

Progetto Obiettivo Materno Infantile

IL PERCORSO NASCITA

Michele E. Grandolfo

Idee guida del POMI

1. donne ed età evolutiva settore forte della popolazione
2. promozione della salute come empowerment:
3. Modello sociale di salute che sottende modello di welfare della partecipazione e dell'empowerment
4. i consultori familiari prefigurano l'integrazione socio-sanitaria e hanno come base costitutiva il modello di welfare dell'empowerment
5. Promozione della sinergia e dell'integrazione
6. le attività debbono essere svolte su base programmatica
7. la valutazione è la bussola per il governo del sistema
8. La formazione è il timone: Programmazione-Valutazione-Formazione ciclo virtuoso per il governo e per la conoscenza
9. Aree strategiche: percorso nascita, educazione sessuale per adolescenti, prevenzione tumore del collo dell'utero

donne ed età evolutiva settore forte della popolazione

Che l'ambito della salute della donna e dell'età evolutiva sia paradigmatico appare evidente dall'essere le donne pilastri delle famiglie e quindi della società; e dall'evidenza che l'età evolutiva costruisce il futuro

Altro che soggetti deboli!

promozione della salute come empowerment

Dalla **Carta di Ottawa** (1986)

la promozione della salute viene definita come

***Il processo che permette
alle persone e alle comunità
di sviluppare una autonoma capacità di controllo
sul proprio stato di salute***

È una rivoluzione copernicana

promozione della salute come empowerment

Lo scopo dell'attività di promozione della salute si raggiunge se nella popolazione

aumenta la capacità di controllo delle persone e delle comunità sul proprio stato di salute

E si valuta l'efficacia se nella popolazione

- Si riduce l'incidenza o la prevalenza degli eventi o delle condizioni che si avrebbero senza l'implementazione del programma***
- Aumenta la capacità di cercare salute***
- Si attiva il processo dell'educazione tra pari***

promozione della salute come empowerment

L'azione deve essere in grado di coinvolgere la persona in un processo di riflessione (arte socratica della maieutica) sul proprio vissuto quotidiano, sulla memoria storica della comunità di appartenenza al fine di promuovere, **alla luce delle nuove conoscenze, proposte criticamente, e delle possibili soluzioni, con il corredo del rischio di errore per tutte le alternative,** consapevolezza e competenza per scelte responsabili ed autonome. Si tratta, quindi, di un vero e proprio **processo di empowerment,** con la finalità di valorizzazione del patrimonio di salute.

Modello sociale di salute che sottende un modello di welfare della partecipazione e dell'empowerment

Modelli di salute

- ***Modello biomedico:***

vengono considerati i determinanti biologici della salute, conosciuti solo dagli esperti

- ***Modello sociale:***

i determinanti sociali sono le cause dietro le cause biologiche e sono conoscibili dagli esperti solo grazie alla capacità di espressione delle persone e delle comunità, perché iscritti nel tempo, nello spazio, nelle relazioni sociali e nelle culture

Modello sociale di salute che sottende un modello di welfare della partecipazione e dell'empowerment

Modelli di welfare

- ***Modello paternalistico direttivo:***
le persone sono incompetenti e vengono messe sotto tutela
- ***Modello dell'empowerment:***
le persone sono competenti e il sistema promuove e valorizza le competenze perché le persone possano effettuare scelte consapevoli e autonome

Modello sociale di salute che sottende un modello di welfare della partecipazione e dell'empowerment

Il modello sociale di salute incorpora l'esigenza di una qualità comunicativa non direttiva, attenta alle soggettività, tesa a valorizzare le potenziali competenze delle persone e delle comunità, basata sul rispetto, la gentilezza, l'empatia e la compassione

(intesa non nel senso comune di miserabile commiserazione ma in quello etimologico che la fa regina delle arti etiche e fondamento della democrazia)

e....l'*UMILTA'*

I consultori familiari prefigurano l'integrazione socio-sanitaria e hanno come base costitutiva il modello di welfare dell'empowerment

I consultori familiari

Una invenzione geniale dal movimento delle donne all'inizio degli anni 70

Con equipe multidisciplinare

Dedicati alla promozione della salute e alla prevenzione

Attenti ai determinanti psico-sociali della salute

Consapevoli del punto di vista di genere

Con modalità relazionale non direttiva

Promozione della sinergia e dell'integrazione

Dal POMI:

In un progetto più ampio di tutela della salute della donna va quindi prevista **la riqualificazione del Consultorio Familiare**, sia in termini organizzativi che operativi, che **integri l'offerta consultoriale con quella delle altre strutture territoriali facenti capo all'organizzazione dipartimentale dell'area materno - infantile in modo tale che si persegua una maggiore efficacia ed efficienza, coniugata ad una maggiore equità**, e si contraggano le attuali dispersioni di risorse finanziarie e umane, quali sono quelle che troppo spesso realizzano **interventi parcellari e ripetitivi** nella medesima popolazione che, per contro, vede **insoddisfatti altri bisogni primari**.

Le attività debbono essere svolte su base programmatica

Perché un programma di promozione della salute abbia senso è necessario poter valutare il suo impatto nella popolazione in termini di modificazione degli indicatori i cui valori iniziali sono stimati nella stessa popolazione da cui viene estratta la popolazione bersaglio.

Una strategia di prevenzione e promozione della salute deve prevedere un modello organizzativo che preveda che ogni singola persona sia raggiunta da operatori motivati ed addestrati in grado di farsi accettare con modalità di comunicazione modulate sulle caratteristiche della persona e quindi capaci di tener conto degli aspetti relazionali, psicologici, culturali, etici, sociali e antropologici.

Le attività debbono essere svolte su base programmatica

Un programma è tale se, e soltanto se, esplicita

Obiettivi;

Sistema e indicatori di valutazione (di esito, di risultato , di processo);

Popolazione bersaglio;

Modalità di (e risorse necessarie per il) raggiungimento;

Modalità validate nella pratica delle attività

Studi di stima dei fattori di rischio del non raggiungimento;

Studi di stima di incidenza o prevalenza nella sezione di popolazione non raggiunta e/o non coinvolta.

cardini delle strategie:

Cardine epidemiologico:

quale *popolazione* con quali *differenziali di rischio*

Cardine operativo:

- *Offerta* (gentilezza, rispetto, empatia, compassione, umiltà)
- *Attiva* (è responsabilità del professionista “raggiungere” le persone)

**La valutazione è la bussola per il governo
del sistema**

La formazione è il timone:

**Programmazione-Valutazione-Formazione
ciclo virtuoso per il governo e per la
conoscenza**

Aree strategiche: percorso nascita, educazione sessuale per adolescenti, prevenzione tumore del collo dell'utero

PROGETTO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE

➔ tre progetti strategici:

- **Percorso nascita**
- **Adolescenti**
- **Prevenzione dei tumori femminili**

➔ popolazioni bersaglio:

- **Donne e coppie nella realizzazione concreta del desiderio di maternità e genitorialità**
- **Adolescenti in via di formazione**
- **Donne di età compresa tra 25 e 64 anni.**

Nel campo della salute della donna si ha una condizione privilegiata per la promozione della salute:

La donna, settore forte della popolazione, ha responsabilità di cura della famiglia e, quindi, è pilastro della società.

Investire sull'empowerment delle donne produce il massimo valore aggiunto, per la donna stessa e per la famiglia di cui ha responsabilità di cura.

Nel percorso nascita:

Le donne, che esprimono la ineguagliata ed ineguagliabile potenza creativa, sono stimolate a riflettere sui vissuti quotidiani (dall'alimentazione alle relazioni affettive, dalla procreazione consapevole alle responsabilità di cura) in corrispondenza al più formidabile e straordinario processo di cambiamento: l'investimento in termini di promozione della salute (**empowerment**) può avere la più alta resa.

Nell'educazione sessuale delle/gli adolescenti:

Si ha a che fare con le generazioni del futuro anche in questo caso il valore aggiunto dell'investimento è enorme se, come deve essere, si opera nella dimensione dell'**empowerment**: gli effetti si propagano per i quattro quinti della intera esistenza, oltre che nel contesto delle relazioni familiari, amicali e sociali.

La sessualità è una dimensione “calda” e ciò favorisce la riflessione sui vissuti e sulle culture, su cui trovano fondamento le relazioni affettive e sociali e l'attivazione del processo di sviluppo delle consapevolezza e delle competenze.

Il tutto è favorito straordinariamente dal contesto scolastico se opportunamente valorizzato.

Nella fase critica dei grandi cambiamenti, anche in questo caso l'osservazione attenta e soprattutto l'acquisizione di credibilità favorisce l'emersione di problematiche, soprattutto in fase prodromica, e l'esplicita richiesta di aiuto, anche con l'aiuto dei pari.

Nella prevenzione del tumore del collo dell'utero:

La popolazione bersaglio è costituita dai pilastri della società: le donne attive (25-64enni) con ruolo **pivotale** nella famiglia per le loro responsabilità di cura, nel periodo della loro vita in cui accadono eventi o si propongono condizioni per le quali si cercano servizi o da questi si è cercate (*fecondità da controllare e/o da realizzare, relazioni familiari, menopausa, alimentazione, prevenzione tumore del seno, ecc*).

Sono straordinarie le sinergie e le possibilità di integrazione anche sociosanitaria, così come sono enormi le possibilità di **“entrare”** nell'universo familiare e far emergere condizioni di disagio familiare, altrimenti inespresse.

Percorso nascita: obiettivi

Aumento della prevalenza delle donne allattanti al seno in modo esclusivo fino a sei mesi compiuti e in modo complementare fino a due anni e oltre

Allattamento esclusivo: Almeno il 90% alla dimissione, l'80% a 3 mesi e il 60% 6 mesi

Allattamento complementare: Almeno il 60% a 12 mesi

Sul totale delle donne residenti nel territorio di competenza del distretto che hanno partorito nell'unità di tempo

Un indicatore di processo: % primipare partecipanti ai C.A.N

Un indicatore di risultato: % parti con TC

Gli indicatori devono essere specifici per condizione sociale

Percorso nascita: **azioni**

Offerta attiva di

1. Colloqui prematrimoniali (in collaborazione con il comune - pubblicazioni)
2. Colloqui all'inizio della gravidanza (con la collaborazione dei medici di medicina generale), in integrazione con gli altri servizi
3. Corsi di accompagnamento alla nascita (che partono dal 3°- 4° mese e proseguono, almeno per un incontro, dopo la nascita), in integrazione con gli altri servizi
4. Parto attivo, attaccamento precoce, rooming in, promozione dell'allattamento al seno esclusivo, controllo dell'appropriatezza, riferimento ai servizi consultoriali per il puerperio
5. visite domiciliari o in consultorio dopo il parto
6. Promozione di gruppi autonomi per il confronto delle esperienze e per l'aiuto tra pari
7. Promozione di attività didattica nelle scuole sul tema della nascita: dagli aspetti psicofisici all'esperienza nelle culture, con produzione di materiali di riflessione da proporre alla comunità

Ipotesi di carichi di lavoro

Numerosità delle popolazioni bersaglio in una comunità di 20000 abitanti (ordine di grandezza)	
Donne in età feconda (15-49 anni, 25% pop.tot.)	5000
Matrimoni /anno (0.48% pop.tot.)	90-100
Nascite (1% pop.tot.)/anno	200 (di cui 100 prime nascite)
Adolescenti in una fascia di età annuale (1% pop.tot.)	200
Donne di età 25-64 anni (30% pop.tot.)	6000

➔ **Percorso nascita**

200 nascite attese per anno, 100 da primipare

***Gravidanza* - offerta attiva di corsi di accompagnamento alla nascita, Obiettivo: 80% delle primipare**

80 donne, 6 corsi di 20 ore(h) ciascuno più 20%: 144h/anno

	Ostetrica	Ginecologo/a	Ass. soc.	Psicologo/a	Pediatra	Ass. san.
%*	75	35	20	30	30	20
Ore	108	50	28.8	43.2	43.2	28.8

*** percentuale del tempo totale in cui si presume coinvolta/o la/o specifica/o operatrice/tore**



Puerperio - Visite in puerperio, obiettivo 80% di tutte le donne che partoriscono in un anno

160 puerpere, 50% in Consultorio , 50% a domicilio.

1) in consultorio: 80 visite, 1h ciascuna per un totale di 80h,
per il 50% ,40, si ipotizza la necessità di una seconda visita,
per un totale di 40h per il 25% delle seconde visite, 10, si
ipotizza
una terza visita, per un totale di 10h
subtotale1: 130h/anno

1) a domicilio: 80 visite di 2h ciascuna per un totale di 160h
anche in questo caso si ipotizzano, con analoghe percentuali
seconde e terze visite per un totale di 80h e 20h,
rispettivamente
subtotale2: 260h/anno

Totale: 390h/anno, più il 20%: 470h/anno

	Ostetrica	Ginecologo/a	Ass. soc.	Psicologo/a	Pediatra	Ass. san.
%	80	30	60	30	20	80
Ore	376	141	282	141	94	376

Sommando:

Progetto	Ostetrica	Ginecologo/a	Ass. soc.	Psicologo/a	Pediatra	Ass. san.
Pernasc1	108	50	29	43	43	29
Pernasc2	376	141	282	141	94	376
Ore/anno	484	291	311	184	137	405
Ore/sett.*	12.1	7.3	7.8	4.6	3.4	10.1

***considerando 40 settimane effettivamente disponibili**

➔ Adolescenti

In una fascia di età (per es. 3° classe media inferiore): 200 adolescenti

corsi di educazione sessuale a scuola

20 alunni per classe: 10 classi, 5 incontri di 2 ore ciascuno, 100h/anno

5h per classe per incontri con insegnanti, 5h per classe per incontri con i genitori per un totale di 100h/anno

spazio giovani in consultorio: 4h/settimana per 40 settimane per un totale di 160h/anno

totale 360h/anno, più il 20%: 430h/anno

	Ostetrica	Ginecologo/a	Ass. soc.	Psicologo/a	Pediatra	Ass. san.
%	25	50	30	50	10	25
Ore	108	215	108	215	43	108

➔ **Prevenzione del tumore del collo dell'utero**

La popolazione femminile tra 25 e 64 anni è circa il 30% della popolazione generale.

Si assume che il 30% faccia regolarmente il Pap test spontaneamente, per cui sui 2000 pap test/anno (uno ogni 3 anni) sono da coinvolgere 1400 donne, ipotizzando un tasso di accettazione dell'80% si devono effettuare 1120 Pap test. Assumendo 0.75h/pap test (pap test più colloquio) si ha un totale di 840h, più il 20% si ha un totale di 1000h/anno

	Ostetrica	Ginecologo/a	Ass. soc.	Psicologo/a	Pediatra	Ass. san.
%	50	15	20	15	10	40
Ore	500	150	200	150	100	400

Nella tabella seguente si riportano le ore /anno per ogni progetto, totali, per ogni figura professionale e il carico di lavoro settimanale:

Progetto	Ostetrica	Ginecologo/a	Ass. soc.	Psicologo/a	Pediatra	Ass. san.
Pernasc1	108	50	29	43	43	29
Pernasc2	376	141	282	141	94	376
Adolesc	108	215	108	215	43	108
Pap-test	500	150	200	150	100	400
Ore/anno	1092	556	619	549	280	913
Ore/sett.*	27.3	13.9	15.5	13.7	7.0	22.8

* considerando 40 settimane effettivamente disponibili

Da queste stime dei carichi di lavoro per lo svolgimento dei programmi strategici deriva l'indicazione di un consultorio ogni 20 mila abitanti (legge 34/96) e la consistenza di organico indicata dal POMI



Riferimenti normativi

Legge 405 del 1975

Legge 194 del 1978

Legge 34 del 1996

D.m. 24 aprile 2000 “P.O. materno infantile”

L.E.A. G.U. n.19 23 gennaio 2002, pag. 37