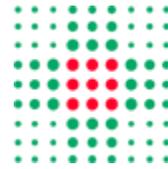




**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PARMA**



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA**
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Aree funzionali gestite dalle ostetriche nelle linee di indirizzo del CPNn



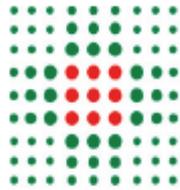
*Nascita della Vergine,
Giovanni Da Milano,
1365*

Tiziana Frusca

Direttore Clinica Ostetrica e Ginecologica AOU Parma



Percorsi assistenziali per la gravidanza a basso rischio ostetrico



► **Obiettivo:** offrire un alto standard di cure che garantisca qualità e sicurezza, continuità assistenziale in gravidanza parto e puerperio, possibilità di scelta da parte della donna per la **tutela della maternità e l'appropriatezza del percorso nascita**

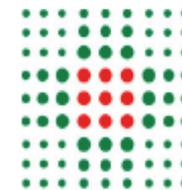
→ In quest'ottica si propone la gestione in autonomia delle gravidanze a basso rischio da parte delle ostetriche,

promossa da:

- **DRG 533/2008;**
- **Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010;**
- Linee guida Gravidanza Fisiologica, ISS 2011;
- Care in Normal Birth: a practical guide, OMS 1996;
- Midwifery2020, NHS 2010;
- Antenatal Care for uncomplicated pregnancies, NICE 2014;
- World's Midwifery, UNFPA 2014.



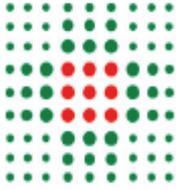
Gravidanza a basso rischio ostetrico



- ▶ **L'ostetrica** è la figura professionale più esperta ed adeguata per seguire la gravidanza fisiologica in tutte le sue fasi, in autonomia, capace di rivalutare costantemente il sopraggiungere di fattori di rischio e di condizioni patologiche, nonché di far fronte alle principali emergenze ostetriche (*OMS 1996*).
- ▶ **Il 70-80% di tutte le gravidanze può essere considerato a basso rischio all'inizio del travaglio** (*OMS 1996*).
- ▶ L'assistenza della gravidanza dovrebbe essere svolta al **livello più periferico possibile e dalla persona con la minima formazione necessaria** per uno standard di cura appropriato, sicuro ed efficace (*FIGO 1992*).
- ▶ **Il coinvolgimento routinario dei medici specialisti in Ostetricia non migliora l'outcome perinatale** (*NICE 2014*).



Midwife-led care

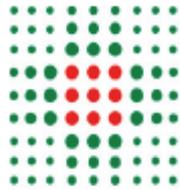


- ▶ Le gravidanze a basso rischio seguite dalle ostetriche sono **meno esposte al rischio di ricovero in epoca prenatale e di interventi ostetrici durante il parto** (episiotomia, ventosa, forcipe, taglio cesareo),
- ▶ Sono associate ad un **aumento dei parti vaginali e ad un miglior outcome materno**,
- ▶ Maggiore **soddisfazione** delle donne,
- ▶ **Riduzione del rapporto costi-efficacia**,
- ▶ Senza differenze riguardo all'**outcome neonatale**,
- ▶ In un contesto di **“umanizzazione” della nascita**.

(Midwifery 2020 Programme, NHS 2010; Alliman et al. Review, 2016; Long et al. Review, 2016; Sandall et al. Cochrane review, 2016)



Midwife-led Birth Units:



→ Luoghi sicuri per la nascita in condizioni di basso rischio ostetrico

→ Rispetto alle *Obstetrician-led Birth Units*:

▶ Outcome materno equivalente o migliore

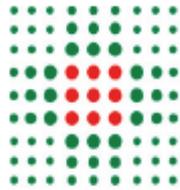
- riduzione tagli cesarei e riduzione parti operativi con ventosa o forcipe → aumento parti vaginali
- riduzione episiotomia, aumento perineo integro
- riduzione uso di ossitocina per augmentation
- riduzione uso analgesia farmacologica
- maggior soddisfazione delle donne, self-confidence, empowerment
- maggior durata del travaglio (*unico dato non migliorativo*)

▶ Outcome neonatale equivalente

(Alliman et al. 2016; Long et al. 2016)



Trasferimenti da Midwife-led Birth Units a Obstetrician-led Birth Units:



I dati in letteratura variano **dal 6 al 55%**.

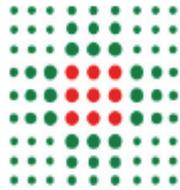
- ▶ **Antepartum** (13-27%): multipare ++ (5:1)
- ▶ **Intrapartum** (12-17%): nullipare ++ (5:1), non emergenza ++
 - mancato impegno PP
 - PROM > 24h in assenza di travaglio
 - arresto della dilatazione, travaglio prolungato
 - FCF non rassicurante (emergenza)
- ▶ **Postpartum** (0,5-5%):
 - EPP
 - mancato secondamento

(Alliman et al. 2016; Long et al. 2016)

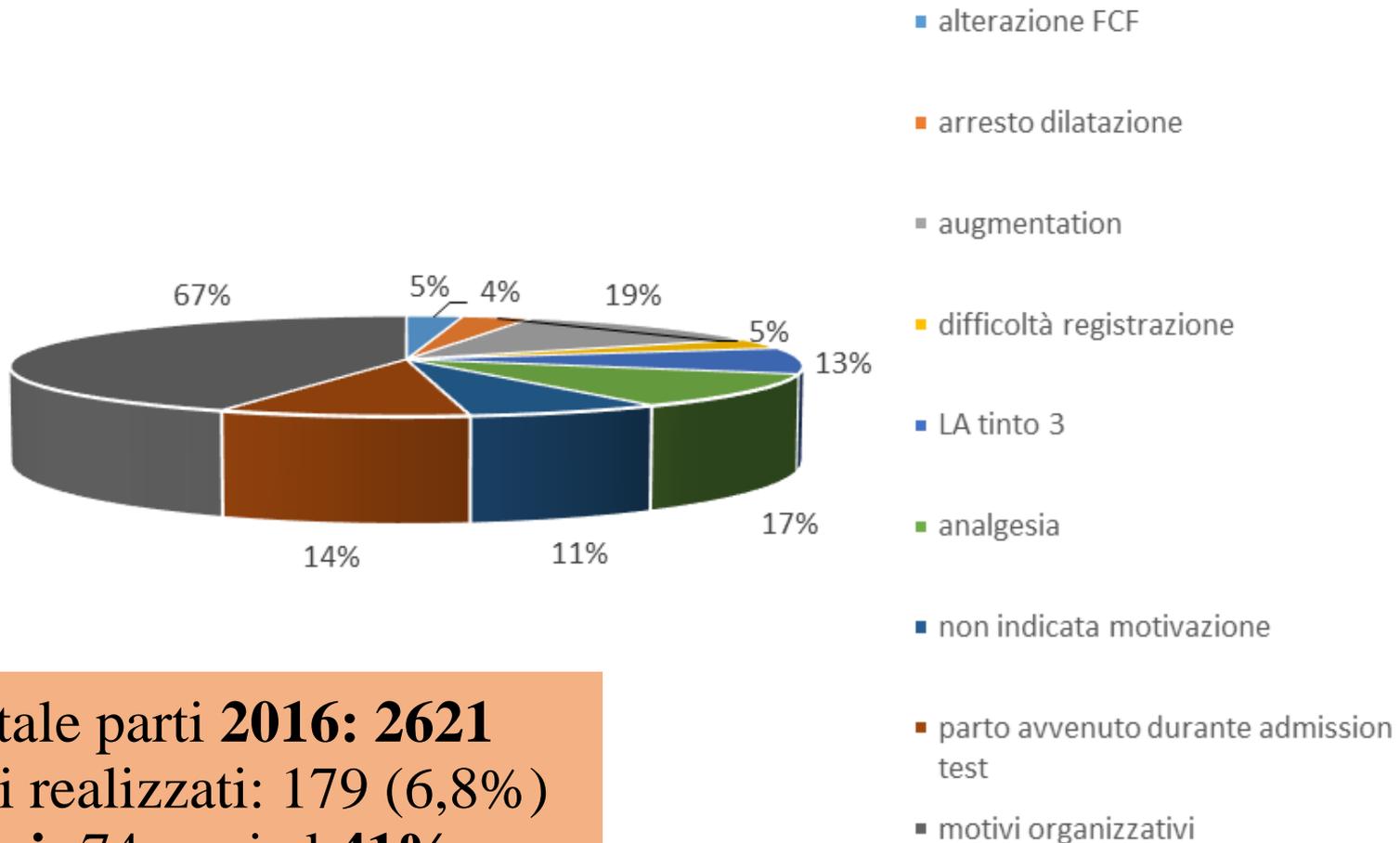
→ Dai dati italiani sulle Aree Funzionali BRO, **i trasferimenti sono circa il 20%** degli ingressi.



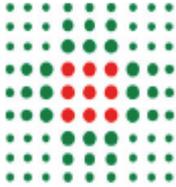
Gestione Autonoma BRO presso PN Ospedale Maggiore Parma



MOTIVI DI CONVERSIONE DEI TRAVAGLI A BASSO RISCHIO



Numero totale parti **2016: 2621**
Bassi rischi realizzati: 179 (6,8%)
Conversioni: 74 pari al 41%



Midwife-led Birth Units:

▶ Free-standing Units:

Centri nascita esterni ai presidi sanitari.

▶ Along-side Units:

Centri nascita collocati negli stessi edifici delle U.O. Ostetricia o adiacenti e direttamente collegati ad essi.

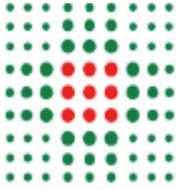
→ Di queste ultime fanno parte anche le **Aree Funzionali BRO**

▶ Gestione Autonoma BRO: da parte delle ostetriche

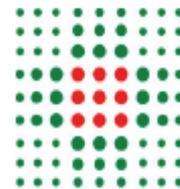
Modalità assistenziali condivise tra medici ed ostetriche all'interno delle U.O. stesse.



Aree Funzionali BRO:



- ▶ **Aree Funzionali BRO collocate all'interno di presidi ospedaliери dotati di PN e U.O. di Neonatologia per garantire rapido trasferimento della madre o del neonato in situazioni di urgenza/emergenza.**
- ▶ **Percorsi assistenziali territorio-ospedale integrati, con adeguato raccordo tra la gestione territoriale della gravidanza e la presa in carico ostetrica ospedaliera.**



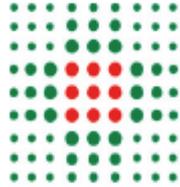
Aree Funzionali BRO:

- ▶ **Protocolli e check list condivisi** da tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza materno-neonatale, finalizzati all'inquadramento della gravidanza ed alla stratificazione del rischio ostetrico. Tali strumenti sono gestiti autonomamente dalle ostetriche e hanno lo scopo di selezionare le donne che possono accedere alle Aree Funzionali BRO o che comunque possono essere gestite in maniera autonoma da parte delle ostetriche.

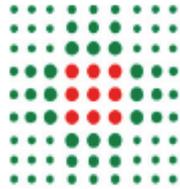
- ▶ **Rivalutazione del rischio** dinamica e ripetuta nel tempo. Al momento dell'accettazione della donna in travaglio, questa viene effettuata:
 - in maniera congiunta **da parte del medico e dell'ostetrica nel caso di Gestione Autonoma BRO all'interno del PN** stesso;
 - **da parte dell'ostetrica autonomamente nel caso delle Aree Funzionali BRO**, sulla base di check list e protocolli condivisi.→ In entrambi i casi, durante tutto il travaglio, rivalutazione continua del rischio da parte dell'ostetrica.



Aree Funzionali BRO:



- ▶ **Protocolli per screening neonatali**, secondo quanto previsto dai LEA, e per **problematiche cliniche e aspetti formativi**.
- ▶ **Esperienza e competenza dell'ostetrica** nel campo proprio di attività e responsabilità: livello di esperienza delle ostetriche del team BRO definito in base ai **volumi di attività svolta** (minimo 50 parti secondo il modello one-to-one). Indispensabile promuovere l'**affiancamento** ad ostetriche con maggiore anzianità al fine di implementare l'autonomia del personale nelle Aree BRO.
- ▶ **Piani formativi e di revisione dell'attività svolta nelle Aree BRO**, predisposti dall'Azienda Ospedaliera.
- ▶ **Aggiornamento interdisciplinare** del personale ostetrico e medico, anche riguardo alla gestione di condizioni di urgenza/emergenza, in quest'ultimo caso sotto la supervisione specifica di neonatologi.



Aree Funzionali BRO:

- ▶ **Indicatori di processo, prodotto ed esito** per la valutazione di procedure e protocolli di assistenza materna e neonatale, definiti a livello regionale, per monitorare l'impatto dei nuovi modelli organizzativi.
- ▶ **Audit clinici** multidisciplinari a cadenza almeno annuale, che coinvolgano le ostetriche delle Aree Funzionali BRO o di Gestione Autonoma BRO e tutti i professionisti interessati delle UU.OO. di Ostetricia e Neonatologia, per la **rilevazione di scostamenti dagli standard di assistenza**, per l'**attuazione di opportuni miglioramenti**, nonché per il **monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte**.
→ Dare priorità al tema dell'affidamento della gravidanza a basso rischio alle ostetriche e della valutazione dell'outcome materno e neonatale.
- ▶ **Periodica rivalutazione delle classificazioni di rischio**, individuazione delle motivazioni per mancato affidamento dei bassi rischi alle ostetriche o per cambio di gestione da ostetrica a medica.