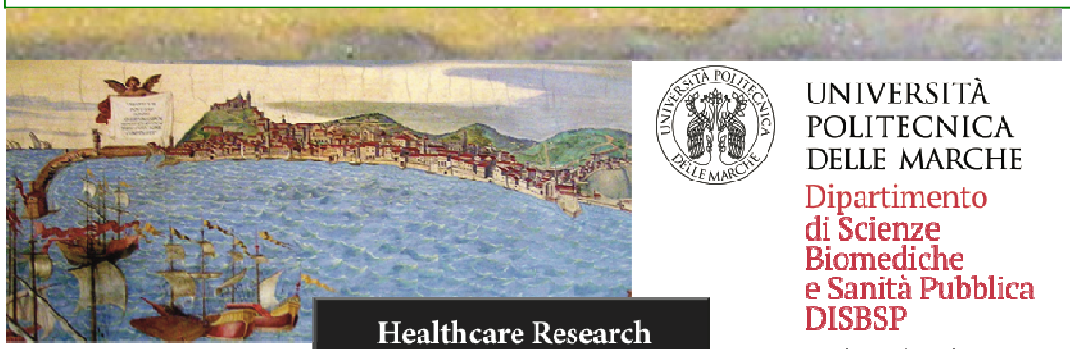
Primo Convegno Annuale Epidemiologia Traslazionale: Sistemi Integrati per le Cure



Centro Healthcare Research & Pharmacoepidemiology

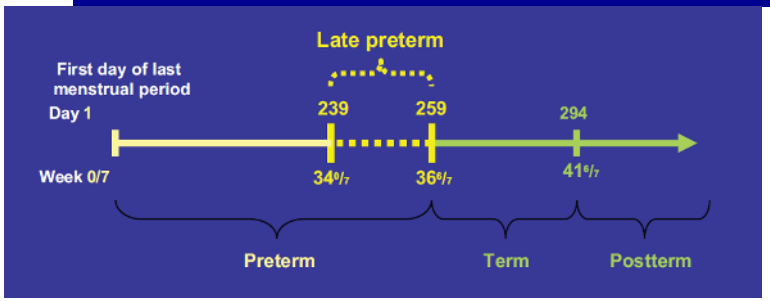
UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
Dipartimento di Scienze Biomediche e Sanità Pubblica DISBSP
con il contributo di sismec

Torrette di Ancona 2 dicembre 2017

Valutazione del Percorso Nascita

r.zanini, a.cantarutti, l. cetin, c.curioni, e.ferrazzi,a.locatelli,e.nelli,e.pellegrini

In base all' età gestazionale…



LATE PRETERM
Raju, 2006*

Term

23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41

Very preterm

Early term

* Late preterm vs near term

"Maturation is a continuous process,
and any classification is bound to be arbitrary…"

Italian Neonatal Network

Piemonte
Torino - Università Ospedale S. Anna
Torino Ospedale S. Anna
Cuneo – Ospedale S. Croce e Carle
Novara – Ospedale Maggiore della Carità

Lombardia
Lecco – Ospedale Manzoni
Como – Ospedale S. Anna
Como – Ospedale Valduce
Varese – Ospedale di Varese
Bergamo – Ospedali Riuniti di Bergamo
Brescia – Spedali Civili di Brescia
Monza – Ospedale S. Gerardo
Rho – Ospedale di Rho
Milano – Policlinico Mangiagalli
Milano – Ospedale M. Melloni
Milano – Ospedale V. Buzzi
Milano – Ospedale Niguarda
Milano – Ospedale S. Raffaele
Mantova – Ospedale C. Poma
Pavia – Policlinico S. Matteo
Lodi – Ospedale di Lodi
Cremona – Istituti Ospitalieri di Cremona

Veneto
Camposampiero (PD) - Ospedale P. Cosma
Padova - Dip. Pediatria Università di Padova
Treviso – Ospedale Ca' Foncello
Verona – Policlinico G.B. Rossi
Verona – Ospedale Civile Maggiore
Vicenza – Ospedale S. Bortolo

Friuli
Udine – Azienda Osp. – Universitaria di Udine
Trieste – Ospedale Burlo Garofolo

Trentino
Trento - Ospedale S. Chiara
Bolzano – Ospedale di Bolzano

Liguria
Genova – Ospedale Gaslini

Emilia Romagna
Ferrara – Ospedale di Ferrara
Modena – Policlinico di Modena
Rimini – Ospedale degli Infermi
Bologna – Ospedale S. Orsola
Bologna – Ospedale Maggiore
Parma – Ospedale Universitario
Cesena – Ospedale M. Bufalini

Toscana
Firenze – Ospedale Universitario Careggi
Firenze – Ospedale A. Meyer
Pisa – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Pisa
Siena – Ospedale Le Scotte
Lido di Camaiore (LU) – Ospedale Versilia

Marche
Ancona – Ospedali Riuniti di Ancona - Presidio Salesi

Umbria
Perugia – Ospedale S. Maria della Misericordia

Abruzzo
Pescara - Ospedale Civile dello Spirito Santo
Chieti – Ospedali Riuniti SS Annunziata

Molise
Campobasso – Ospedale Cardarelli

Lazio
Roma – Policlinico Umberto I
Roma – Ospedale S. Giovanni Calibita FBF Isola Tiberina
Roma – Ospedale S. Pietro FBF
Roma – Ospedale Bambino Gesù
Roma – Policlinico Gemelli
Roma – Policlinico Casilino

Campania
Napoli – Ospedale Villa Betania
Napoli – Ospedale Federico II
Napoli – Ospedale Buon Consiglio FBF
Napoli – Ospedale Monaldi
Napoli – Ospedale SS Annunziata
Benevento – Ospedale G. Rummo
Benevento – Ospedale FBF
Caserta – Ospedale S. Sebastiano e S. Anna
Nocera Inferiore (SA) – Ospedale Umberto I

Puglia
Brindisi – Ospedale Perrino
Foggia – Ospedali Riuniti di Foggia
S. Giovanni Rotondo (FG) – Casa Sollievo della Sofferenza
Lecce – Ospedale Vito Fazzi
Tricase (LE) – Ospedale Cardinale G. Panico
Acquaviva delle Fonti (BA) – Ente Ecclesiastico F. Miulli
Bari – Ospedale Università Policlinico
Bari – Ospedale Di Venere

Calabria
Cosenza – Ospedale Annunziata
Reggio Calabria – Azienda Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli

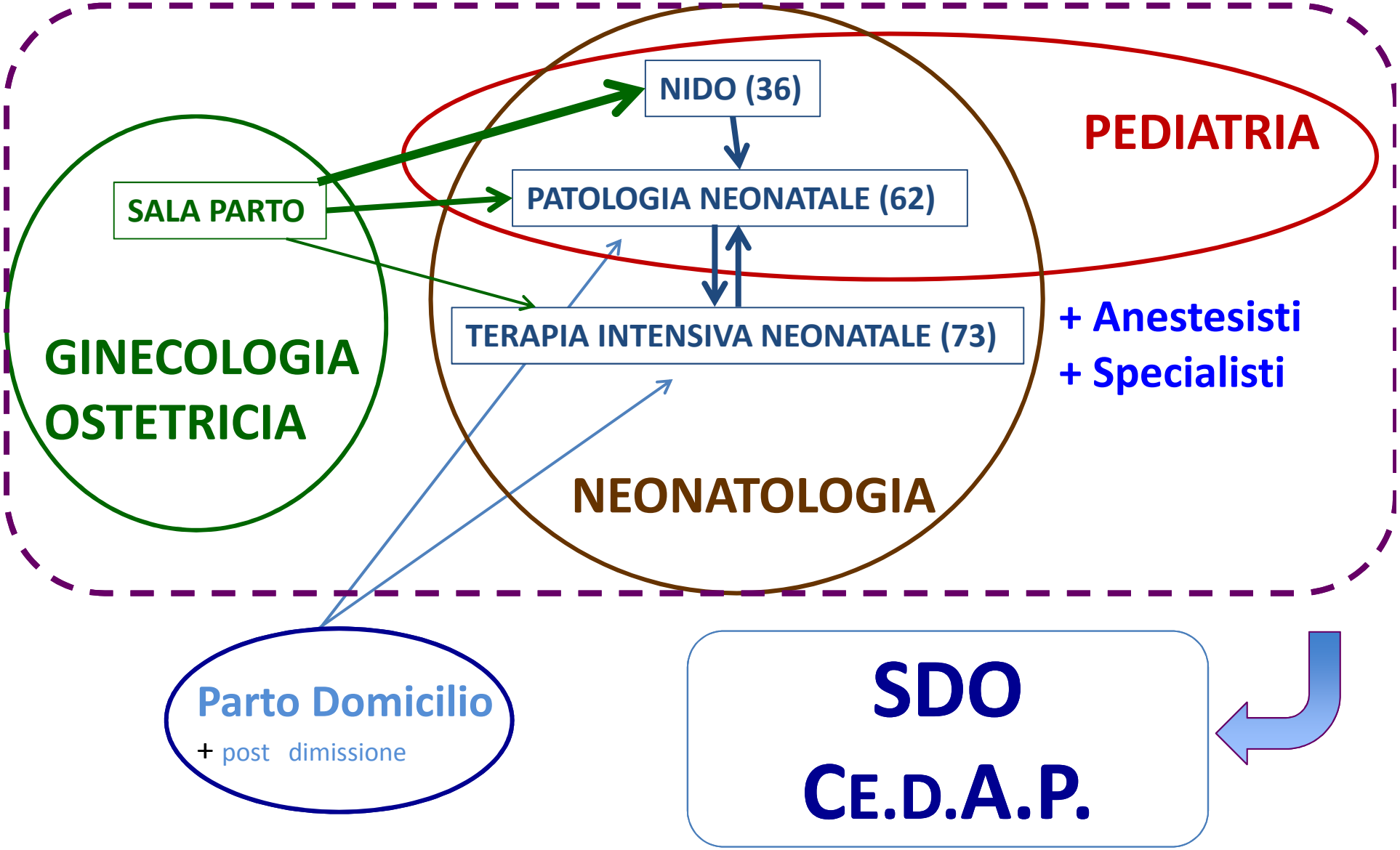
Sicilia
Palermo – Ospedale V. Cervello
Palermo – Ospedale Buccheri La Ferla
Palermo – Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico P. Giaccone
Siracusa – Ospedale Umberto I
Messina – Ospedale G. Martino
Catania – Ospedale Vittorio Emanuele Ferrarotto Santo Bambino

Sardegna
Cagliari – Ospedale S. Giovanni di Dio

Alcune **differenze** fondamentali

- **Stretta connessione tra le diverse fasi di un processo assistenziale UNICO**
  - NEONATO SANO → parto regolare → travaglio nella norma →gravidanza fisiologica→ buona salute della donna
- **PDTA per soggetti sani**:
  - gravidanza + travaglio/parto + nascita → **evento fisiologico**
- **Eccesso di Offerta e Prestazioni (mediamente)**
- **Processo previsto da LEA**
- **1.000.000 ricoveri.**
- ***Aspettativa di felicità/Scelta Libera***

ASSETTO ORGANIZZATIVO-AMMINISTRATIVO dei Punti Nascita



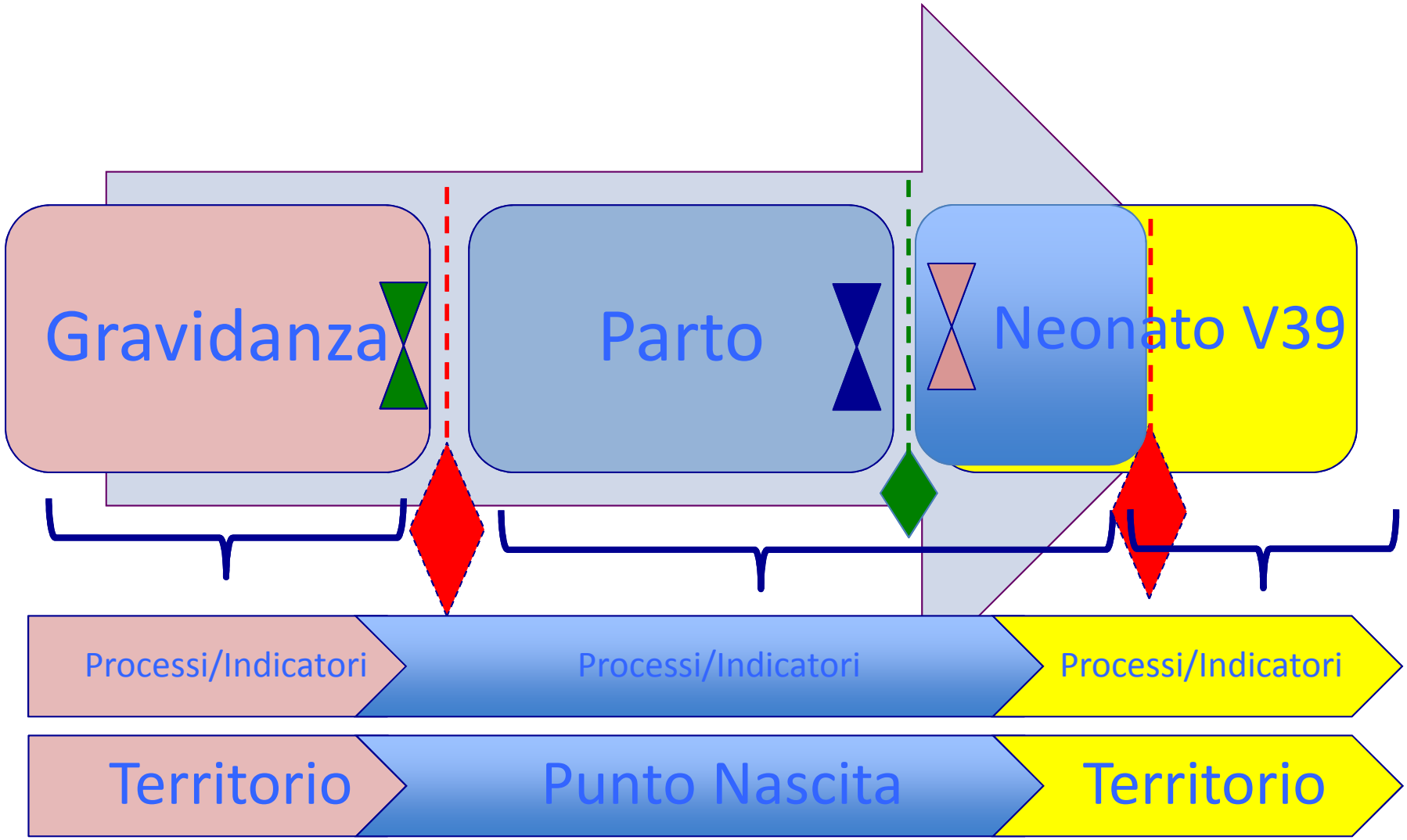
Gravidanza Fisiologica Definizione (circa 62%)

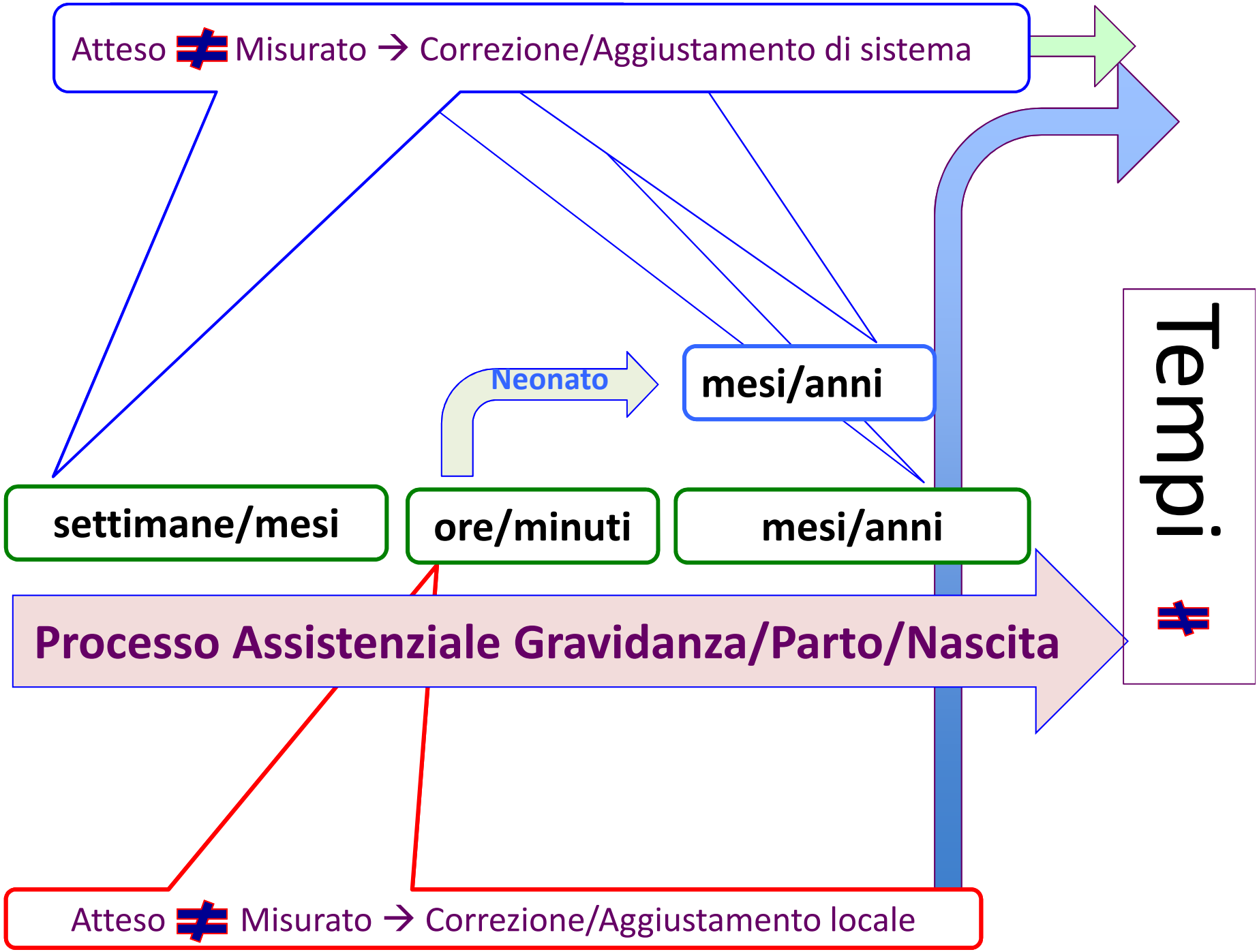
- Gravidanza spontanea o PMA solo ormoni
- Decorso regolare della gravidanza
  - Gravidanza singola
  - Epoca gestazionale >= 37 e <= 42 settimane
  - Assenza di morte endouterina in gravidanze precedenti (feto morto in utero e quindi nato morto)
  - Assenza di difetto di accrescimento fetale
  - Presentazione cefalica (escludere presentazione di spalla e podalica)
  - No ricoveri in corso di gravidanza
  - Età materna >16 e <40
  - No obesità (BMI 30 inizio gravidanza, < 35 fine gravidanza9

In Progress

In Progress

Processo Assistenziale Gravidanza Fisiologica: diversi livelli di intensità assistenziale




Atteso ≠ Misurato → Correzione/Aggiustamento di sistema
Neonato
mesi/anni
settimane/mesi
ore/minuti
mesi/anni
Processo Assistenziale Gravidanza/Parto/Nascita
Tempi ≠
Atteso ≠ Misurato → Correzione/Aggiustamento locale

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Sabato, 18 marzo 2017** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

N. 15

DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017.

Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

General

Guideline Title

Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth.

Processo Gravidanza/Parto/Neonato: **GRAVIDANZA**

Flussi informativi

Anno di riferimento		Anagrafica	SDO	Controlli/Bilanci di salute entro la 12° settimana	Controlli tra 14 e 18+6 settimane	Controlli tra 19 e 23+6 settimane	Controlli tra 24 e 27+6 settimana	Controlli tra 28 e 32+6	Controlli tra 33 e 40+6	Controllo 41+0 e tra 41+1 e 42	Esenzioni
20……	inclusione	Domicilio in Regione	Dimissi e con riferime o codifi parto	**Controlli ematici:** Gruppo AB0, Rh(D) Anticorpi anti eritrociti Coo indiretto Emocro GBLe M0							lice zione ata er danza
	esclusione		1) un ricove durante gravidar riferime o codifi patolog della gravidar ; 2) un ricover riferime o interruz e della gravidar							**Controlli strumentali:** Ecografia ostetrica per lutare liquido amniotico	altre eventuali esenzioni per co morbidità
				Controlli Clinici: accertamento dello stato di salute della donna (benessere generale, accertamento ginecologico, accertamento ostetrico remoto, accertamento ostetrico gravidanza attuale) parametri vitali materni informazioni counselling per prevenzione, stili di vita, alimentazione, ecc...	**Controlli Clinici:** Accertamento ostetrico Bilancio di salute materno-fetale in gravidanza counselling, informazioni	**Controlli Clinici:** Bilancio di salute materno-fetale in gravidanza counselling informazioni	**Controlli Clinici:** Bilancio di salute materno-fetale in gravidanza counselling informazioni	**Controlli Clinici:** Bilancio di salute materno-fetale in gravidanza counselling informazioni	**Controlli Clinici:** Bilancio di salute materno-fetale in gravidanza counselling informazioni	**Controlli Clinici:** Bilancio di salute materno-fetale in gravidanza Offrire scollamento delle membrane counselling informazioni	

1) Primo cor
2) Almeno 4
3) Almeno 3 ro 12 sett. +
19/23 +
4) Disponibi parto
6) Se primip
7) Monitora i durante la gravidanza

Definire set minimo = per tutte Regioni
Definire criteri e strumenti per "Governo" per consentire specifici controlli e obiettivi

- *Possibile sistema che controlli appuntamenti fissati con feed back + alert*

Parto

Continuità assistenziale

SCHEDA INDICATORE: Continuità assistenziale Territorio / ospedale/ territorio

Nome indicatore: Ambulatorio pre-parto

Obiettivo	Presenza nel punto nascita di un ambulatorio presa in carico pre-parto
Razionale	Garantire alle donne un controllo in ambulatorio c/o PN destinato alle visite dalla 36°W, in modo da assicurare il collegamento circolare territorio/ospedale/territorio.
Area Clinical Governance	Organizzazione
Tipo di indicatore	processo
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	Aumento
Standard	≥75% rispetto al valore regionale
Eventuale Standard di riferimento	//
Periodicità di rilevazione	semestrale
Numeratore	Numero di donne con un accesso all'ambulatorio pre-parto alla 36°w – 38°w del medesimo PN. (Tracciante: Codice fiscale sugli accesi in ambulatorio e sul parto)
criteri di inclusione	Coorte di rif.: donne che hanno partorito nel PN Vedi denominatore
criteri di esclusione	Donne con accesso ambulatorio della 36°w presso altro PN
Fonte dati numeratore	Flussi regionali 28/SAN, Controllo di gestione
Denominatore	Numero di parti del PN, %
criteri di inclusione	Numero totale dei parti (vaginali e TC) avvenuti nel PN
criteri di esclusione	Parti <36°w
Fonte dati denominatore	SDO di parto a termine
Area di applicazione	
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir Ost Gin

Processo Gravidanza/Parto/Neonato: **PARTO**

Gravidanza

Indicatori specifici

Puerpera

Neonato

					travaglio/parto				
	CeDAP Gravidanza	CeDAP Gravidanza	CeDAP	CeDAP	CeDAP	CeDAP	CeDAP	CeDAP	CeDAP
inclusione	ecografie ≤ 3	Decorso della gravidanza fisiologico	Concepimento spontaneo Concepimento con tecnica di procreazione medico assistita 1 = solo trattamento farmacologico per induzione de ll'ovulazione	37 s.g. ≤ Età gestazionale ≤ 42 s.g.	Modalità del travaglio spontaneo	Genere del parto = parto semplice	Modalità del parto = in modo spontaneo	Luogo del parto: 1) a domicilio; 2) in Ospedale	
esclusione	ecografie ≥ 4	Decorso della gravidanza patologico	Concepimento con tecnica di procreazione medico assistita: 2 = IUI (Intra Uterine Insemination) 3 = GIFT (Gamete IntraFallopian Transfer) 4 = FIVET (Fertilization in Vitro and Embryo Transf er) 5 = ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection) 6 = Altre tecniche.	Età gestazionale < 37 s.g. gestazionale > 42 s.g.	Modalità del travaglio indotto 1 = con metodo farmacologico 2 = amnioressi.	Genere del parto = parto plurimo	Modalità del parto 2 = con taglio cesareo d'elezione 3 = con taglio cesareo in travaglio 4 = con uso di forcipe 5 = con uso di ventosa 6 = in altro modo		SE COMPILATA Sezione E - "Informazioni sulla presenza di malformazioni" Malattia insorta in gravidanza 1 Descrizione malattia insorta in gravidanza 2

Continuità assistenziale

SCHEDA INDICATORE: Continuità assistenziale Territorio / ospedale/ territorio

Nome indicatore: **Controllo consultoriale in puerperio**

Obiettivo	Donne dimesse con controllo in puerperio presso Consultorio
Razionale	Garantire alle donne un controllo nel periodo del puerperio presso un Consultorio in modo da assicurare il collegamento circolare territorio/ospedale/territorio.
Area Clinical Governance	Organizzazione
Tipo di indicatore	processo
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	Aumento
Standard	≥ 25%
Eventuale Standard di riferimento	//
Periodicità di rilevazione	semestrale
Numeratore	Numero di donne con un controllo in puerperio presso un consultorio
criteri di inclusione	Coorte di riferimento: Donne che hanno partorito nel PN **e** in questa coorte donne che hanno un controllo in periodo del puerperio presso il consultorio
criteri di esclusione	
Fonte dati numeratore	SDO e FAM 13
Denominatore	Numero di parti del PN
criteri di inclusione	Numero totale dei parti (vaginali e TC) avvenuti nel PN nel periodo di un quadrimestre
criteri di esclusione	Parto pre-termine, residenza extra regione
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir Ost Gin

Parto analgesia

SCHEDA INDICATORE: Livello operatività e complessità assistenziale

Nome indicatore: Analgesia Peridurale H24

Obiettivo	Garantire alla donna la possibilità di accedere alla partoanalgesia (PAN) per il controllo del dolore, H24, 7 giorni su 7.
Razionale	Assicurare la presenza del servizio di Partoanalgesia in tutti i giorni della settimana 24 ore al giorno, offerta documentata sulla CdS del percorso nascita e in procedure organizzative validate
Area	Organizzazione
Tipo di indicatore	processo
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	Mantenimento / aumento
Standard	> 20%
Eventuale Standard di riferimento	//
Periodicità di rilevazione	annuale
Numeratore	Numero di PAN eseguite
criteri di inclusione	Tutte le PAN somministrate in PN a donne in sala parto
criteri di esclusione	
Fonte dati numeratore	SDO
Denominatore	Numero totale di parti
criteri di inclusione	Vaginali e cesarei
criteri di esclusione	
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir UO Ost in, Dir Anestesia

TC Primario

SCHEDA INDICATORE: Valutazione degli outcomes

Nome indicatore: Taglio cesareo primario

Obiettivo	Garantire un alto grado di appropriatezza, con l'effettuazione di taglio cesareo primario solo nelle situazioni cliniche delineate nel documento Linea guida Taglio cesareo, del ISS
Razionale	L'indicatore si riferisce al grado di "**appropriatezza**" dell'assistenza fornita. Spesso il parto cesareo è effettuato senza reale indicazione, e quindi espone mamma e nascituro a rischi che, seppur modesti, sarebbero evitabili. Perciò un basso numero di parti cesarei primari eseguiti in una struttura può indicare un più alto grado di appropriatezza.
Area	Clinica
Tipo di indicatore	outcome
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	diminuzione
Standard	Come previsto da PNE (< 15% per PN< 1000 parti/anno; < 20% per PN > 1000 parti/Anno) DEFINIRE STANDARD SU PERCENTILI REGIONALI?
Eventuale Standard di riferimento	Piano Nazionale Esiti
Periodicità di rilevazione	semestrale
Numeratore	N° TC primari
criteri di inclusione	
criteri di esclusione	TC iterativo
Fonte dati numeratore	SDO
Denominatore	Numero totale dei parti
criteri di inclusione	Parti vaginali e TC
criteri di esclusione	
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir UO Ost Gin

Sepsi, Emorragia, Tromboembolia, Shock settico

SCHEDA INDICATORE: Valutazione degli outcomes

Nome indicatore: Sicurezza del parto

Obiettivo	Garantire un alto grado di sicurezza attuando migliori standard assistenziali nel corso del parto
Razionale	L'indicatore si riferisce al grado di "**sicurezza**" dell'assistenza fornita. Minore è il numero di pazienti che presentano complicanze gravi nel corso del parto e puerperio, nell'ambito della struttura di ricovero, più alta è la qualità e la sicurezza delle prestazioni ricevute.
Area	Clinica
Tipo di indicatore	outcome
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	diminuzione
Standard	< 75° percentile Regionale
Eventuale Standard di riferimento	Valore Regione e PNE
Periodicità di rilevazione	bimestrale
Numeratore	n. complicanze materne
criteri di inclusione	1)Malattia tromboembolica, 2)emorragia pp >1500 mL, 3)sepsi 4)shock settico,
criteri di esclusione	Complicanze minori, complicanze materne gravi avvenute successivamente, al di fuori della struttura di ricovero.
Fonte dati numeratore	SDO
Denominatore	Numero di parti
criteri di inclusione	
criteri di esclusione	
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir UO Ost Gin

Lacerazioni 3° + 4°

SCHEDA INDICATORE: Valutazione degli outcomes

Nome indicatore: Sicurezza del parto vaginale

Obiettivo	Garantire un alto grado di sicurezza attuando migliori standard assistenziali nel corso del parto vaginale
Razionale	L'indicatore si riferisce al grado di "**sicurezza**" dell'assistenza fornita. Minore è il numero di pazienti che presentano complicanze gravi nel corso del parto e puerperio, nell'ambito della struttura di ricovero, più alta è la qualità e la sicurezza delle prestazioni ricevute.
Area	Clinica
Tipo di indicatore	outcome
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	diminuzione
Standard	< 75° percentile
Eventuale Standard di riferimento	Valore Regione e PNE
Periodicità di rilevazione	bimestrale
Numeratore	n. complicanze materne durante il ricovero.
criteri di inclusione	lacerazioni di 3° o 4° grado.
criteri di esclusione	Parto con TC
Fonte dati numeratore	SDO
Denominatore	Numero di parti vaginali
criteri di inclusione	
criteri di esclusione	cesarei
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir UO Ost Gin

SCHEDA INDICATORE: Valutazione degli outcomes

Nome indicatore: Sicurezza assistenza e Complicanze materne severe

Obiettivo	Garantire un alto grado di sicurezza attuando migliori standard assistenziali
Razionale	L'indicatore si riferisce al grado di "**sicurezza**" dell'assistenza fornita. Minore è il numero di pazienti che a seguito corso del parto/ in corso di puerperio, sono trasferite in Terapia Intensiva nell'ambito della struttura di ricovero o in altra struttura, più alta è la qualità e la sicurezza delle prestazioni ricevute.
Area	Clinica
Tipo di indicatore	outcome
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	diminuzione
Standard	< 0.5%
Eventuale Standard di riferimento	Valore Regione
Periodicità di rilevazione	annuale
Numeratore	n. pazienti ricoverate in TI per almeno 24 ore entro 5 giorni dal parto
criteri di inclusione	Ricovero in TI nel corso del ricovero per parto o dimesse e poi rientrate
criteri di esclusione	Pz che al momento del parto sono in condizioni critiche per traumatismi
Fonte dati numeratore	SDO
Denominatore	Numero di parti
criteri di inclusione	Vaginali, cesarei
criteri di esclusione	Traumatismi post partum
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir UO Ost Gin

Ricovero in TI > 5 gg

Isterectomia post partum

SCHEDA INDICATORE: Valutazione degli outcomes

Nome indicatore: Isterectomie post partum

Obiettivo	Assistenza ostetrica alla donna e al neonato.
Razionale	L'indicatore si riferisce al grado di "**sicurezza"** dell'assistenza fornita.
Area	Clinica
Tipo di indicatore	outcome
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	diminuzione
Standard	Verbale di AUDIT per ogni Isterectomia effettuata entro 6 settimane dalla data del parto.
Eventuale Standard di riferimento	< 1 per 1000 per PN I livello, < 3 per 1000 per PN II livello
Periodicità di rilevazione	semestrale
Numeratore	N° isterectomie post partum eseguite entro sei settimane dalla data del parto.
criteri di inclusione	Parto e intervento di isterectomia eseguiti in qualunque PN anche diversi
criteri di esclusione	
Fonte dati numeratore	SDO madre ,record link. Trigger su CEDAP
Denominatore	N. totale di parti del PN
criteri di inclusione	TC e parti vaginali
criteri di esclusione	
Fonte dati denominatore	SDO madre
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir UO Ost gin

Parto < 34 w. senza TIN

SCHEDA INDICATORE: Livello operatività e complessità assistenziale

Nome indicatore: Nati < 34 sett. in Punti Nascita senza Terapia Intensiva Neonatale

Obiettivo	Verificare che sia garantita alla diade donna-neonato un percorso di travaglio-parto nascita adeguato e sicuro in relazione al livello di rischio materno e fetale.
Razionale	Garantire che le donne in età gestazionale inferiore a 34°w ricoverate da più di 24 ore in PN senza TIN, partoriscano in un PN adeguato per livello di sicurezza.
Area	Organizzazione
Tipo di indicatore	processo
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	diminuzione
Standard	0 (zero)
Eventuale Standard di riferimento	//
Periodicità di rilevazione	semestrale
Numeratore	Numero di parti di donne età gestazionale <34W ricoverate da oltre 24 ore
criteri di inclusione	Donne come da numeratore in PN senza TIN: epoca gestazionale inferiore a 34 settimane; accesso in PS/ reparto registrato oltre le 24 ore precedenti al parto
criteri di esclusione	Parto avvenuto in un intervallo di tempo inferiore alle 24 ore dall'accettazione in PS/reparto; parti in PN con TIN
Fonte dati numeratore	SDO/ CEDAP
Denominatore	Numero di parti
criteri di inclusione	
criteri di esclusione	
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir UO Ost Gin

Processo Gravidanza/Parto/Neonato: **NEONATO**

Gravidanza

Indicatori specifici

Anno di riferimento		Flussi informativi												
		Anagrafica	CeDAP	CeDAP	CeDAP	CeDAP	CEDAP1	CEDAP2	CEDAP3	CEDAP4	SDO1	SDO2	SDO3	SDO4
20……	inclusione	Nuovo Nato	Accresciamnto nella norma	Nato da travaglio insorto spontaneamente	Nato da parto vaginale Nato da parto cesareo elettivo	Nato in buone condizioni	Nato con peso >= 2.500 g e <= 4500 g. Età gestazionale >= 37 settimane compiute e <= a 42 settimane compiute	Non Malformazioni	Luogo del parto: 1) a domicilio; 2) in Ospedale	Sesso Femminile/sesso Maschile	Ricovero al Nido/Rooming-In (cod. 31)	Durata ricovero al Nido (cod 31) max 1 settimana	Effettuato Screening Neonatale per : 1) SNE; 2) Sordità Congenita; 3) Riflesso Rosso;	Presenza di "piccola Patologia (da definire come ad es. Ittero Neonatale, difficoltà alla nutrizione ecc)
	esclusione	Nato morto	Difetto di accresciamneto fetale	Nato da travaglio indotto	Nato da parto operativo Nato da parto cesareo di urgenza/emergenza	Necessità di rianimazione	Parto Gemellare	Presenza di Malformazioni		Sesso NON definito	Ricovero in Patologia Neonatale (cod 62); Ricovero in Terapia Intensiva Neonatale (cod 73). Trasferito entro le prime	Lunghezza ricovero al Nido (cod 31) > 1 settimana		Presenza di altra Patologia maggiore (NON compresa nell'elenco della "Piccola Patologia)
												Controlli Clinici Strumentali		

SCHEDA INDICATORE: Livello operatività e complessità assistenziale

Late Preterm

Nome indicatore: Nati LATE PRETERM

Obiettivo	Verificare che sia garantita alla diade donna-neonato un percorso di travaglio-parto nascita adeguato e sicuro in relazione al livello di rischio materno e fetale. LATE PRETERM: età gestazionale >34 settimane e <36 settimane
Razionale	Garantire al neonato Late Preterm che abbia un percorso adeguato e sicuro e che le indicazioni a indurre parto pretermine siano propriate e coerenti con le indicazioni cliniche.
Area	Organizzazione
Tipo di indicatore	processo
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	diminuzione
Standard	< 5% dei nati se PN senza Patologia Neonatale (cod. 62) < 7,5 % dei nati se PN con Patologia Neonatale (cod 62)
Eventuale Standard di riferimento	//
Periodicità di rilevazione	semestrale
Numeratore	Numero nati
criteri di inclusione	
criteri di esclusione	
Fonte dati numeratore	SDO/ CEDAP
Denominatore	Numero di nati late preterm
criteri di inclusione	Nati Late Preterm presso PN con e senza Patologia Neonatale
criteri di esclusione	
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir Uo Ost Gin, Dir Pediatria-Nido

SCHEDA INDICATORE: Livello sicurezza per i neonati

Nome indicatore: numero nati trasferiti presso HUB riferimento con Terapia Intensiva Neonatale. Vale solo per PN senza TIN

Obiettivo	Verificare che sia garantita al neonato un percorso di travaglio-parto nascita adeguato e sicuro in relazione al livello di rischio materno, fetale e neonatale gestibile dal PN.
Razionale	Controllare il livello delle cure offerte dai PN per i neonati e che il livello di rischio accettato sia coerente con il livello assistenziale.
Area	Organizzazione
Tipo di indicatore	processo
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	diminuzione
Standard	< 0.5% per PN<1000 parti anno <1.5% per PN >1000 parti/anno
Eventuale Standard di riferimento	Dato storico + valori regionali
Periodicità di rilevazione	semestrale
Numeratore	Numero di nati trasferiti
criteri di inclusione	Tutti i nati
criteri di esclusione	
Fonte dati numeratore	SDO/ CEDAP
Denominatore	Numero di parti
criteri di inclusione	
criteri di esclusione	Parto avvenuto in un intervallo di tempo inferiore alle 24 ore dall'accettazione in PS/reparto della madre
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir UO Ost Gin

Numero Neonati trasferiti

APGAR < 7 a 5'

SCHEDA INDICATORE: Livello sicurezza per i neonati

Nome indicatore: numero nati con APGAR < 7 a 5'

Obiettivo	Verificare che sia garantita al neonato un percorso di travaglio-parto nascita adeguato e sicuro in relazione al livello di rischio materno, fetale e neonatale gestibile dal PN.
Razionale	Controllare il livello delle cure offerte dai PN per i neonati .
Area	Organizzazione
Tipo di indicatore	processo
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	diminuzione
Standard	< 1% per PN<1000 parti anno <1.5% per PN >1000 parti/anno
Eventuale Standard di riferimento	Dato storico + valori regionali
Periodicità di rilevazione	semestrale
Numeratore	N. nati con APGAR < 7 a 5'
criteri di inclusione	Tutti i nati
criteri di esclusione	
Fonte dati numeratore	SDO/ CEDAP
Denominatore	Numero di parti
criteri di inclusione	
criteri di esclusione	
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir UO Ost Gin

SCHEDA INDICATORE: Livello sicurezza per i neonati

Nome indicatore: numero nati con degenza > 5 giorni

Obiettivo	Verificare che sia garantita al neonato un percorso di travaglio-parto nascita e degenza adeguato e sicuro in relazione al livello di rischio materno, fetale e neonatale gestibile dal PN.
Razionale	Controllare il livello delle cure offerte dai PN per i neonati .
Area	Organizzazione
Tipo di indicatore	processo
Tipo di calcolo	percentuale
Direzione del miglioramento	diminuzione
Standard	< 10% per PN<1000 parti anno <15% per PN >1000 parti/anno
Eventuale Standard di riferimento	Dato storico + valori regionali
Periodicità di rilevazione	semestrale
Numeratore	N. nati con degenza > 5 giorni
criteri di inclusione	Tutti i nati
criteri di esclusione	
Fonte dati numeratore	SDO/ CEDAP
Denominatore	Numero nati
criteri di inclusione	
criteri di esclusione	
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

Responsabilità Indicatore	Dir UO Ost Gin

Lunghezza degenza

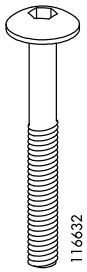
SCHEDA INDICATORE: Valutazione outcomes

Allattamento materno

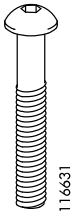
Nome indicatore: Promozione allattamento naturale al seno Neonati a termine allattati al seno alla dimissione

Obiettivo	Garantire alla diade donna-neonato un supporto adeguato alla promozione dell'allattamento naturale.
Razionale	Garantire che vengano messe in atto tutte le pratiche necessarie per il sostegno allattamento al seno .
Area	Organizzazione
Tipo di indicatore	processo
Tipo di calcolo	Percentuale Proporzione di neonati con allattamento materno esclusivo alla dimissione /rispetto a tutti i neonati
Direzione del miglioramento	aumento
Standard	> 95%
Eventuale Standard di riferimento	
Periodicità di rilevazione	semestrale
Numeratore	Numero neonati a termine dimessi con allattamento materno esclusivo
criteri di inclusione	Neonati a termine
criteri di esclusione	**Neonati Pretermine o con malformazioni**
Fonte dati numeratore	SDO/ CEDAP
Denominatore	Numero di nati del Punto Nascita
criteri di inclusione	
criteri di esclusione	
Fonte dati denominatore	SDO
Area di applicazione	Azienda
Referenze - linee guida	

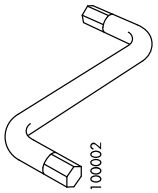
Responsabilità Indicatore	Dir UO nido, coord ostetrico e infermieristico



2x



2x

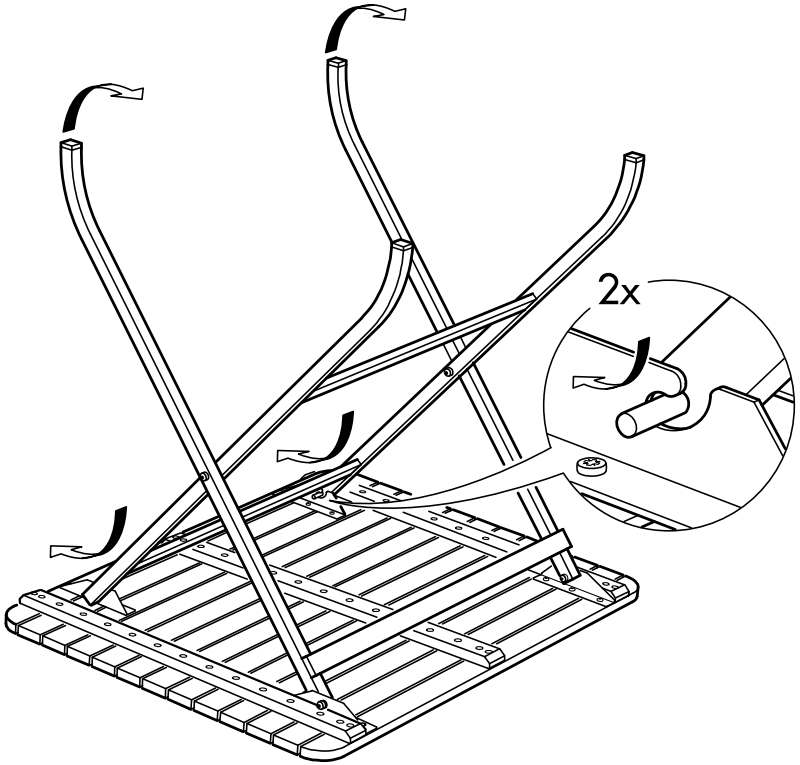


1x

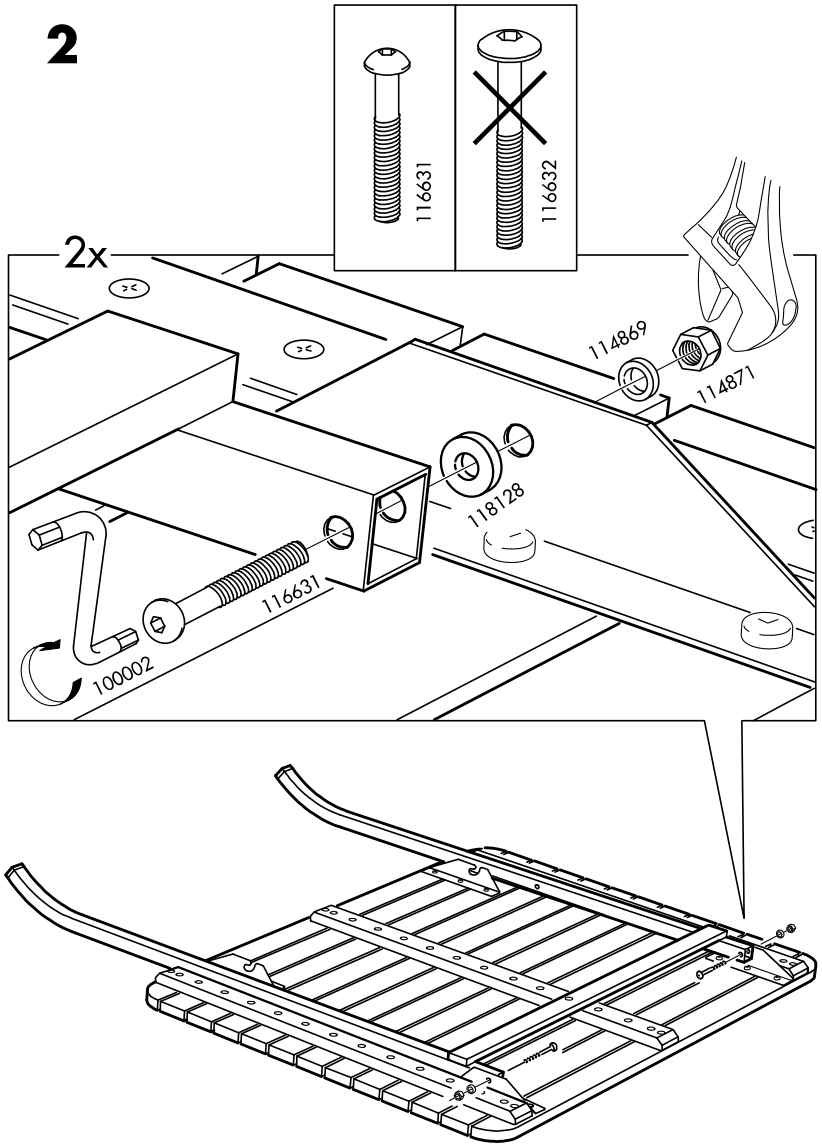
4x

4x

4x

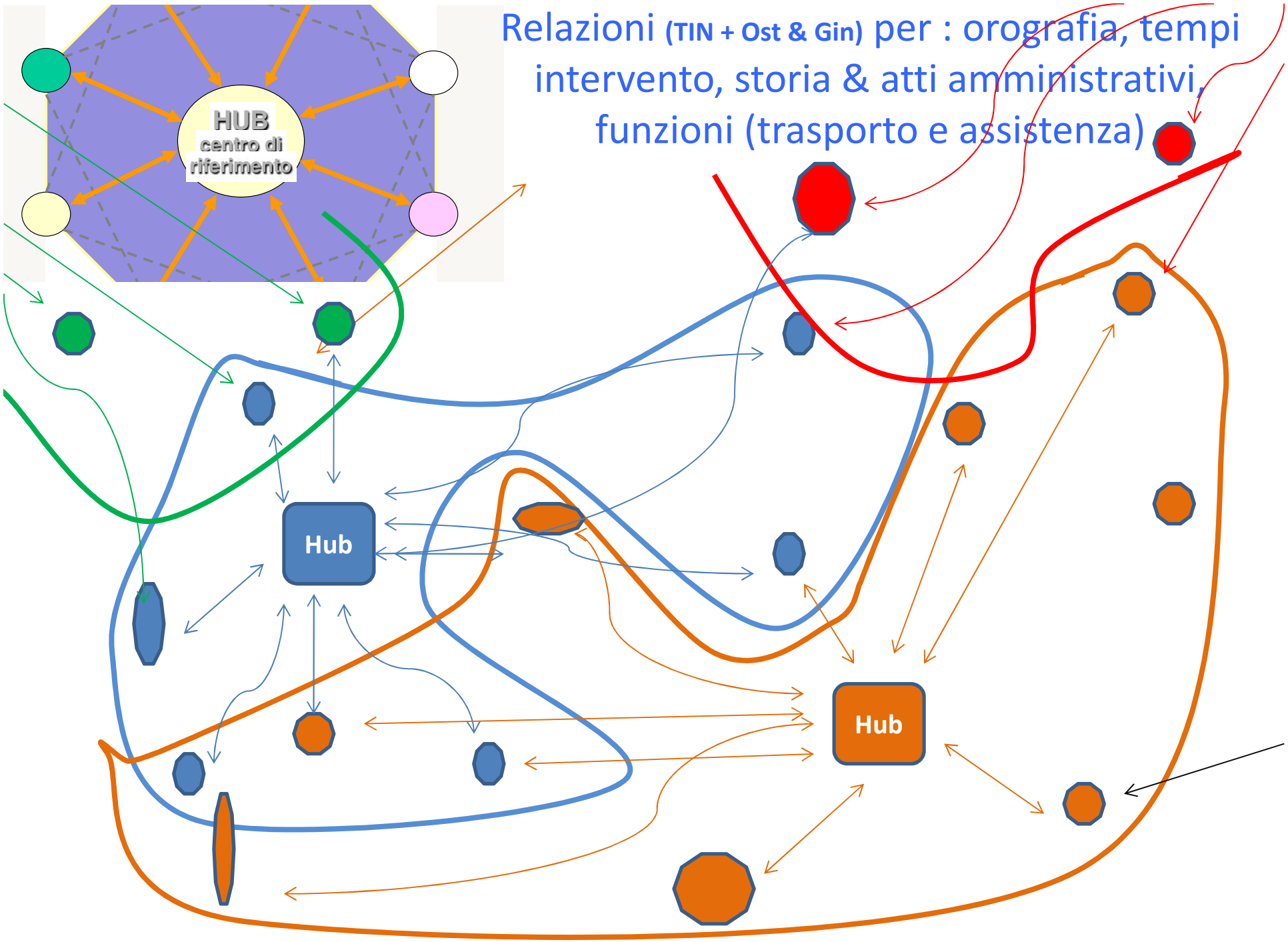


2

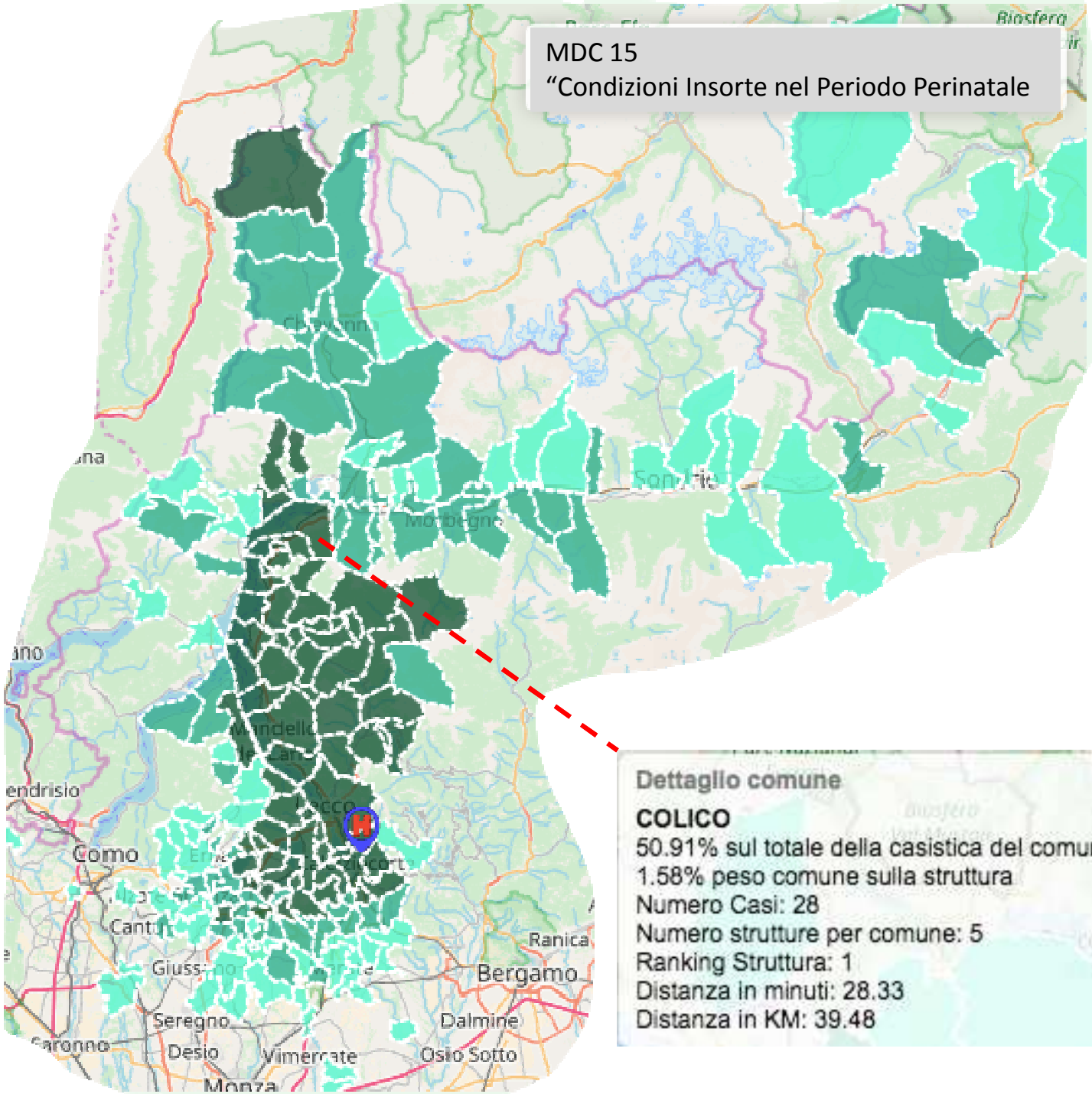


Traslazione processo lungo: “from Patient to Patients”

$$\Delta_{\text{Comportamenti}} = f(\text{D.+I.}) \neq \sum \text{A4} + \sum \text{3M}$$

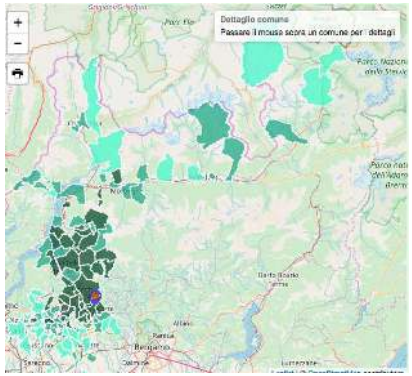

Relazioni (TIN + Ost & Gin) per : orografia, tempi intervento, storia & atti amministrativi, funzioni (trasporto e assistenza)
HUB
centro di riferimento
Hub
Hub

MDC 15
“Condizioni Insorte nel Periodo Perinatale



Dettaglio comune

COLICO
50.91% sul totale della casistica del comune
1.58% peso comune sulla struttura
Numero Casi: 28
Numero strutture per comune: 5
Ranking Struttura: 1
Distanza in minuti: 28.33
Distanza in KM: 39.48



I TRIGGER
EVENTI CRITICI DA SEGNALARE IN OSTETRICIA

MATERNI	FETALI /NEONATALI	ORGANIZZATIVI/STRUTTURALI
Morte materna Distocia di spalla Emorragia >1500 ml Ritorno in sala operatoria Eclampsia Isterectomia/ Laparotomia/ Embolizzazione Complicanze anestesiologiche Ricovero in terapia intensiva Tromboembolismo venoso/ Embolia polmonare Lacerazione di III e IV grado Ventosa o Forcipe adoperati senza successo Rottura d' utero Parto Podalico non pianificato Necessità di ricovero dopo dimissione	Nati Morti > 500 gr Morte neonatale Apgar score < 7 @ 5 min Trauma alla nascita Lacerazione fetale durante parto cesareo pH ombelicale < 7.0 arterioso o < 7.1 venoso Collasso neonatale SGA inaspettato Neonato a termine ricoverato in neonatologia Anomalia fetale non diagnosticata	Ritardo nella risposta alla chiamata di assistenza Non disponibilità della cartella clinica Disaccordo nella gestione del caso Parto a casa non pianificato Guasto apparecchi/ strumentazione inadeguata Potenziale reclamo dell' utente Errore di terapia Ritenzione di garza o strumenti Infezioni nosocomiali Violazione dei protocolli locali Tempo > 30' per TC d' emergenza

CeDAP: integrazioni con nuovi campi e valori

MADRE | PADRE | GRAVIDANZE PRECEDENTI | GRAVIDANZA CORRENTE | PARTO | NEONATO | MORTALITA' | MALFORMAZIONI

INFORMAZIONI SUL PARTO - 1

Cognome Neonato: AAA
Nome Neonato: SSS
Codice Fiscale Neonato:
Anno Sdo:
Numero Sdo Neonato:

Luogo del parto *: 4-Altro
Data del parto *: 03/03/2015
Ora del parto: 9 : 0
Presentazione del neonato *: 1-Vertice

Modalita' del parto *: 1-Parto spontaneo
☑ Episiotomia
Lacerazione: 2-II Grado
Genere del parto *: 1-Parto semplice

Modalita' del travaglio *: 2-Travaglio indotto
Tipo induzione: - Selezionare un elemento -
Perdita ematica al parto (ml): 1-Fino a 500

Metodiche di controllo del dolore
☑ Analgesia Epidurale
☐ Assistenza ostetrica one to one
☑ Acqua
☐ Nessuna
☐ Altro tipo di analgesia farmacolog
☐ Posture materne
☐ Altro (non farmacolog.)

Personale sanitario presente:
☑ Ostetrica/o *
☐ Ginecologa/o *
☐ Pediatra *
☐ Anestesista *
☐ Altro *

Post-Partum
☑ Contatto pelle a pelle per almeno un'ora
☑ Attacco precoce al seno nelle prime due ore

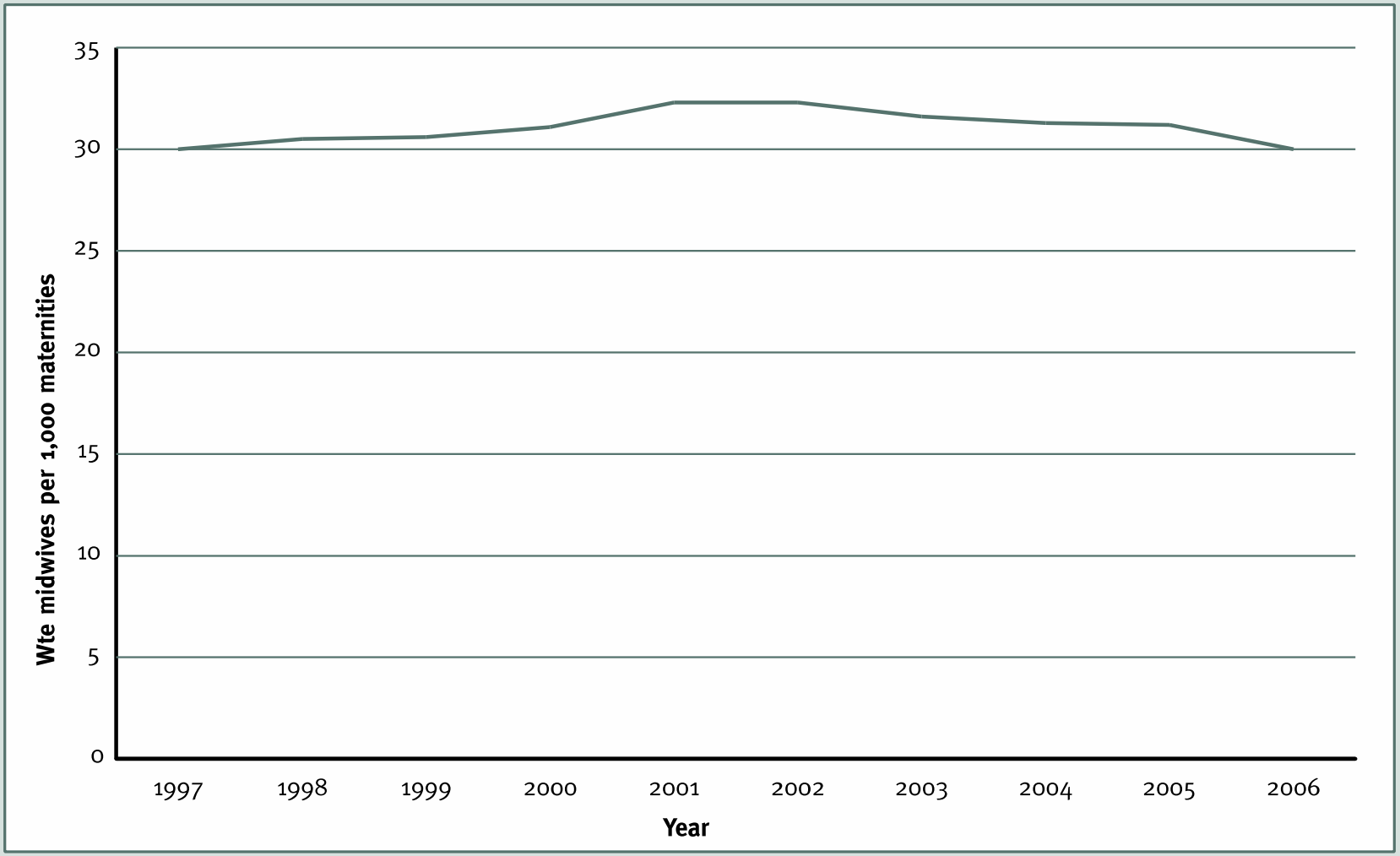
Type of information	Measures
The care process	
Antenatal care and behaviours/risk factors	Antenatal steroids prior to preterm birth*
Intrapartum care	Total births* Maternities by multiplicity Inductions – indication, outcomes and success* Augmentation of labour* Epidural rates including dural taps* Normal birth without intervention* Percentage of labours lasting more than 18 hours* Instrumental birth: ventouse, rotational and non-rotational* Elective caesarean rate – indication and incidence* Emergency caesarean rate – incidence and indications* Failed maternal intubation* Percentage of complicated births attended by a consultant obstetrician*
Postpartum care	Admissions to a neonatal unit for babies weighing more than 2.5kg* Caesarean hysterectomies and other therapies for haemorrhage*
Outcomes	
Mortality and morbidity in babies	Distribution of birth weight and gestational age by multiplicity Preterm and very preterm babies, Intrapartum stillbirths* Apgar scores below 7 at 5 minutes in babies before and after 37 weeks' gestation* Need for neonatal resuscitation of babies before 37 weeks* Neonatal deaths* Neonatal birth injury* Neonatal encephalopathy* Preterm and very preterm births
Mortality and morbidity in mothers	Failed maternal intubation* Third and fourth degree tears* Incidence of primary postpartum haemorrhage* Maternal transfer to ITU* Maternal transfer to other units* Maternal deaths*
Positive outcomes and parents' experiences	Breastfeeding rates at birth and discharge
Contextual information Characteristics of the parents, including ethnicity, class, age, parity and residential area	Distribution by ethnic group, mother's age, parents' social class, indices of multiple deprivation by area of residence
Resources for care	Staffing data, bed availability and occupancy

© King's Fund 2008

Euro-Peristat list of indicators, updated 2012

Category	Core	Recommended	Further development
Neonatal health	C1-Fetal mortality rate by gestational age, birth weight, plurality C2-Neonatal mortality rate by gestational age, birth weight, plurality C3-Infant mortality rate by gestational age, birth weight, plurality C4-Birth weight distribution by vital status, gestational age, plurality C5-Distribution of gestational age by vital status, plurality	R1-Prevalence of selected congenital anomalies R2-Distribution of APGAR score at 5 minutes R3-Fetal and neonatal deaths due to congenital anomalies R4-Prevalence of cerebral palsy	F1**-Severe neonatal morbidity among high risk infants F2**-Prevalence of neonatal encephalopathy F3**-Causes of fetal and neonatal death other than CA
Maternal health	C6-Maternal mortality ratio by maternal age	R5-Maternal mortality ratio by cause of death R6-Prevalence of severe maternal morbidity R7-Prevalence of tears to the perineum	
Population characteristics or risk factors	C7-Multiple birth rate by number of fetuses C8-Distribution of maternal age C9-Distribution of parity	R8-Percentage of women who smoke during pregnancy R9-Distribution of mothers' education R10-Distribution of households' occupational classification R11-Distribution of mothers' country of origin R12-Distribution of mothers' body mass index (BMI)	
Health care services	C10-Mode of delivery by parity, plurality, presentation (of fetus), previous caesarean section	R13-Percentage of all pregnancies following subfertility treatment R14-Distribution of timing of 1st natal visit R15-Distribution of births by mode of onset of labour R16-Distribution of place of birth by volume of deliveries R17-Percentage of very preterm infants delivered in units without a NICU R18-Episiotomy rate R19-Births without obstetric intervention R20-Percentage of infants breast-fed at birth	F4**-Neonatal screening policies F5**-Content of antenatal care

8 WHOLE-TIME EQUIVALENT MIDWIVES PER 1,000 MATERNITIES, ENGLAND, 1997 TO 2006



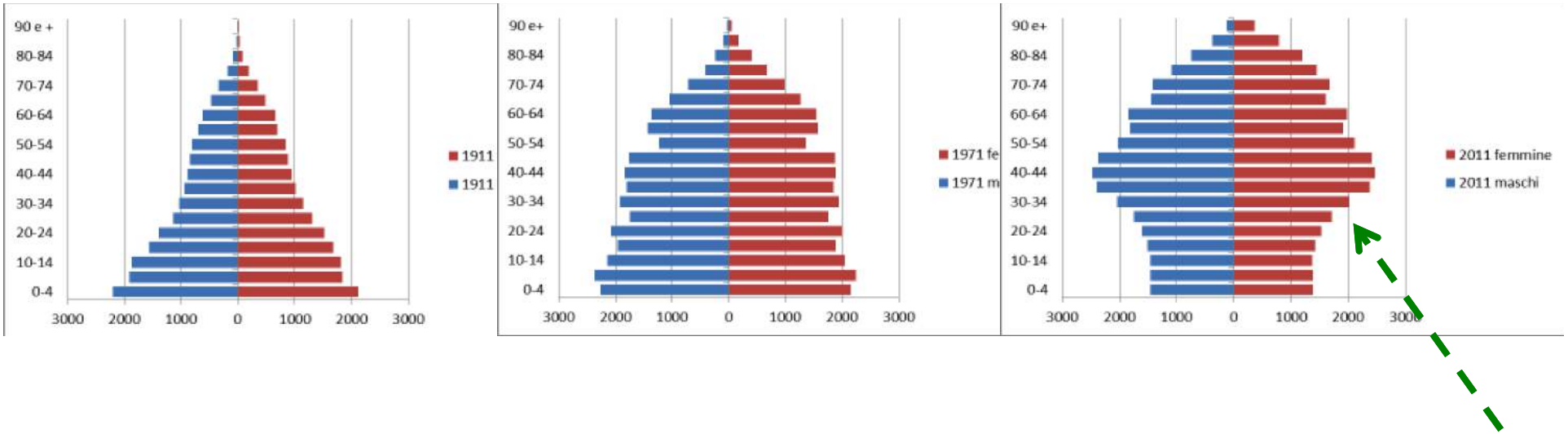
Source: Department of Health, Information Centre

Safe Births: Everybody's business

AN INDEPENDENT INQUIRY INTO THE SAFETY OF MATERNITY SERVICES IN ENGLAND

© King's Fund 2008

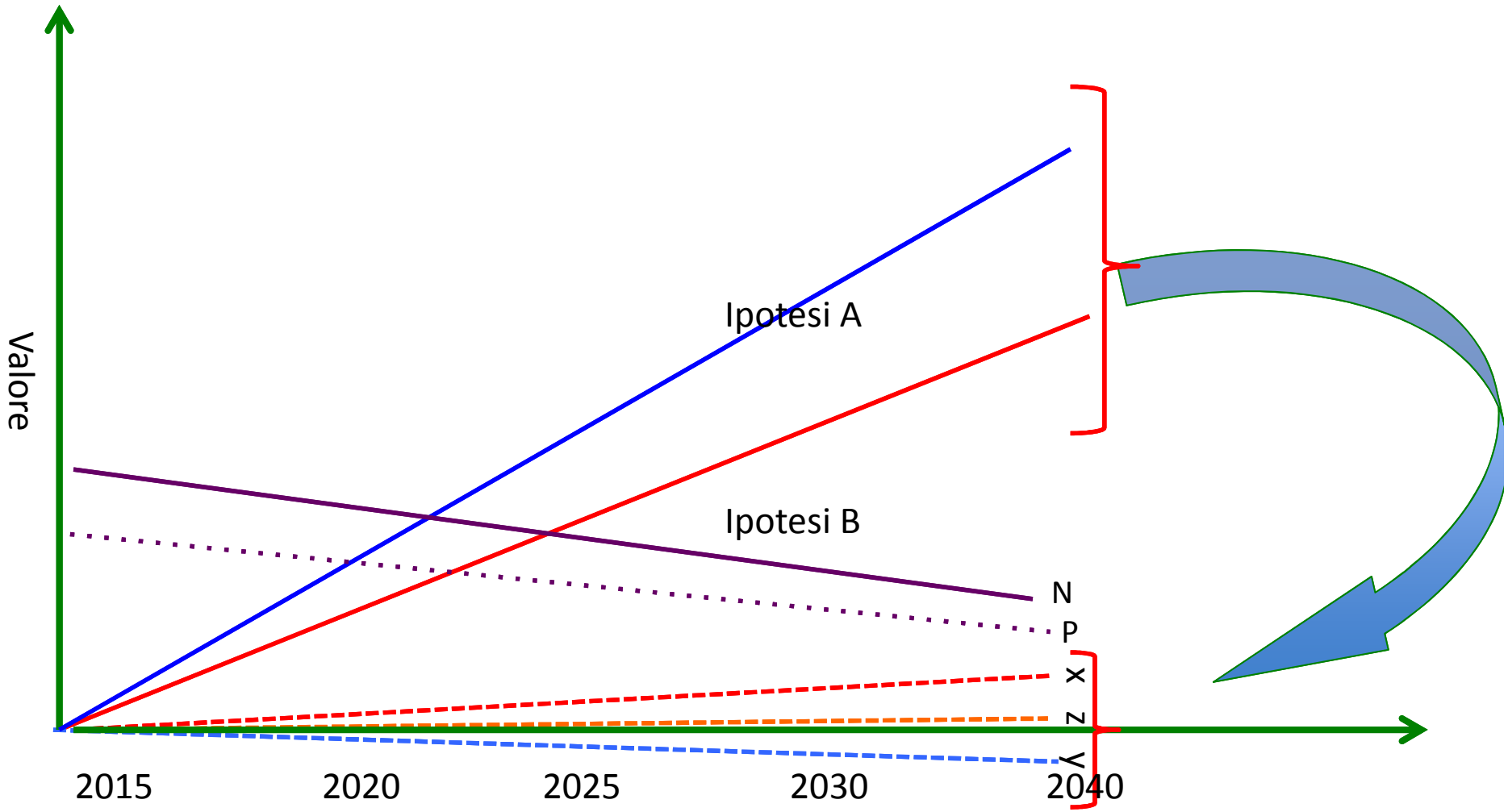
La difficoltà: △ almeno del 40% nelle situazioni migliori (es Ostetriche/Infermiere)



Piramide demografica italiana confronto 1911-1971– 2011: in 100 anni Piramide ribaltata e …….destabilizzata.

dati ISTAT

Il “Sistema” dovrà rispondere a esigenze che cambiano e … essere sostenibile



Health Service Quality

Questa è una fotografia credibile e reale.
Le azioni che la rendono reale e credibile accadono
in buona parte "nell'ultimo miglio" al letto dei Pazienti, negli ambulatori e nella prevenzione.
Vicino agli Utenti ……