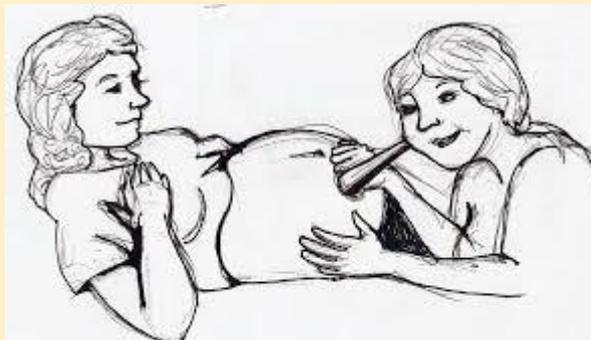


# L'APPROPRIATA ASSISTENZA NEL PERCORSO NASCITA

---



DALLA CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO ALLA  
INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI NEL  
PERCORSO NASCITA

5, 26 ottobre e 9 novembre 2016



## Direttiva Regionale n.1377 (30 settembre 2013)

- ❑ **Determinazione n. 2132 del 27 febbraio 2012: Costituzione Gruppo di Lavoro della Commissione Consultiva tecnico-scientifica sul percorso Nascita. Gruppo di Lavoro «Continuità delle cure»**
- ❑ Obiettivo DGR 533/08
- ❑ SNLG-ISS, 2011 «Gravidanza fisiologica»
- ❑ DGR 1097/2011 «DSA 2 Gravidanza Fisiologica»
- ❑ Accordo Stato-Regioni 1010 (Integrazione Osp-Terr-Presa in carico- Continuità assistenziale- Umanizzazione della Nascita)
- ❑ **DGR 1704/19 novembre 2012 «Recepimento della LG – Gravidanza fisiologica del SNLG ed indicazioni per l'accesso alle prestazioni di tutela della maternità in RER»**

# il concetto di sostenibilità

---

- non può essere ricondotto a una questione squisitamente finanziaria
- un'aumentata disponibilità di risorse non permette comunque di risolvere alcune criticità



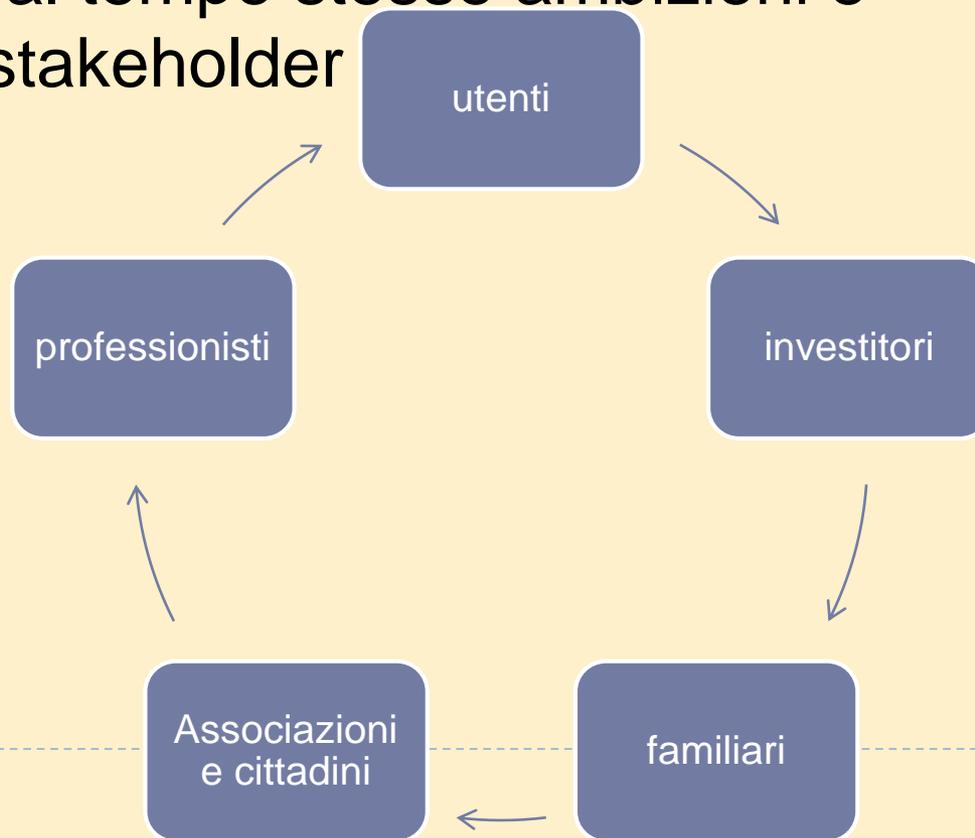
- 
- gli effetti avversi dell'eccesso di medicalizzazione, in particolare *overdiagnosis* e *overtreatment*;
  - le diseguaglianze conseguenti al sotto-utilizzo di servizi



# Mission

---

nuove modalità di allocazione delle risorse, nuove modalità organizzative, nuove competenze professionali al fine di riorientare la programmazione sanitaria, riallineando al tempo stesso ambizioni e prospettive di tutti gli stakeholder

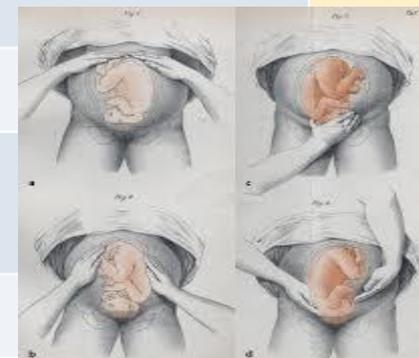


## Ambulatorio Gravidanza a Termine «G.A.T.»

Preso in carico	STANDARD
Età gestazionale	Non superiore a 38° w
Professionista responsabile	OSTETRICA
Contenuti colloquio	<ul style="list-style-type: none"><li>• Raccolta e valutazione documentazione gravidanza</li><li>• Verificare esecuzione screening HBV, HIV, Toxo, Lue, SBE</li><li>• Pressione arteriosa – S.F.- Peso</li><li>• Compilazione cartella del ricovero</li></ul>
Valutazione psico-sociale	<ul style="list-style-type: none"><li>• Valutazione benessere psichico</li><li>• Valutazione socio-demografica del rischio sociale ( ambiente fisico, contesto sociale, rete sostegno, barriere linguistico-culturali)</li></ul>
Informazioni	<ul style="list-style-type: none"><li>• Piano della nascita</li><li>• Assistenza oltre le 41 w</li><li>• Colloqui TC – SCO- Screening neonatali</li><li>• Piano allattamento</li><li>• Denuncia nascita – degenza- scelta pediatra</li><li>• Piano di supporto post-dimissione</li></ul>

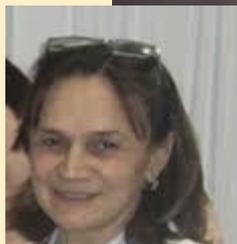
# Direttiva Regionale n.1377 «G.A.T.»

Presa in carico	STANDARD
Esami (*)	Regime di pre-ricovero
ACCERTAMENTI	OSTETRICA
Rilevazione BCF	• NO CTG
Presentazione fetale	• Leopold, ECO office se necessario
Conteggio quotidiano dei Movimenti fetali	• NO
Velocimetria doppler	• NO fino a 41 w
Valutazione F.M.	• NO fino a 41 w
Scollamento delle membrane	• Offerto dalla 38° alla 41 °
Pressione arteriosa – S.F.- Peso	



# GRUPPO di lavoro 2013-2014

- Discussione, Confronto e Condivisione della Check-list



F. Battista  
M. Copelli  
F. Peveri  
S. Neri  
R. Cassi  
R. Lombardini  
D. Viviani  
S. Fieni  
T. Frusca

A. Nigro  
E. Romano

## Sinfisi di fondo

In linea generale, l'altezza uterina dovrebbe essere di 1 cm per ogni settimana di gestazione del bambino, con uno scarto di 3 cm. Per esempio, per una donna incinta da 20 settimane, l'altezza uterina dovrebbe essere di circa 17-23 cm.



BMI pregravidico (kg/m <sup>2</sup> )	Aumento di peso totale (range in kg)	Aumento di peso medio in kg/ settimana nel II e III trimestre (intervallo)
<18.5	12.5-18	0.51 (0.44-0.58)
18.5- 24.9	11.5-16	0.42 (0.35-0.50)
25-29.9	7-11.5	0.28 (0.23-0.33)
≥ 30.0	5-9	0.22 (0.17-0.27)

## bmi

Il BMI si calcola dividendo il proprio peso per il quadrato della propria statura (es. Una donna del peso di 65 chili e alta 1 metro e 70 centimetri avrà un BMI sarà pari a : 22,49 ricavato da

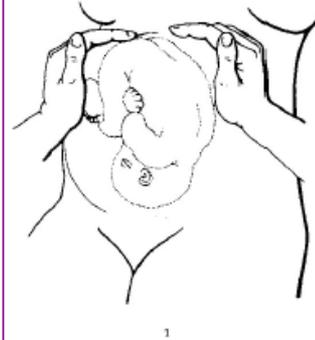
$65 / (1,70 \times 1,70)$ , ovvero sarà normopeso).

PESO (kg)	45.3	47.6	49.8	52.1	54.4	56.7	58.9	61.2	63.5	65.7	68.0	70.3	72.5	74.8	77.1	79.3	81.6	83.9	86.1	88.4	90.7	92.9	95.2	97.5	99.7	102.0	104.3	106.5	108.8	111.3	113.4	
ALTEZZA (cm)	INDICE DI MASSA CORPOREA (BMI)																															
152	20	21	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	
154	19	20	21	22	23	24	25	26	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	43	44	45	46	47	
157	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	
160	18	19	19	20	21	22	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	33	34	35	35	36	37	38	39	40	41	42	43	43	44	
162	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	33	33	34	35	36	37	38	39	39	40	41	42	43		
165	17	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	32	32	33	34	35	36	37	38	39	39	40	41	42	43	
167	16	17	18	19	20	21	22	23	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	31	32	33	34	35	36	36	37	38	39	40	41	42	
170	16	16	17	18	19	20	20	21	22	23	23	24	25	26	27	27	28	29	30	31	31	32	33	34	34	35	36	37	38	38	39	
172	15	16	17	17	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	33	33	34	35	36	36	37	38	
175	15	16	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	30	30	31	32	32	33	34	35	35	36	37	
177	14	15	16	17	17	18	19	20	21	22	22	23	24	24	25	26	27	27	28	29	29	30	31	32	32	33	34	34	35	36		
180	14	15	15	16	17	17	18	19	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	29	29	30	31	31	32	33	33	34	35		
182	14	14	15	16	16	17	18	18	19	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	31	31	32	33	33	34		
185	13	14	15	15	16	16	17	18	18	19	20	20	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	32	32	33	
187	13	13	14	15	15	16	17	17	18	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	28	28	29	30	30	31	31	32		
190	12	13	14	14	15	16	16	17	17	18	19	20	21	21	22	22	23	24	24	25	26	26	27	27	28	29	29	30	31	31		
193	12	13	13	14	15	15	16	16	17	18	18	19	20	21	21	22	23	23	24	24	25	26	26	27	27	28	29	29	30	30		

## Valutazione addominale

## Le manovre di Leopold

Livello fondo -  
dimensioni



1

Situazione -  
posizione  
dorso



2

Parte  
presentata -  
impegno



3

Grado di  
discesa



4

Lo scollamento delle membrane durante la visita ostetrica, ottenuto con l'inserzione digitale 2-3 cm oltre l'orifizio uterino interno ed eseguita ruotando circolarmente il dito due volte, determina un rilascio di prostaglandine endogene, favorisce il rammollimento della cervice e aumenta l'attività contrattile uterina. Dopo scollamento delle membrane, la concentrazione plasmatica delle prostaglandine è pari a 10% di quella che si raggiunge in travaglio.

**lo scollamento delle membrane per ridurre gli interventi farmacologici di induzione.**



# Check list «Sistema binario» ( W.H.O.)

GRAVIDANZA ATTUALE		
Età < 16	SI	NO
Donne con crisi epilettiche o in trp con anticonvulsivanti	SI	NO
Farmaci nell'attuale gravidanza	SI	NO
Perdite ematiche vaginali del II o III trimestre	SI	NO
Gravidanza multipla Bi-BI attuale	SI	NO
Cerchiaggio	SI	NO
Gravidanza ottenuta con tecniche di PMA	SI	NO

<input type="checkbox"/> <b>A.B.O.</b> Data..... firma	<b>A.B.O.M</b> Data..... <input type="checkbox"/> <b>firma</b>	<input type="checkbox"/> <b>A.G.I.</b> Data..... firma	<b>A.G.I.M.</b> Data..... firma
--	--	--	---------------------------------------

Nell'assistenza alla nascita qualsiasi intervento ostetrico deve essere attuato solo in presenza di precisi indicatori clinici basati sulle evidenze e se e' dimostrato che i benefici ne superano i rischi (OMS 1996)

## Ambulatorio «Gravidanza a termine»

---

Anche nel setting ospedaliero si è condiviso «Leitmotiv» della «categorizzazione quaternaria» dei Livelli di Assistenza sulla base del Bisogno rilevato con una **re-interpretazione** basata sull'identificazione del rischio ipossico per il neonato e sui rischi per la salute psicofisica materna in prossimità del parto : **gli obiettivi assistenziali sono diversi**

# Livelli di Assistenza sulla base del BISOGNO RILEVATO

...dal sistema binario al sistema quaternario

<b>A.B.O.</b>	<b>A.B.O.M</b>	<b>A.G.I.</b>	<b>A.G.I.M.</b>
Data..... firma	Data..... firma	Data..... Firma	Data..... Firma
La condizione di assenza di fattori di rischio clinico identifica le gravidanze e cui fornire : <b>ASSISTENZA DI BASE OSTETRICA</b>	Condizioni in cui è presente un fattore di rischio contenuto o di cui si prevede la risoluzione, per le quali è possibile elaborare protocolli di equipe che consentono di mantenere la conduzione clinica dell'ostetrica <b>ASSISTENZA DI BASE MODIFICATA</b>	Il fattore di rischio non è modificabile o consiglia di integrare l'assistenza di base con monitoraggi più frequenti o approfonditi la conduzione clinica sarà affidata al ginecologo, mantenendo però il contributo dell'ostetrica su obiettivi di sua competenza <b>ASSISTENZA GINECOLOGICA INTEGRATIVA</b>	Se i fattori di rischio sono complessi e richiedono valutazioni multidimensionali interservizi o multidisciplinari, saranno formulati piani personalizzati, il raccordo dei quali e le decisioni cliniche che comportano sono condotti dal medico <b>ASSISTENZA GINECOLOGICA INTEGRATIVA MODIFICATA</b>

In gravidanza

---

□ AMB. GRAV. A TERMINE.pdf



# Metodo

Per l'implementazione dell'Ambulatorio Gravidanza a termine, è necessario:



- ❑ Il Calcolo dei carichi di lavoro per l'ABO o ABOM
- ❑ Disponibilità di spazi ambulatoriali e orari dedicati
- ❑ Costruzione delle agende con tempo lavoro appropriato per ogni presa in carico
- ❑ La Stesura conseguente di un Calendario settimanale
- ❑ La condivisione dei profili di Assistenza con tutti i professionisti
- ❑ Stesura di appropriati Protocolli condivisi

# Metodo



- **Trasferimento delle informazioni e modalità di prenotazione**
  - Auspicabile per il percorso istituzionale:  
**L' ACCESSO DIRETTO Ostetrica-Ostetrica**
  - Per altra utenza : Contatto telefonico/Prenotazione diretta
  - **TEMPO VISITA**  
(45'- 60' la 1° visita + 30' i controlli )
- \* Da prevedere al bisogno uno spazio di 10' per colloqui con i singoli partners

# Prenotazione online con check-list



## CHECK LIST PER LA PRENOTAZIONE AMBULATORIO “PRESA IN CARICO ALTO E BASSO RISCHIO”

data..... (da compilare da parte del Medico/Ostetrica inviante)

	NOME	COGNOME	Nazionalità:	
	Data di nascita	EPP	Barriera linguistica: SI	NO
			Attivato mediatore SI	NO
<b>STATO DI SALUTE PREGRAVIDICO/GRAVIDANZE PREGRESSE</b>				
			<b>SI</b>	<b>NO</b>
Malformazioni uterine				
MEF, morte perinatale				
Pregresso parto distocico (TC- POV)				
Pregressa amniotite/endometrite/sepsi puerperale/sepsi n.				
Precedenti tromboembolici				
<b>GRAVIDANZA ATTUALE</b>				
Età < 16				
Cerchiaggio in sede ( da rimuovere alla 36° settimana)				
Donne con crisi epilettiche o in trp con anticonvulsivanti				
Perdite ematiche vaginali del II o III trimestre				
Gravidanza multipla Bi-BI attuale				
Malnutrizione BMI < 18 . Obesità > 30 attuali				
Uso di stupefacenti				
Abuso di fumo o alcool attuali				
Patologie oncologiche attuali				
MST- HIV				
Hb-patie- A.Falciforme				
Epatopatie attive				
Patologie psichiatriche attuali e pregresse				
Endocrinopatie scompensate				
Malattie autoimmuni				
Coagulopatie attuali e tromboflebiti				
Ipertensione- preeclampsia attuale				
Cardiopatie				
Nefropatie/Uropatie attuali				
Alloimmunizzazione m -f				

Asma severa		
Malattie infettive sistemiche		
Infezioni urinarie o genitali(herpes -HPV)		
Ritardo di crescita intrauterino		
Macrosomia fetale		
Diabete I-II in terapia insulinica		
Presentazione anomala dopo la 32^ (podalico per eventuale rivolgimento)		
Oligo-polidramnios		
Fibromi uterini sintomatici/pregresse miomectomie		
Colestasi		
Sospetta inserzione anomala		
Piastrinopenia		
Patologie neurologiche		
Malformazioni fetali		
Accesso tardivo in gravidanza (> 20^ settimana) sprovvisto di ECO ed esami		

Si invia presso l'Ambulatorio di Presa in carico

- BASSO RISCHIO ( ABO- ABOM)
- ALTO RISCHIO (AGI \_ AGIM)

Firma.....

# Numero telefonico del coordinatore per le urgenze

# Organizzazione delle risorse

	Prenotazione telefonica e slise	Presenza in carico 1 unità ost	Gat 1 unità ost	ginecologo
lunedì	11.30-13.00*	patologia	Pomeriggio + 3 pc	mattino
martedì	11.30-13.00	fisiologia	Ctg + pc	mattino
mercoledì	11.30-13.00	Patologia (precesarizzate)	Patologia (precesarizzate)	mattino
giovedì	11.30-13.00	patologia	Pomeriggio +3 pc	mattino
venerdì	11.30-13.00	Fisiologia	Ctg + pc	mattino

\* A carico delle ostetriche ambulatorio alto rischio

# Es. Protocollo per Distiroidismo



<b>Definizione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> La gravidanza si accompagna a profonde modificazioni dell'equilibrio endocrino della madre e del feto</li> <li><input type="checkbox"/> La gravidanza può modificare il decorso delle malattie tiroidee e le malattie tiroidee possono influire sull'evoluzione della gravidanza e sul benessere fetale.</li> </ul>
<b>Controllo Management</b>	<p><b>IPOTIROIDISMO IN GRAVIDANZA:</b> Verificare che la paziente abbia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Controllato FT4 e TSH             <ul style="list-style-type: none"> <li>- a test di gravidanza +</li> <li>- fine I trimestre</li> <li>- 20-24 settimane</li> <li>- 28-32 settimane</li> </ul> </li> </ul> <p><b>IPERTIROIDISMO IN GRAVIDANZA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dosato TSH</li> <li>✓ Dosato TRAbs (o Ab-antiRecettore TSH) ed eseguito ecografia tiroidea</li> <li>✓ Effettuato follow-up ormonale TSH, FT3, FT4 ogni 4-6 settimane</li> </ul>
<b>Controllo Esami di laboratorio</b>	<p><b>IPOTIROIDISMO</b> di nuova diagnosi. Obiettivo della terapia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> TSH &lt; 2.5 mU/l nel 1° trimestre</li> <li><input type="checkbox"/> &lt; 3 mU/l nel 2° e 3° trimestre</li> <li><input type="checkbox"/> FT4 nei limiti di norma</li> </ul> <p><b>IPERTIROIDISMO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Controllo FT3, FT4 e TSH ogni 4 settimane</li> </ul>
<b>Controllo Consulenze</b>	Verificare in cartella la presenza di eventuali Consulenze endocrinologiche
<b>Timing</b>	<b>Qualora la paziente non risulti esser stata correttamente seguita in gravidanza, sarà opportuno avvertire il medico di riferimento del G.A.T. per eventuale ripetizione esami ematici, CTG, ecografia</b>

## Risultati raggiunti:

- Implementazione del pacchetto di interventi ABO secondo Delibera regionale n. 1377 delineando modalità di raccolta informazioni e figure coinvolte
- Produzione di relativi protocolli (vedi allegati)
- Individuazione dell'assistenza appropriata in ciascuna diversa condizione clinica (AGI – AGIM)

# PRESA IN CARICO AMBULATORIO ALTO RISCHIO AGI/AGIM

---

- [Presa in carico e indicazioni CTG.pdf](#)
- [Ambulatorio presa in carico paziente precesarizzata.doc](#)

Presa in carico DSA GRAVIDANZA ALTO RISCHIO  
EFFETTUATA DALLE COLLEGHE DELL'AMBULATORIO ALTO  
RISCHIO

ACCESSI TARDIVI

# IN TRAVAGLIO

## RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO

### Al momento del TRAVAGLIO

DEFINIZIONE DI TRAVAGLIO "FISIOLOGICO":		SI	NO
Assenza di patologia materna attuale o segnalata dalla scheda che richieda una sorveglianza intensiva del travaglio <i>(Ipertensione/preeclampsia- Diabete-Emorragia ante-partum- Altre malattie materne che possano influenzare negativamente gli scambi placentari- Pregresso taglio cesareo o altra isterotomia- Colestasi)</i>			
[Criteri di conversione Progetto 3- RER/CEVEAS]			
Assenza di patologia fetale nota <i>(Alterata velocimetria-Arteria ombelicale- Feto piccolo - Restrizione della crescita*/ piccolo costituzionale*)</i>			
[Criteri di conversione Progetto 3- RER/CEVEAS]			
Feto singolo in presentazione cefalica			
Epoca gestazionale compresa tra 37 e 41+3 settimane (confermata con ultrasuoni)			
Travaglio insorto spontaneamente			
Sacco amniotico integro o rottura delle membrane < 24 h con L.A. limpido			
Placenta normalmente inserita			
Assenza di perdite ematiche importanti in gravidanza 2°-3° trimestre			
Assenza di febbre (Temperatura > 38°)			
Assenza di Alloimmunizzazione			
Assenza di Partoanalgesia farmacologica			
<input type="checkbox"/> fisiologia: travaglio a conduzione ostetrica	<input type="checkbox"/> rischio: travaglio a conduzione ostetrica con supervisione medica		
Data:		Firma GINECOLOGO:  OSTETRICA	

# TEMPOGRAMMA

---

- Gennaio 2013 Presa in carico
- Marzo 2014 GAT
- Giugno 2014 ABO-ABOM-AGI-AGIM
- Settembre 2015 online
- FINE 2015 ABOM
- Valutazione e inizio basso rischio in travaglio  
21/09/2015



# INDICATORI

- Numero di prese in carico GAT refertate dall'ostetrica in autonomia/tot gravidanze fisiologiche

Da marzo 2016 a settembre 2016

420 amb 40w/606 grav. Fisiologiche = 69,30%

Parto tra 37- 40w, 90 (luglio- settembre)

Alcuni errori di categorizzazione alla prenotazione

Alcuni parti in altro ospedale 13

# analisi

---

## PUNTI DI FORZA

- Flessibilità del personale e entusiasmo
- Integrazione con altri servizi: sert, psichiatria, ass. sociale, associazioni
- Screening veloci

## PUNTI DI DEBOLEZZA

- Tempo limitato
- Mancanza di spazi
- Mediazione culturale
- Prenotazione telefonica
- Mancanza di database

## OPPORTUNITÀ

- Condivisione ausl
- Confronto in ambito regionale di protocolli e procedure

## RISCHI

- Accessi tardivi
- Prenotazione telefonica



# Progetti futuri

- DEFINIZIONE DI UN DATABASE
- Rivedere la prenotazione telefonica: con estensione della prenotazione webcup?
- Revisione della classificazione del rischio al momento del travaglio

# Bibliografia

1. Commissione consultiva tecnico scientifica sul percorso nascita (LR 26/98). Linee di indirizzo per l'assistenza ostetrica alla gravidanza, al parto e al puerperio. In: DGR 533/2008. Bologna: Regione Emilia-Romagna, 2007. p.7;10-1;23;33-119
2. Giunta Regione Emilia-Romagna. Indicazioni alle aziende sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell'ostetrica (DGR 1097/2011). Bologna: Regione Emilia-Romagna, 2011
3. SNLG-ISS. Linea guida Gravidanza fisiologica. Roma: ISS, 2011
4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Intrapartum Care. Care of healthy women and their babies during childbirth. London: RCOG, 2014
5. Raskovalova T et al. Breastfeeding Assessment Score: systematic review and meta-analysis. Pediatrics 2015;135:e1276-85
6. Rapporto Gimbe sulla sostenibilità del SSN 2016-2025
7. Semeiotica tradizionale: I punti fermi dell'assistenza. Patrizia Vergani sliden.8
8. Saperidoc. Bmi e scollamento membrane