

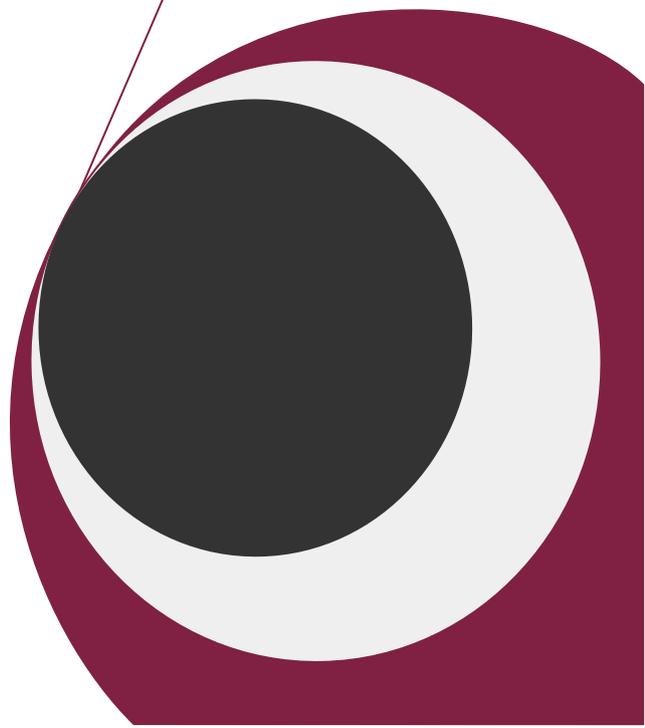
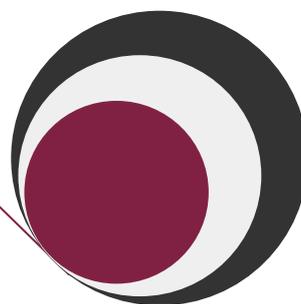
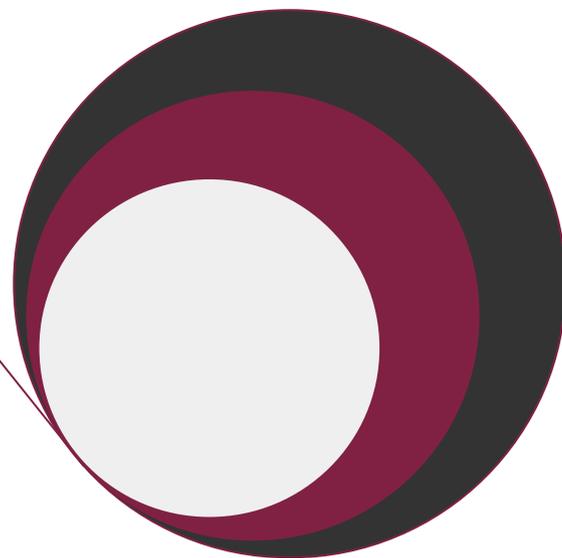


PEGASO

Università Telematica

“AREA INFERMIERISTICA E OSTETRICA”

PROF.SSA MARIA VICARIO



Indice

1	INTRODUZIONE -----	3
2	AREA INFERMIERISTICA ED OSTETRICA -----	7
12.1.	CONOSCENZA E CAPACITÀ DI COMPrensIONE (KNOWLEDGE AND UNDERSTANDING) -----	8
12.2.	CAPACITÀ DI APPLICARE CONOSCENZA E COMPrensIONE (APPLYING KNOWLEDGE AND UNDERSTANDING) -----	8
3	AUTONOMIA DI GIUDIZIO (MAKING JUDGEMENT) -----	9
3.1.	ABILITÀ COMUNICATIVE (COMMUNICATION SKILLS) -----	9
3.2.	CAPACITÀ DI APPRENDIMENTO (LEARNING SKILLS) -----	9
4	CLINICA CLINICA ELETTRONICA (CCE) -----	12
5	FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO -----	13
6	CARTELLA INFERMIERISTICA -----	16
7	PARTOGRAMMA -----	17
8	CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO -----	19
9	CONCLUSIONI -----	22
	BIBLIOGRAFIA -----	23
	SITOGRAFIA -----	24
	RIFERIMENTI LEGISLATIVI -----	25

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

1 Introduzione

In Italia la spesa complessiva in informatica e tecnologie (Ict) per la sanità è di 1,3 miliardi di euro, pari a circa l'1,1% del costo totale. La percentuale tradotta in euro corrisponde a 22 euro per abitante, somma da considerare contenuta se si considerano altri paesi con sistemi sanitari confrontabili, mentre, appare esosa se si considera che, dal 2005 al 2011, quella sanitaria è l'unica voce di spesa in Ict che cresce rispetto a tutta la pa. Per la ridotta disponibilità di risorse, per il futuro, le garanzie di sostenibilità del servizio sanitario nazionale (SSN) potrebbero essere compromesse e rendersi necessario, quindi, individuare e rendere operativi modelli innovativi di finanziamento e organizzazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie. In questa prospettiva ben vengano tutte le proposte operative per ridurre i costi di gestione aumentando la qualità percepita del cittadino che si rivolge al SSN che può dotarsi di una sanità digitale che nelle nuove tecnologie, ed in particolare nel virtual health, trova un suo driver fondamentale. La virtual health o e-health si basa su tecnologie e servizi, soluzioni per la medicina sul territorio, monitoraggio, prevenzione e cura a distanza per ridurre i costi della gestione dell'ospedalizzazione, in particolare della popolazione anziana e dei cronici. Appare determinate spostare l'assistenza dall'ospedale verso il territorio, diminuendo in modo rilevante la degenza e i costi di assistenza senza trascurare le possibilità fornite dalla disponibilità di enormi quantità di dati il cui utilizzo può avere impatti significativi su analisi epidemiologiche e sulla gestione della salute pubblica. Il solo effetto della deospedalizzazione, ad esempio, può valere oltre tre miliardi di euro l'anno. Confindustria nell'anno 2011 ha calcolato che la telemedicina, da sola, farebbe risparmiare 7,3 miliardi, ricetta digitale e fascicolo sanitario congelerebbero a loro volta altri quattro miliardi. Con queste premesse si potrebbe assistere alla tempesta perfetta, a una singularity tecnologica che vede l'healthcare da un lato e digitale e internet delle cose dall'altro convergere e alimentarsi a vicenda. Negli Stati Uniti otto medici su dieci posseggono un tablet e lo usano per il

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

loro lavoro. Esistono tra i sei e sette braccialetti che monitorano pressione, battito cardiaco, temperatura, di poche decine di dollari. Diverse centinaia di applicazioni per smartphone che possono monitorare ogni singolo istante della vita di una persona. La medicina in Italia, in parte, è oggi ancora arroccata su posizioni molto paternalistiche, si mette poco in discussione ed il SSN, basato su diritti costituzionalmente sanciti ed ormai acquisiti, diventano sempre più difficili da garantire e non solo per la scarsa disponibilità di risorse economiche ma anche per la scarsa conoscenza nella gestione delle nuove tecnologie ed in materia di normative di tutela dei dati sensibili.

I servizi innovativi in rete, infatti, risultano ostacolati da normative che rendono impossibile sbloccare le potenzialità di questo strumento che come già detto potrebbe essere il driver fondamentale di una sanità digitale nella quale i professionisti della salute devono possedere specifiche competenze avanzate acquisite, anche, attraverso il master di primo livello in Amministratore di sistema in ambito sanitario (AdS).

Le professioni sanitarie e la Sanità Digitale Il Decreto del Ministero della Sanità 29 marzo 2001 “Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1, 2, 3 e 4, della legge 10 agosto 2000, n. 251 (art. 6, comma 1, legge n. 251/2000) ha effettuato una classificazione per raggruppamenti delle professioni sanitarie. Nella Diapositiva di seguito riportata si descrivono le professioni previste dall'articolo 2 (Figura n. 1)



Figura n. 1 Classificazione professioni sanitarie –DM 29.3. 2001

Una classificazione che ha posto le basi per la definizione delle 4 classi di lauree di primo livello e di secondo livello. Nella prima classe “Classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche professione sanitaria ostetrica”, (Figura n. 2) incidono il corso di Laurea in Infermieristica, Infermieristica Pediatrica e di Ostetricia. Gli obiettivi formativi dei corsi di Laurea sono impostati secondo i Descrittori di Dublino che sono enunciazioni generali dei tipici risultati conseguiti dagli studenti che hanno ottenuto un titolo dopo aver completato con successo un ciclo di studio. Tutto quanto non acquisito nel percorso formativo di base, ma che risulta necessario per gestire con competenza specifici ambiti professionali, richiede una formazione post base (master o corso di perfezionamento). Alcune Categorie professionali, in partnership con gli Atenei, hanno pianificato una vasta offerta formativa post-base di tipo professionalizzante e di coordinamento multi professionale. Il valore aggiunto nella formazione post- base universitaria è rappresentata, inoltre, dalla offerta di percorsi formativi professionalizzanti trasversali a tutte le figure professionali come avviene per il corso master di I livello in Amministratore di sistema in ambito sanitario (AdS).

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

DI 19 febbraio 2009

Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie"

Allegati 1 	<i>Classe delle lauree in professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica.</i>
Allegati 2	Classe delle lauree in professioni sanitarie della riabilitazione.
Allegati 3	Classe delle lauree in professioni sanitarie tecniche.
Allegati 4	Classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione.

Figura n. 2 Struttura e composizione delle classi di lauree delle professioni sanitarie –D.I. 19.22009

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

2 Area Infermieristica ed Ostetrica

L'interesse sempre crescente verso l'informatica e l'informazione necessita di operatori adeguatamente informati sull'aspetto legislativo generale e specifico (Legge n. 675/1996 /D.P.R. n. 318/1999/ D. Lgs. 30 giugno 2003, n. 196/Provvedimento del Garante della Privacy datato 27 Novembre 2008. La vasta produzione legislativa rappresenta la regolamentazione di specifiche attività tecniche quali il salvataggio dei dati (backup/recovery), l'organizzazione dei flussi di rete, la gestione dei supporti di memorizzazione e la manutenzione hardware procedute richiedono un'effettiva capacità di azione su informazioni che va considerata a tutti gli effetti alla stregua di un trattamento di dati personali. Gli Infermieri, Infermieri Pediatrici ed le Ostetriche al termine del percorso formativo di base risultano "alfabetizzati" nell'ambito dell'informatica ma il crescente tecnicismo che caratterizza la medicina moderna richiede competenze avanzate per la gestione delle cartella clinica elettronica, il fascicolo sanitario elettrico, cartella infermieristica, Partogramma e CeDAP. Gli obiettivi formativi dei corsi di Laurea sono impostati secondo i Descrittori di Dublino che risultano costruiti sui seguenti elementi:

- Conoscenza e capacità di comprensione (knowledge and understanding);
- Conoscenza e capacità di comprensione applicate (applying knowledge and understanding);
- Autonomia di giudizio (making judgements);
- Abilità comunicative (communication skills);
- Capacità di apprendere (learning skills).

Si descrive, di seguito, per ciascun descrittore una breve guida ai fini di una maggiore contestualizzazione alla figura professionale cui si riferisce il corso master di I livello in AdS:

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

12.1. Conoscenza e capacità di comprensione (*Knowledge and understanding*)

In un campo di studi di livello post secondario a un livello avanzato in AdS lo studente deve avere:

- conoscenze conoscenza ed esperienza con il tipo di rete
- conoscenza ed esperienza con le applicazioni di Office
- conoscenza ed esperienza con l'installazione software di rete
- conoscenza ed esperienza con l'installazione hardware e gli aggiornamenti

12.2. Capacità di applicare conoscenza e comprensione (*applying knowledge and understanding*)

In un campo di studi di livello post secondario a un livello avanzato in AdS lo studente deve avere:

- dedizione agli usi appropriati delle tecnologie informatiche, tra cui la capacità di utilizzare e adattare vecchie attrezzature
- capacità di eseguire backup dei dati
- capacità di aggiungere ed eliminare utenti di rete

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

3 Autonomia di giudizio (making judgement)

In un campo di studi di livello post secondario a un livello avanzato in AdS lo studente deve avere:

- capacità di raccogliere e interpretare i dati provenienti dalla rete e ritenuti utili a determinare giudizi autonomi, inclusa la riflessione sulle strategie per soluzione di criticità tecniche
- capacità di integrare le conoscenze e gestire la complessità, nonché, di formulare giudizi sulla base di informazioni limitate o incomplete, includendo la riflessione sulle responsabilità sociali ed etiche collegate all'applicazione delle loro conoscenze e giudizi;

3.1. **Abilità comunicative (communication skills)**

In un campo di studi di livello post secondario a un livello avanzato in AdS lo studente deve avere:

- comunicare ed essere in grado di comunicare informazioni, idee, problemi e soluzioni a interlocutori specialisti e non specialisti
- comunicare in modo chiaro e privo di ambiguità le proprie conclusioni, nonché le conoscenze e la ratio ad esse sottese, a interlocutori specialisti e non specialisti
- comunicare con i loro pari, con la più ampia comunità degli studiosi e con la società in generale nelle materie di loro competenza;

3.2. **Capacità di apprendimento (learning skills)**

In un campo di studi di livello post secondario a un livello avanzato in AdS lo studente deve avere:

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

- intraprendere studi successivi con un alto grado di autonomia
- continuare a studiare per lo più in modo auto-diretto o autonomo
 - promuovere, in contesti accademici e professionali, un avanzamento tecnologico, sociale o culturale nella società basata sulla conoscenza e nello specifico nella Sanità Digitale

Si deduce dall'analisi dei descrittori di Dublino come l'AdS sia un professionista "esperto" in tecnologie informatiche la cui gestione richiede specifiche competenze nell'ambito della raccolta, classificazione e custodia dei dati sensibili. (Figura n. 3)



Figura n. 3 Livello di esperto secondo Dreyfus (1986)

L'applicazione di tali tecnologie, anche, nell'area infermieristica, infermieristica pediatrica e ostetrica, all'interno delle attività autonome (Figura 4) risponde alla specifica di esigenza di semplificazione delle procedure che crescono tumultuosamente a fronte di una sempre più marcata carenza di professionisti in servizio attivo per l'attuale blocco del turn over. Saranno, di seguito, descritte le procedure dell'area infermieristica ed ostetrica strutturalmente informatizzate cui si applicano le competenze dell'Amministratore di Sistema procedendo dallo strumento a gestione trasversale quale è la cartella clinica elettronica ed a seguire il fascicolo sanitario elettronico, cartella infermieristica, Partogramma e CeDAP.



Figura n. 4 Tipologie di attività dell'operatore delle professioni sanitarie

4 Clinica Clinica Elettronica (CCE)

La Cartella Clinica Elettronica(CCE), in passato era utilizzata semplicemente come copia di quella cartacea, con l'introduzione del Decreto sulle Semplificazioni (12 febbraio 2012) anche la Sanità Nazionale diventa informatizzata per accorciare le tempistiche della burocrazia, eliminare spese accessorie inutili e rendere il SSN più efficiente per i cittadini. La CCE consente la raccolta e la gestione immediata di tutti i dati clinici del paziente, su supporto informatico integrato al servizio delle Aziende Ospedaliere che, attraverso la digitalizzazione della cartella clinica, permette la condivisione, l'aggiornamento e la visualizzazione delle informazioni cliniche e sanitarie del paziente, in modo semplice e immediato. La Cartella Clinica Elettronica prevede la gestione elettronica delle pratiche cliniche, così come, i sistemi di prenotazione elettronica per l'accesso alle strutture da parte dei cittadini. L'adozione di "dispositivi mobili" nel settore sanitario consente la raccolta di dati clinici, la prescrizione di farmaci, terapie, esami diagnostici, la diffusione di informazioni ai medici, ricercatori e pazienti e per l'offerta diretta di cure attraverso la telemedicina mobile. Infine, per omogeneizzare l'accesso alle informazioni relative allo stato sanitario dei cittadini sul territorio nazionale "vengono fissati i criteri per assicurare l'interoperabilità dei sistemi informatici." (Figura n. 5)



Figura n. 5 cartella Clinica Elettronica

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

5 Fascicolo sanitario elettronico

L'Intesa Stato-Regioni del febbraio scorso, che ha approvato le Linee guida nazionali, ha registrato un passo importante verso l'adozione su tutto il territorio nazionale del Fascicolo sanitario elettronico (Fse), come auspicato dal Governo. Attualmente l'accesso online del fascicolo sanitario elettronico è in fase sperimentale e l'accesso ai dati è riservato per lo più al personale ospedaliero. Solo il 43% delle Regioni dichiara di gestire almeno una parte delle proprie informazioni sanitarie col fascicolo elettronico e solo in sette (Lombardia, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Calabria, Sicilia, Sardegna) viene utilizzato in oltre il 75% delle strutture sanitarie. Il Ministero competente si è prefissato l'obiettivo di estendere, entro il 2012, il fascicolo elettronico a tutte le Asl e a tutti gli ospedali d'Italia: tutto nel pieno rispetto della privacy di ciascun paziente; il Fse, infatti, potrà essere consultato dal paziente o dal personale sanitario strettamente autorizzato solo per finalità sanitarie. Per rispondere adeguatamente alla domanda di salute e garantire pratiche di qualità da parte di tutti gli operatori coinvolti nel processo sanitario, molte Aziende sanitarie hanno adottato tecnologie in grado di integrare la gestione degli assistiti, le operazioni amministrative e i processi clinici operando una riorganizzazione basata su processi collaborativi tra gli attori della rete sanitaria e ottenendo buoni risultati in termini sia di appropriatezza che di riduzione dei costi. Il Fse consentirà agli operatori sanitari di reperire in modo rapido e ordinato le informazioni riguardanti la storia clinica dell'assistito e di utilizzarle al meglio, ottimizzando risultati e risorse utilizzate. I principali vantaggi dell'adozione del Fse sono rappresentati dalla possibilità di leggere i risultati delle analisi dei pazienti dal computer, così come tenere a portata di click tutta la documentazione sanitaria dei pazienti, permettere una facile comunicazione tra medici di famiglia, specialisti e ospedalieri via web e, speriamo, ridurre le liste d'attesa e le file interminabili agli sportelli. I vantaggi del Fse troveranno

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

realizzazione solo quando tutti gli operatori avranno acquisito competenze per la gestione dei presidi tecnologici informatici.

Sarà importante che gli infermieri, che sono tra coloro maggiormente in contatto con gli utenti, siano in grado di apportare al Fse il contributo proprio della professionalità ed è auspicabile che la cartella infermieristica, strumento di lavoro che permette all'infermiere di operare avendo a disposizione in un'unica documentazione tutte le informazioni riguardanti la persona che ha preso in carico, sia integrata al Fse, garantendo lo svolgimento delle funzioni infermieristiche in modo tempestivo, appropriato e maggiormente sicuro. Il Fascicolo Sanitario Elettronico non rappresenta solo innovazione e la possibilità di cure migliori anche nelle zone di campagna e nelle zone più lontane, ma anche una forte possibilità di contenimento della spesa per il welfare evitando molti ricoveri inadeguati. Le tipologie di informazioni raccolte dal Fascicolo Sanitario Elettronico e rese disponibili al medico e al paziente riguardano i seguenti ambiti: ricovero ospedaliero; specialistica ambulatoriale; prestazioni farmaceutiche; assistenza residenziale; assistenza domiciliare; accessi al Pronto Soccorso. Il Fse è il punto di aggregazione delle informazioni e dei documenti clinici generati dai vari attori del Sistema Sanitario e fornisce, quindi, una visione globale e unificata dello stato di salute del singolo cittadino. (Figura n. 6)

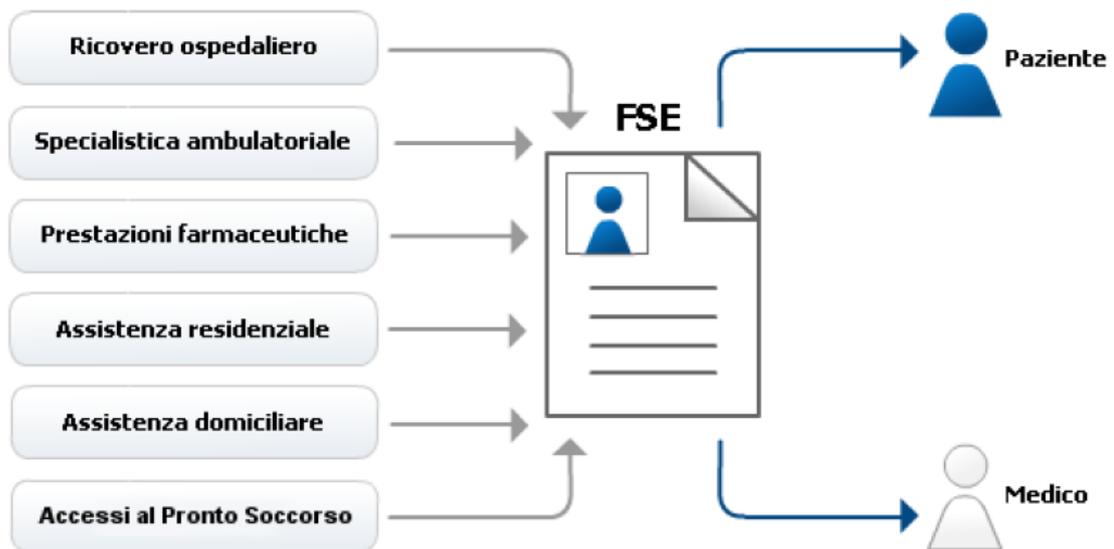


Figura n. 6- Principali tipologie di informazioni che il FSE raccoglie e rende disponibili al medico e al paziente

6 Cartella Infermieristica

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica (DM 739/1994) realizzata attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa. Le principali competenze e attività dell'infermiere riguardano dunque l'assistenza ai malati e ai disabili di tutte le età, la prevenzione delle malattie e l'educazione sanitaria. L'infermiere, pertanto, svolge con autonomia professionale le attività dirette alla prevenzione, alla cura e alla salvaguardia della salute individuale e collettiva. L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, in stretta collaborazione ed interazione con la Persona e la Famiglia, al fine di individuarne le potenzialità residue di collaborazione all'evento assistenziale. Uno degli strumenti cardini per l'identificazione dei bisogni è il professo semeiotico che comprende anche l'anamnesi. L'infermiere effettua un'accurata analisi dei dati raccolti formula, per ogni attività di vita\categoria di bisogni, le diagnosi infermieristiche e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico. Decreto Presidente della Repubblica 28 novembre 1990 n. 384 dispone l'adozione della "cartella infermieristica", di specifica competenza infermieristica che diventa parte integrante della documentazione relativa al paziente. (Figura n. 7)

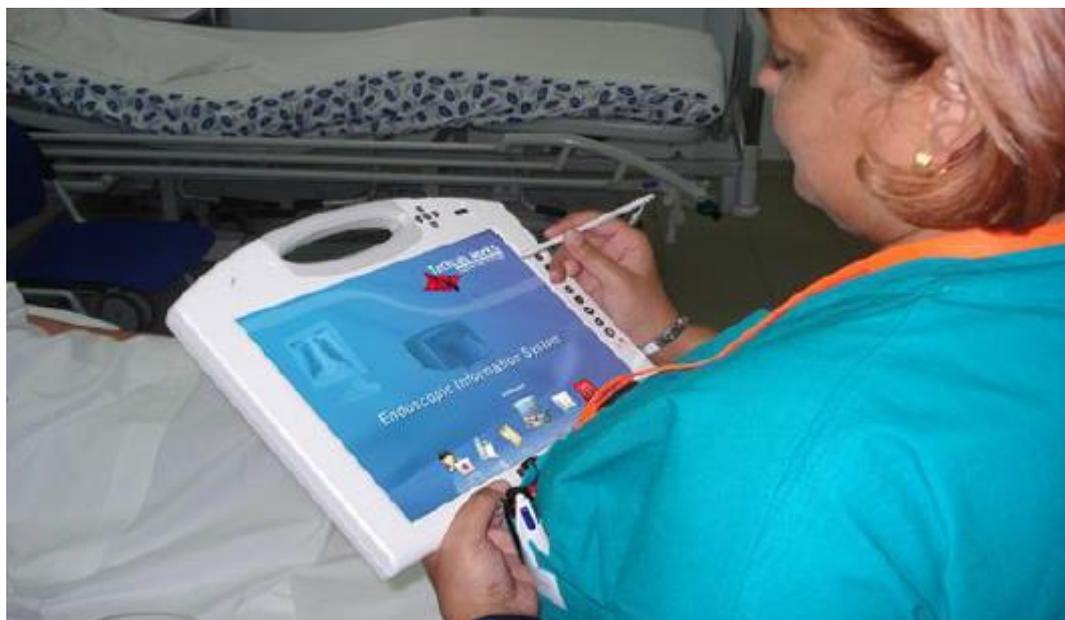


Figura n. 7 Cartella Infermieristica

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

7 Partogramma

Con il nome di partografia si intende denominare un metodo per seguire il travaglio di parto segnando su un grafico predefinito, i principali fenomeni che consentono di valutare il progredire del travaglio di parto in funzione del tempo trascorso. Il primo ginecologo ad usare lo strumento per registrare il lavoro fu Fridman, seguendo il suo studio sulla dilatazione cervicale di 100 primigravide africane a termine, questo strumento prese il nome di cervicografo. Il partogramma, strumento documentale che consente la continuità delle osservazioni e la visualizzazione rapida ed oggettiva del procedere fisiologico del travaglio di parto, viene compilato dai professionisti dedicati, ostetriche e ginecologi una volta posta la diagnosi di travaglio attivo. Per una facile ed immediata comprensione del grafico è necessario che esso riporti solo i dati essenziali diventando, così, la sintesi delle condizioni materne, condizioni fetali, progressione e trattamento. Lo completano altri dati essenziali per una corretta gestione del travaglio, come il battito cardiaco fetale, la pressione arteriosa, la frequenza cardiaca e la temperatura corporea materna, il colore del liquido amniotico etc.. E' consigliabile adottare lo stesso partogramma, ma di colore diverso, per le travaglianti nullipare, pluripare e per le precesarizzate . (Figura n. 8)

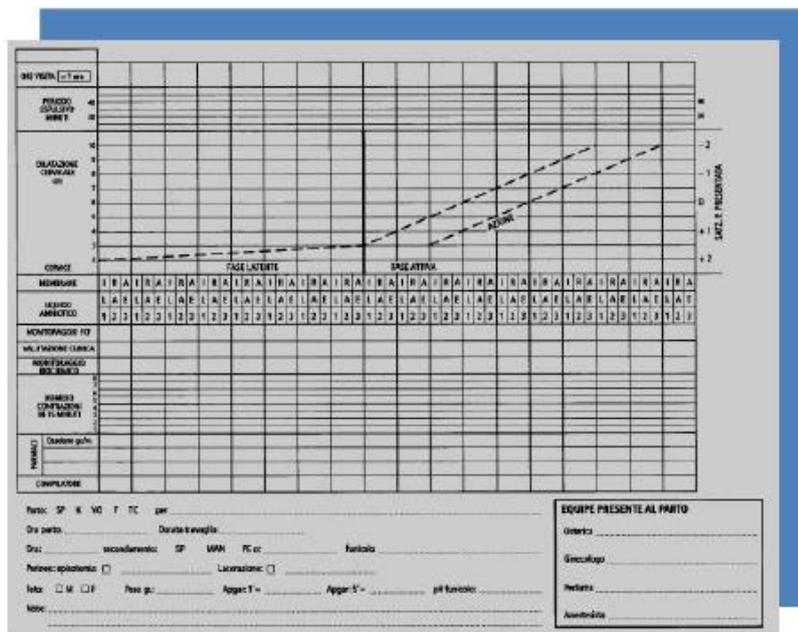


Figura n. 8 Partografia

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Alcune Unità Operative adottano il partogramma elettronico che archivia i dati del travaglio consentendone l'inserimento in un database dei parti. Partogramma Elettronico (ePartograph) Il Partogramma Elettronico è un'applicazione per l'assistenza al travaglio di parto, in formato .xls (Microsoft Excel), disponibile sul sito Internet www.epartograph.eu. La versione inglese si chiama ePartograph. Nel rispetto del Diritto d'Autore l'applicazione è disponibile per tutti i medici e le ostetriche. Per utilizzare il Partogramma Elettronico è necessaria una versione aggiornata e registrata di Microsoft Excel. Il livello di protezione delle macro deve essere impostato a "basso" (Strumenti, Macro, Protezione, Livello di protezione, basso). Il Partogramma Elettronico non funziona con i sistemi operativi Mac. Il Partogramma Elettronico registra i dati del travaglio e costruisce un grafico con una linea di attenzione e di azione ispirandosi ai criteri di Philpott e Castle e del Partogramma dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Il Partogramma Elettronico annota i dati del periodo espulsivo e del parto. Alla fine del travaglio si stampa un resoconto da inserire nella cartella della paziente. Per una adeguata gestione delle situazioni di rischio durante il travaglio di parto risulta fondamentale che tutti i professionisti dedicati intraprendano un addestramento multidisciplinare nella compilazione del partogramma e che si sottopongano a regolari verifiche ed esercitazioni.

8 Certificato di assistenza al parto

Il Certificato di assistenza al parto (CeDAP), istituito con Decreto del Ministero della Sanità 16 luglio 2001, n. 349, fornisce informazioni di carattere sanitario, epidemiologico e socio-demografico.

La progettazione dei flussi informativi è finalizzata a regolare gli interscambi tra le componenti del sistema sociosanitario per la condivisione di tutti i dati disponibili. Rientra in tale ambito il flusso informativo relativo alla nascita ottenuto tramite i certificati di assistenza al parto (CeDAP) e realizzato con nuove modalità di gestione che prevedono l'invio dei dati per via telematica.

L'ostetrica-o, cui competono responsabilità in una serie di scritture che vanno dal certificato di assistenza al parto, la dichiarazione di nascita, la compilazione del registro parti, fino alla registrazione delle procedure per l'abbandono del neonato, ha una specifica competenza nella gestione del flusso informativo CeDAP. Il certificato viene redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'ostetrica/o o del medico che ha assistito il parto o del medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita. I certificati compilati affluiscono ai competenti Uffici regionali, i quali trasmettono i dati, semestralmente, al Ministero della Salute; quest'ultimo trasmette a sua volta, annualmente, all'Istituto nazionale di statistica (ISTAT), copia dell'archivio nazionale, priva di elementi identificativi diretti. (Figura n. 9)

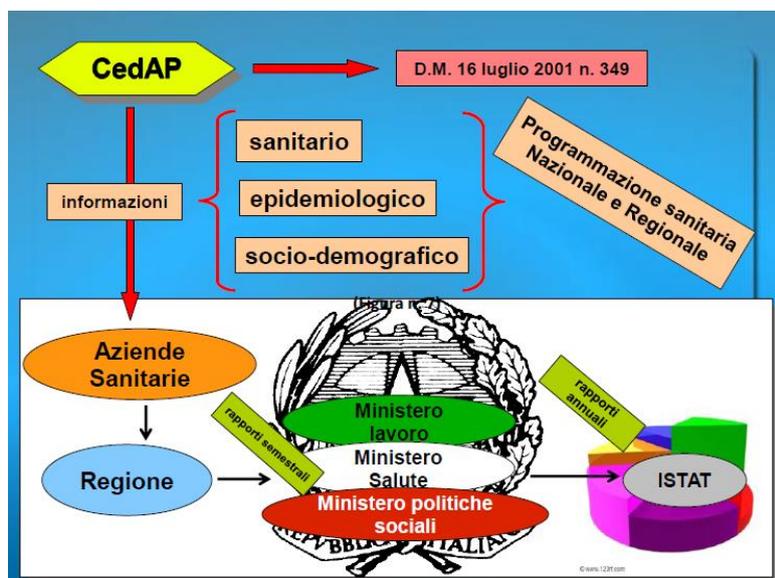


Figura n. 9 Percorso Certificato di assistenza al parto (CeDAP)

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

La modalità cartacea di compilazione è, attualmente, in via di sostituzione con la modalità informatica, che permette una più rapida raccolta, trasmissione, analisi ed archiviazione dei dati. (Figura n. 10 nelle sue quattro sezioni)

INTERFACCIA GRAFIA DEL CEDAP INFORMATIZZATO SEZIONE A

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE DELLA MADRE Donna che non vuole essere assistita

Cognome Nome Codice fiscale

Data di nascita Indirizzo Comune di nascita

Residenza Azienda USL di residenza

CONDIZIONE SOCIO ECONOMICA

Titolo di studio Corso professionale

Professione professionale Stato attività

Ha lavorato in gravidanza Numero settimane di lavoro

STATO CIVILE

Stato civile

Se coniugata data del matrimonio Mese Anno

Se non coniugata condizione familiare

STORIA RIPRODUTTIVA severità, recidivanti

n° parti paratiolate n° aborti sp. precedenti

n° nati vivi n° IVG

n° di cui non soddisfacenti n° cesarei precedenti

n° nati morti data ultimo parto

➔

CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

Indicare se attualmente il padre è vivo, deceduto o sconosciuto

Riconoscimento del nato da parte del padre

Cognome Nome Codice fiscale

Data di nascita Città/Località

Comune di nascita Comune di residenza

Titolo di studio

Condizione professionale Professione professionale Stato di attività

Conoscibilità del padre e parte grado

ESPOSIZIONE AI FATTORI DI RISCHIO

Alcolici al fumo n° sigarette al giorno

⬅ ➔

SEZIONE B

Viola di nascita Primo visita a settimana

ECOGRAFIE

N° ecografie di cui:

Quarto trimestre

Patologia fetale

Patologia fetale

Malformazione fetale

Defetto di accrescimento fetale

Procreazione assistita Metodo di procreazione medico assistita

età gestazionale (settimane compiute)

INDAGINI PRENATALI

Amniocentesi

Vili coriali

Fetocopia/funzionamento

Ecografia > 22 settimane

DECORSO DELLA GRAVIDANZA

Decorso gravidanza

se patologia specificare il tipo di condizione morbosa inserita durante la gravidanza

Miopia obetta Infiammi tratto gastro-intestinale

Minacce di parto prematuro Diabete

Malattie infettive Ostrici

Altro specificare

ESPOSIZIONE A FATTORI DI RISCHIO

Alcolici al fumo N° sigarette al giorno Ultimo trimestre durante il quale ha fumato

⬅ ➔

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

SEZIONE C

INFORMAZIONI SUL PARTO

Lungo del parto: Modalità del travaglio: se indotto: tipo di induzione:

Presentazione del neonato: Modalità del parto: Data parto: Ora del parto:

Ordine del parto: se pluri: N° maschi:
 N° femmine:
 Totale:

COMPLICANZE MATERNE

Complicanze materne legate al parto che hanno comportato:

Intensificazione in reparti intensivi:
 il diavolo:
 profusione PUI:

PERSONALE PRESENTE AL PARTO

Ostetrico: Anestestesista:
 Ostetrico-Ginecologo: Altro personale:
 Pediatrico/Neonatalogo:
 Presenza in sala parto:

← →

NEONATO

Cognome: Nome: Sesso: Tipo genitali esterni:

N° ordine del parto: Numero Bracciale:

Peso (gr): Lunghezza (cm): Circonferenza toracica (cm): Visibilità:

Appar dopo 5 minuti dalla nascita:

Necessità di rianimazione: tipo di rianimazione:

Necessità di ricovero del nato in reparti di cura intensive neonatali:

Decesso immediatamente dopo il parto: Presenza di malformazioni:

Per accedere le schede dei gemelli usare le frecce

← →

←

SEZIONE D

INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITA'

CAUSE DI NATI-MORTALITA' (utilizzare codici ICD 9 CM)

MALATTIE FETO **MALATTIE MADRE**

malattia o condizione morbosa principale del feto: malattia o condizione morbosa principale della madre interessante il feto:
 altra malattia o condizione morbosa del feto: altra malattia o condizione morbosa della madre interessante il feto:

altra circostanza rilevante:

ALTRE INFORMAZIONI

momento morte: esecuzione di esami strumentali in caso di malformazioni:
 esecuzione fotografica in caso di malformazioni: ricentro anatomico:

CHIUDI

SEZIONE E

INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI

MALFORMAZIONI DIAGNOSTICATE (utilizzare i codici ICD 9 CM)

diagnosi 1: carattere del nato:
 diagnosi 2:
 diagnosi 3:

età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane complete): età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni completi):

EVENTUALI MALFORMAZIONI IN FAMIGLIA

gemelli: fratelli: genitori padre:
 madre: altri parenti madre:
 padre: altri parenti padre:
 genitori madre:

MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA (utilizzare i codici ICD 9 CM)

malattia 1:
 malattia 2:

CHIUDI

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

9 Conclusioni

Analizzando le diverse procedure di competenza infermieristica, infermieristica pediatrica ed ostetrica cui è possibile si evidenzia quanto sia importante acquisire specifiche competenze per promuovere un reale sviluppo digitale del settore sanità. Bisogna però riconoscere che si fatica ancora a trovare progetti e casi di studio obbiettivi dove l'integrazione informatica-sanità sia arrivata ad essere il punto base di alcune strutture. Recentemente Presidente dell'Autorità Garante sulla Privacy ha lanciato l'allarme sostenendo che l'Italia si trova in "...preoccupante ritardo per quanto riguarda la sanità elettronica." e vista l'autorevolezza dell'opinione questo è un monito che non può non essere ascoltato. Va anche evidenziato però l'adozione dell'e-health è lasciata alla sperimentazione delle Regioni e alcune, come la Lombardia e l'Emilia Romagna, hanno adottato sistemi avanzati, ma diversi fra loro e dunque difficilmente integrabili, mentre il "Ministero della Salute" non ha ancora dato delle linee guida e si sta sperimentando il Fascicolo Sanitario Elettronico. Tutto questo in Italia mentre in Europa si discute molto sull'agenda digitale e la sanità elettronica è al primo posto: è vista come un enorme servizio per il cittadino. Le competenze "avanzate" dei professionisti sanitari in AdS potrebbe essere determinate nel promuovere ed implementare le procedure per una sanità digitale.

“Le radici, il tronco ed i rami rappresentano la formazione di base, le foglie, invece, sono l'espressione della formazione post - base del Professionista” (P. Binetti)

Bibliografia

- ARBARELLO P., FEOLA T., “Medicina legale per le professioni sanitarie. Diritto. Deontologia. Legislazione sociale”, Minerva Medica, 2010.
- BELLI V., VETERE C., “Personale Sanitario non medico nella legislazione vigente”, C.G. Edizioni Medico Scientifiche.
- DI PAOLO ANNA MARIA, “La Professione ostetrica. Formazione, processi assistenziali, attività di ricerca”, Editeam, 2009.
- GUANA M., VICARIO M. et al., “La disciplina ostetrica, teoria pratica e organizzazione della professione”, McGraw Hill, Milano 2011.
- SPINA ELENA, “Ostetriche e midwives, spazi di autonomia e identità corporativa”, Franco Angeli, 2009.
- RODRIGUEZ D. “Professione ostetrica/o” Aspetti di Medicina Legale e Responsabilità, Elda Edizioni, 2010.

Sitografia

- WWW.FNCO.IT
- WWW.IPSVI.IT
- WWW.AOSP.BO.IT
- WWW.NURSESAREA.IT
- WWW.LIBERTAMEDICA.IT
- WWW.HANDYLEX.ORG
- WWW.FEDERALISMI.IT
- WWW.CAMERA.IT
- WWW.MINISTROSALUTE.IT
- WWW.MIUR.IT

Attenzione! Questo materiale didattico è per uso personale dello studente ed è coperto da copyright. Ne è severamente vietata la riproduzione o il riutilizzo anche parziale, ai sensi e per gli effetti della legge sul diritto d'autore (L. 22.04.1941/n. 633)

Riferimenti Legislativi

- Legge n.42 del 26/02/1999, “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”
- Codice Deontologico FNCO 19/06/2010
- Codice Deontologico IPASVI 17/1/2009
- Legge 10/08/2000, n. 251, “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”
- Legge 1° febbraio 2006, n. 43, "Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali"
- Decreto 3/11/1999 n.509, “Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei”
- Decreto Del Ministero Dell'istruzione Dell'università E Della Ricerca 22 Ottobre 2004, N. 270, “Modifiche al regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei, approvato con decreto del Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica 3 novembre 1999, n. 509”