01/08/2019
- Ministero della Salute. 2024. "Benessere della coppia madre-bambino e sicurezza del neonato: il rooming-in". Tavolo tecnico multidisciplinare sulla continuità del rapporto madre-bambino durante l'ospedalizzazione alla nascita
- Presidenza del Consiglio dei Ministri. Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Accorso, ai sensi dell'art 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, sul documento di indirizzo "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" 20 Febbraio 2020
- Deliberazione Regione Lazio 21 dicembre 2021, n. 970, "Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025"
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 recante "Regolamento recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale
- Determinazione Regione Lazio n. G01369 del 6 febbraio 2023 "Revisione del Manuale Regionale di Triage intra-ospedaliero modello Lazio a cinque codici (numerici/colore)" DCA U00379/2019
- Decreto-Legge 23 Febbraio 2023 n. 13 "Disposizioni urgenti per l'attuazione del piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e del Piano nazionale degli investimenti complementari al PNRR (PNC), nonché per l'attuazione delle politiche di coesione e della politica agricola comune"
- Deliberazione Regione Lazio 2 maggio 2024, n. 310, recante "Approvazione dell'atto di indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio"
- Deliberazione Regione Lazio 20 giugno 2024, n. 416, recante "Linee di indirizzo regionali per l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC)



Studi scientifici e altre pubblicazioni

- Agenas Documento tecnico “Linee di indirizzo Infermiere di famiglia o comunità”, 2023
- Allison Cummins , Kate Griew , Claire Devonport, et al. Exploring the value and acceptability of an antenatal and postnatal midwifery continuity of care model to women and midwives, using the Quality Maternal Newborn Care Framework. *Women Birth* 2022 Feb;35(1):59-69
- Amin, P., Zaher, S., Penketh, R., Cherian, S., Collis, R. E., Sanders, J., Bhal, K. (2018). Falling caesarean section rate and improving intra-partum outcomes: a prospective cohort study. *The Journal Of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal Of The European Association Of Perinatal Medicine, The Federation Of Asia And Oceania Perinatal Societies, The International Society Of Perinatal Obstetricians*. 1-6. doi:10.1080/14767058.2018.1439006
- Amy Monk, Mark Tracy, Maralyn Foureur, Celia Grigg, Sally Tracy. Evaluating Midwifery Units (EMU): a prospective cohort study of freestanding midwifery units in New South Wales, Australia. *BMJ open* 2014 Oct 31;4(10)
- Anna Chapman, Cate Nagle, Debra Bick , et al.. Maternity service organisational interventions that aim to reduce caesarean section: a systematic review and metaanalyses. . *BMC Pregnancy and Childbirth* (2019) 19:206
- Andrew G Symon , Jeanette Paul, Maggie Butchart, et al. Self-rated "no-" and "low-" risk pregnancy: a comparison of outcomes for women in obstetric-led and midwife-led units in England. *Birth*, 2007 Dec;34(4):323-30
- Callander EJ, Jackson H, McLachlan HL, et al Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery): a cost analysis using results from the COSMOS randomised controlled trial *Gynecology and Obstetrics Clinical Medicine* 2024;4:e000008.
- Callander EJ, Jackson H, McLachlan HL, et al Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery): a cost analysis using results from the COSMOS randomised controlled trial <https://go.cm.bmj.com/content/4/2/e000008>
- Cartabellotta, A., Laganà, A. S., Matera, M., Triolo, O. (2015). Linee Guida per l’assistenza a partorienti sane e neonati e per la scelta del setting del parto. *Evidence*, 7, (5), e10000113
- Cecily Begley, Declan Devane, Mike Clarke, et al Comparison of midwife-led and consultant-led care of healthy women at low risk of childbirth complications in the Republic of Ireland: a randomised trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2011 Oct 29;11:85
- Celia P Grigg, Sally K Tracy , Mark Tracy, et al. Evaluating Maternity Units: a prospective cohort study of freestanding midwife-led primary maternity units in New Zealand-clinical outcomes. *BMC open*, 2017 Aug 29;7(8)
- Confidential Enquiries into Maternal Death in the United Kingdom. Why mothers die 2000-02. London: RCOG Press 2004
- Coordinamento Nazionale Triage di Pronto Soccorso, Linee di indirizzo per l’attività di triage in pronto soccorso, Monitor. Elementi di analisi e osservazione del sistema salute, N. 29, 2012, pp.44-53
- De Jonge A, de Vries R, Lagro-Janssen AL, Malata A, Declercq E, Downe S, Hutton EK. The importance of evaluating primary midwifery care for improving the health of women and infants. *Front Med (Lausanne)*. 2015 Mar 23;2:17. doi: 10.3389/fmed.2015.00017. PMID: 25853136;PMCID: PMC4369669.
- Della A. Forster, Helen L. McLachlan, Mary-Ann Davey, et al. Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women’s satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* volume 16, Article number: 28 (2016)
- DeJoy, S. A., Bohl, M. G., Mahoney, K., Blake, C. (2019). Estimating the financial impact of reducing primary cesareans. *Journal of Midwifery & Women’s Health*, 65, (1), 56-63
- Erika Ota , Katharina da Silva Lopes , Philippa Middleton, et al. Antenatal interventions for preventing stillbirth, fetal loss and perinatal death: an overview of Cochrane systematic reviews. *Cochrane Database Syst Rev* 2020 Dec 18;12(12)
- Forster, D. A., McLachlan, H. L., Davey, M. A., Biro, M. A., Farrell, T., Gold, L., Flood, M., Shafiei, T., Waldenström. U. (2016). Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases



- women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*, 3, 16-28
- Funari, M. P. (1999). Alcune riflessioni sulla riforma del servizio sanitario alla luce delle recenti posizioni dell'autorità antitrust. Disponibile in: <https://archivioceradi.luiss.it/documenti/archivioceradi/osservatori/intellettuale/Funari%20WP%2BA.pdf> [21/04/2024]
 - Hatem, M., Sandall, J., Devane, D., Soltani, H., Gates, S. (2008). Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Oct 8;(4):CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub2
 - Homer, C. S., Brodie, P. M., & Leap, N. (2008). *Midwifery Continuity of Care: A Practical Guide*. Elsevier Health Sciences
 - Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., Sakala, C. (2013) Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Systematic Review*, 7, CD003766, doi: 10.1002/14651858.CD003766.pub5
 - International Confederation of Midwives. (2008). International Code of Ethics for Midwives. Disponibile in: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/10/eng-international-code-of-ethics-for-midwives.pdf> [21/04/2024]
 - JE Marshall, MD Raynor *Advancing skills in midwifery practice* - 2009 - books.google.com
 - Lewis, I., Hauck, Y. L., Crichton, C., Pemberton, A., Spence, M., Kelly, G. (2016). An overview of the first 'no exit' midwifery group practice in a tertiary maternity hospital in Western Australia: outcomes, satisfaction and perceptions of care. *Women and Birth*, 29, (6), 494-502
 - Louise Fischer Christensen, Charlotte Overgaard Are freestanding midwifery units a safe alternative to obstetric units for low-risk, primiparous childbirth? An analysis of effect differences by parity in a matched cohort study *BMC Pregnancy Childbirth* 2017 Jan 9;17(1):14
 - Meg Johantgen, Lily Fountain, George Zangaro, et al. Comparison of labor and delivery care provided by certified nurse-midwives and physicians: a systematic review, 1990 to 2008. *Womens Health Issues* 2012 Jan-Feb;22(1)
 - National Institute for Health and Care Excellence. (2014). Intrapartum care for healthy women and babies. Last updated: 21 February 2017. Disponibile in: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557> [21/04/2024]
 - National Institute for Health and Care Excellence. (2021). Safe midwifery staffing for maternity settings overview
 - Padhraig Ryan, Paul Revill, Declan Devane, Charles Normand. An assessment of the cost-effectiveness of midwife-led care in the United Kingdom. *Midwifery* 2013 Apr;29(4):368-76
 - Rabacchi G., e altri, Triage ostetrico-ginecologico: un modello organizzativo e funzionale, *L'ospedale. Trimestrale di igiene, tecnologia, management degli ospedali e dei servizi sanitari territoriali*, N. 2, 2007, pp.34-45
 - Rekiku Fikre, Jessica Gubbels, Wondwosen Teklesilasie & Sanne Gerards Effectiveness of midwifery-led care on pregnancy outcomes in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth* volume 23, Article number: 386 (2023)
 - Ricchi, A., Rossi, F., Borgognoni, P., Bassi, M. C., Artioli, G., Foa, C., Neri, I. (2019). The midwifery-led care model: a continuity of care model in the birth path. *Acta Biomed for Health Professions*. Vol. 90, S. 6: 41-52. doi: 10.23750/abm.v90i6-S.8621
 - Sandall, J., Soltani, H., Gates, S., Shennan, A., Devane, D. (2016). Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Systematic Review*, 4, CD004667, doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5
 - Sandall, J., Fernandez Turienzo, C., Devane, D., Soltani, H., Gillespie, P., Gates, S., Jones, L. V., Shennan, A. H., & Rayment-Jones, H. (2024). Midwife continuity of care models versus other models of care for childbearing women. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD004667. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub6>



- Schroeder, L., Patel. N., Keeler, M., Ihenacho, L. R., Macfarlane, A. J. (2016). The economic cost of intrapartum care in tower Hamlets: a comparison between the cost of birth in a freestanding midwifery unit and hospital for women at low risk of obstetric complications. *Midwifery*, 45, 28-35
- Syrio (Società italiana di scienze ostetrico-ginecologico-neonatali) Proposte risoluzioni aggiornamento degli standard per la distribuzione dei punti nascita. Audizione X11 commissione affari sociali Camera 23 marzo 2023
- Turi A., Tranquilli A.L., Triage e computerizzazione di un pronto soccorso ostetrico-ginecologico. “Triage del Taglio Cesareo”, Riv. It. Ost. Gin., Vol. 13, 2007, pp.II-X.Villar, J., Carroli, G., Khan-Neelofur, D., Piaggio, G., Gülmezoglu, M. (2001). Patterns of routine antenatal care for low risk pregnancy. *Cochrane Database Systematic Review*, 4, CD000934, doi: 10.1002/14651858.CD000934
- Vivienne Souter, Elizabeth Nethery, Mary Lou Kopas, et al. Comparison of Midwifery and Obstetric Care in Low-Risk Hospital Births. *Obstet Gynecol* 2019 Nov;134(5):1056-1065
- Waltraut M Merz, Laura Tascon-Padron , Marie-Therese Puth , et al. Maternal and neonatal outcome of births planned in alongside midwifery units: a cohort study from a tertiary center in Germany. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020 May 6;20(1):267
- World Health Organization. (2016). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Disponibile in: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912> [21/04/2024]
- Yiska Loewenberg Weisband, Mark Klebanoff, Maria F Gallo, et al. Birth Outcomes of Women Using a Midwife versus Women Using a Physician for Prenatal Care. *J Midwifery Womens Health* 2018 Jul;63(4):399-409