

STANDARD DELL'ASSISTENZA OSTETRICA

PER IL TRAVAGLIO PARTO

Ronchetti Roberta
AUSL Modena



MANDATO DI LAVORO

Individuare INDICATORI E STANDARD
per la valutazione dell'assistenza ostetrica
travaglio-parto

Work in
Progress

- 2015 Individuazione del gruppo di lavoro
- Analisi e valutazione critica della letteratura scientifica e delle evidenze
- Creazione/condivisione di GRIGLIA DI LAVORO comune ad ogni fase del percorso assistenziale
- Suddivisione del percorso ospedaliero in sottofasi

GRUPPO DI LAVORO

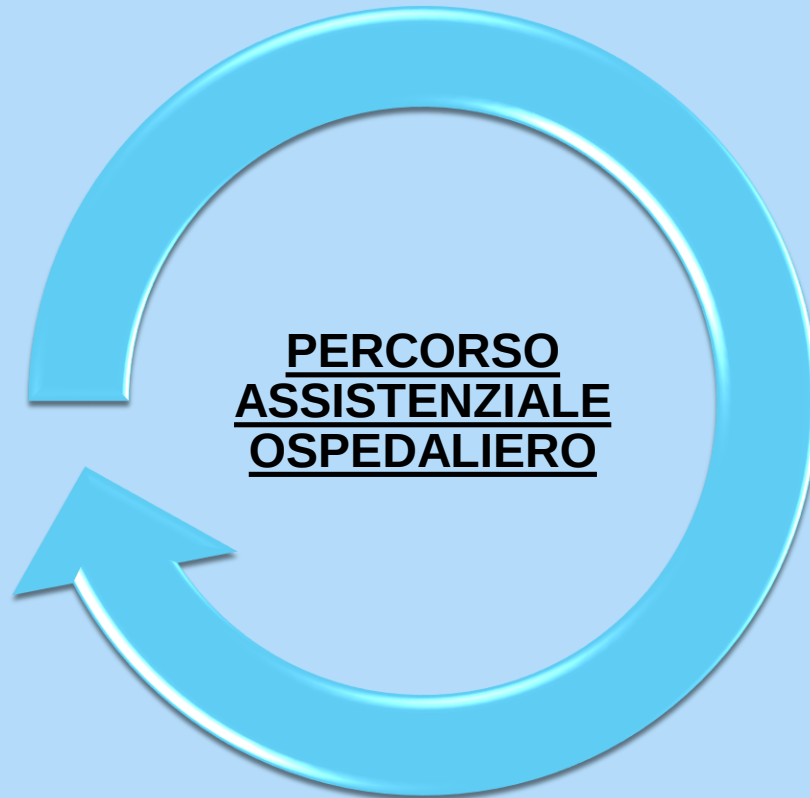
professionisti appartenenti ai principali
punti nascita della RER

Dr. Basevi Vittorio (RER)	Prof. Dallacasa Paola (RER)
Pavesi Cristiana (AUSL Piacenza)	Girotti Patrizia (Ausl Bologna)
Lombardini Rita (AOU Parma)	Ronchetti Roberta (AUSL Modena)
Bagnacani Giulia (AUSL Reggio Emilia)	Raffaella Del Magno (Ausl Romagna)
Dila Parma (UniBo)	Morena Fogli (AUSL Bologna)
Illari Simona (AUSL Piacenza)	Guerzoni Donatella (AO Ferrara)
Liverani Antonella (Ausl Romagna)	Suzzi Lucia (Ausl Imola)

SOTTOGRUPPI

revisione/elaborazione delle attività specifiche di ogni fase travaglio-parto e relativi
standard/indicatori

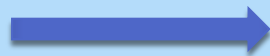
TAVOLA SINOTTICA



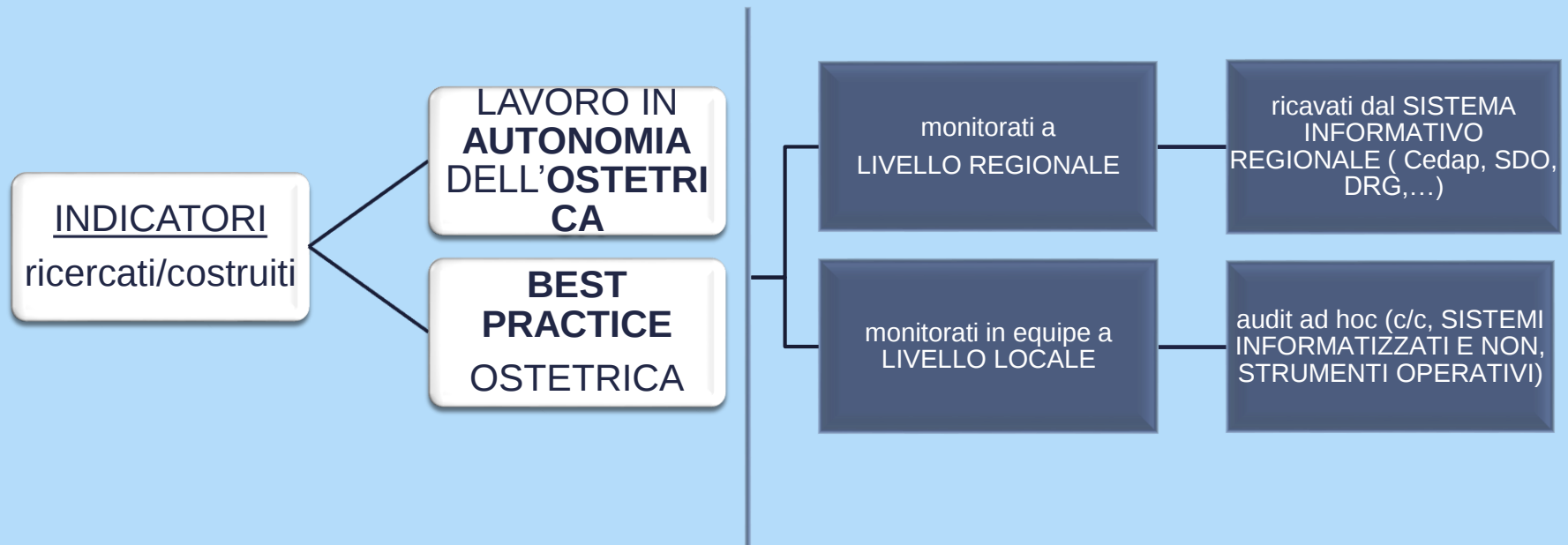
- **GAT-presa in carico**
- **Accettazione - Ricovero**
- **Prodromi-Prom**
- **Travaglio-Parto**
- **Post partum**
- **Dimissione - Puerperio**

A CHE PUNTO SIAMO..

**LUNGO ELENCO ATTIVITA' TRAVAGLIO-PARTO
BOZZA PROVVISORIA DEL DOCUMENTO**



OB: Indicatori E Standard



PRESA IN CARICO - GAT

OBIETTIVI'	CHI',CON'CHI'	ATTIVITA''	STRUMENTI'	RIFERIMENTI'	STANDARD'
Pianificare la presa in carico della donna nell'ambulatorio GAT.	Ost. territorio Ost. ospedale	Gestire la richiesta di prenotazione e programmare l'appuntamento. Attività di prenotazione telefonica per accesso diretto e relativa pianificazione appuntamento	-colloquio telefonico -sistema informativo di prenotazione . (Agenda GAT -Programma in rete con i Servizi territoriali.)	-DM 1994,n.740 -Legge n.42/199 -Cod Deontol Ost/10 - La Disciplina Ostetrica (M.Guana et All) La Nascita Fisiologica (M.Guana et All)	100%gr'fisio.'consult'presso'il' termine'inserite'al'Gat'in' continuità'assistenziale' (appuntamento'gestito'da'ost' curante'verso'collega'osp)/'tot' gr'fisio'logiche'consulto'con' accesso'Gat'

✓ **AUTONOMIA selezione/accertamento, APPROPRIATEZZA E INTERFACCIA OSPEDALE-TERRITORIO**
(quante fisiologiche (ABO) territorio rimangono fisiologiche (ABO) dopo l'accesso al GAT)

Totale gravidanze selezionate fisiologiche (ABO) all'ultimo controllo pre GAT che accedono al GAT / TOTALE GRAVIDANZE SELEZIONATE FISIOLOGICHE (ABO) ALL'ULTIMO CONTROLLO PRE GAT CHE SI MANTENGONO FISIOLOGICHE AL 1°ACCESSO GAT

Standard: 90%

'95%gr''con'accesso'al'GAT'con' appropriata' compilazione' della' documentazione' clinica' specifica' (record' Keeping' / n' totale' che' hanno' avuto' accesso' al' Gat' ('da' applicare' per' ciascun' accesso' in' attesa' del' parto' fino' alla' 41W)'

Ind'DI' AUTONOMIA,' appropriatezza' e' di' interfaccia' osp' terr.:'

* 90%gr' selezionate' fisiologiche' (ABO)' all' ultimo' controllo' pre' GAT' che' accedono' al' GAT/ 'tot' gr' fisiologiche' (ABO)' all' ultimo' controllo' pre' GAT' che' si' mantengono' Fisiologiche' al' 1° accesso' GAT'

'(VEDI' SUGGERIMENTI' NICE ANTENATAL' 2014" suggerimenti' x' audit' anche' frazionati' rispetto' ai' vari' accessi' in' attesa' del' parto)'

✓ **VERIFICA APPLICAZIONE MODELLO ASSISTENZIALE**
(competenza ostetrica nell'applicazione del modello appropriato)

Totale selezione ABO delle gravide con accesso al GAT /
TOTALE GRAVIDANZE PRESE IN CARICO AL GAT

STANDARD: 65%

		dell'ostetrica, tenendo conto dei criteri di categorizzazione del rischio ipossico sul versante materno-fetale ed eventuale coinvolgimento del ginecologo se appropriato Compilazione della cartella ostetrica informatizzata o cartacea Offrire alla donna informazioni sulla gestione della gravidanza presso il termine, oltre il termine e sulle modalità di ricovero per l'espletamento del parto Condivisione del conseguente piano assistenziale ambulatoriale con la donna Facilitare la donna nel riconoscere le proprie competenze e consapevolezza relative alle scelte per il parto e del dopo parto Affrontare con la donna-coppia le scelte per il parto attraverso l'uso di una relazione efficace* informazioni sulla donazione di sangue cordonale	Schede di selezione rischio e di attribuzione modello assistenziale appropriato -Check-list del rischio ostetrico e/o appropriato modello assistenziale	VERIFICA APPLICAZIONE MODELLO ASSISTENZIALE AVEN E CORRETTA SELEZIONE DELLA TIPOLOGIA AUDIT AD HOC 65% di Selezione ABO delle donne con accesso al GAT / 100% di Selezione ABO delle donne con accesso al GAT Indicatore da applicare PER indagini ad hoc, AL FINE DI studiare:" - LA COMPETENZA OSTETRICA NELL'attribuzione appropriata di ciascuna classe ABO; ABOM, ECO; - CORRETTA SELEZIONE DEI MODELLI AD OGNI TIPOLOGIA DI ACCESSO al GAT; PIC, LOW, HIGH AUDIT AD HOC PER UN SISTEMA ANCORA BINARIO VALE LO STESSO INDICATORE SU (aro/ bro)
--	--	---	---	---

PRESA IN CARICO - GAT

Garantire appropriata informazione ed educazione della gestante rispetto alla fase terminale della gravidanza

Raccogliere le informazioni riguardanti i desideri/le scelte della donna per quello che riguarda il parto, l'accoglienza del neonato e l'allattamento (piano della nascita e piano dell'allattamento).
Illustrare l'offerta del Punto Nascita in merito a: offerta assistenziale ed organizzativa, tecniche ostetriche di assistenza al travaglio-parto (acqua, posizioni, massaggi aromaterapia ecc)
Contenimento del dolore in travaglio
Parto analgesia
Accoglienza neonato

-Piano del parto/scelte per il parto- materiale informativo condiviso osp territorio
-Scelte per il parto/cartella Non da Sola RER

≈100%tot'donne'a'cui'si'è' offerta''(dalla'36'w'fino'al' travaglio)'la'versione'cefalica/ 'n' tot'donne'con'una'gr'singola' non'complicata'podalica' (Indicatore'di'processo)'

100%schede''scelte'per'il' parto''compile/ 'tot'Gestanti' con'accesso'al'GAT'

(IND.'DI'PROCESSO)'

*INDICATORE DI'AUTONOMIA'
*Schede''scelte'per'il'parto'' correttamente'compile/ 'to'gr' con'accesso'GAT' Indicatore'di'interfaccia'Cons' Ospedale'

✓ **VALUTARE SE VIENE GARANTITO E OFFERTO AL GAT CONDIVISIONE (riflessione/consapevolezza) CON LA GRAVIDA IN MERITO ALLE SCELTE PER IL PARTO**

Totale schede "scelte per il parto" compilate al GAT/ TOTALE GRAVIDANZE PRESE IN CARICO AL GAT

STANDARD: 100%
INDICATORE DI PROCESSO

AUTONOMIA/APPROPRIATEZZA

PRESA IN CARICO-GAT

[illegible]

PRESA IN CARICO-GAT

Garantire appropriato Controllo ostetrico a 41 settimane	Medico ginec	<u>Offrire una relazione appropriata ed efficace per la donna-coppia alla 41W</u> <u>Raccordo anamnestico/Riassesment</u> <u>Monitoraggio gravidanza:</u> PA, stik urine, stima ecografica massima tasca di liquido amniotico, manovre di Leopold, esplorazione vaginale ed eventuale scollamento delle membrane (concordato con la donna) cardiotocografia, <u>Valutazione degli eventuali esami richiesti precedentemente dall'ostetrica nella rivalutazione del rischio in collaborazione con il medico</u> <u>Verifica appropriato modello assistenziale AVEN</u> <u>Aggiornare la cartella clinica informatizzata</u> <u>Riproporre le metodiche naturali per favorire l'insorgenza delle contrazioni uterine</u> <u>Condivisione/discussione del piano assistenziale con il ginecologo</u> sul possibile ricovero ed induzione al parto a 41+4 settimane o per attesa fino a 42+0 settimane In caso di richiesta di ricovero per induzione al parto: ricovero a 41+4 settimane. In caso di devianza dalla fisiologia versus rischio: presa in carico della donna nell'ambulatorio GAR con il medico (timing del parto)	Format/scheda di refertazione ginecologo-ostetrica	NICE Antenatal Care 2014	Standard di processo: 100% donne cui è offerto swipping/ tot nullipare che hanno avuto accesso alla 40W *N donne cui è praticato swipping/n donne che hanno avuto accesso al controllo a 41W DATO di ESITO Standard di esito N donne con travaglio spontaneo/ tot donne con Swipping <u>*INDICATORE ORG,VO:</u> n pazienti assistite da ostetrica su unità tempo lavoro, come da appropriata pianificazione ambulatoriale per una presa in carico (riferimento : -60' per 1° accesso -30' accesso a 40w) valutare l'effettiva mole lavoro per ciascuna ostetrica sulla unità di tempo (settimana lavorativa, 6 mesi ecc) n ostetriche dedicate specificatamente all'attività'gat: volume medio attività gat/ unità' tempo
---	---------------------	--	---	---------------------------------	--

STANDARD ORGANIZZATIVO = TEMPO ASSISTENZIALE OSTETRICO

60' presa in carico
30' riassesment successivi controlli

✓ **VALUTAZIONE OSTETRICA ALL'INGRESSO**
(capacità di individuare il target fisiologico in modo corretto)

Totale ricoveri per travaglio fisiologico (ABO) / TOTALE RICOVERI PER TRAVAGLIO

STANDARD: 65%

ACCETTAZIONE - VALUTAZIONE OSTETRICA	1) Definizione del livello di rischio ostetrico 1) <i>Individuazione del modello assistenziale appropriato</i> 2) Definizione /diagnosi ostetrica : -di travaglio attivo-ricovero -di fase prodromica-rientro a domicilio	Ost.	ACCERTAMENTO OSTETRICO : a) Osservazione b) Anamnesi c) Valutazione della dinamica uterina d) Valutazione del dolore e) Parametri vitali f) Albuminuria g) Valutare la presenza e caratteristica delle perdite vaginali h) Presenza MAF i) Manovre di Leopold j) Visita ostetrica: ris donna sia o meno visita vaginale può sempre necessaria k) Rilievo del BCF (dif materno) (2)	a) TRIAGE OSTETRICO	OMS LG Nice Intrapartum care of healthy women and their babies during childbirth (2007) Proposta di categorizzazione del modello assistenziale	*65% tot ricoveri per travaglio fisiologico (ABO) / tot ricoveri per travaglio 100% di categorizzazione ABO o ABOM all'ingresso per travaglio di gestanti con distiroidismi compensati/ tot accessi per travaglio delle gr con distiroidismi compensati AUDIT: potrebbero essere costruiti indicatori sugli altri item delle schede di selezione per audit specifici con la finalità di valutare la corretta applicazione del nuovo modello sui vari protocolli condivisi in equipe) 95% di ricoveri appropriati (parto entro 8-18 ore nelle nullipare e 5/12 nelle pluripare) / totale ricoveri con diagnosi di travaglio attivo AUDIT
--	--	-------------	--	----------------------------	--	--

Es.AVEN:
MISURARE L'IMPLEMENTAZIONE DEL NUOVO MODELLO PER DIVERSI PROTOCOLLI
(es di indicatore su distiroidismo)
ES: QUANTE GRAVIDE CON DISTIROIDISMO COMPENSATO SONO CATEGORIZZATE ABOM SUL TOTALE DELLE GRAVIDE CON DISTIROIDISMI COMPENSATI

AUDIT SUI VARI PROTOCOLLI CONDIVISI IN EQUIPE

✓ **INAPPROPRIATEZZA NELLA VALUTAZIONE PRODROMI E DEL REINVIO A DOMICILIO**

Totale dei parti avvenuti a domicilio (no scelta) o in ambulanza in gravide che hanno avuto accesso per prodromi e rinvio a domicilio / TOTALE DEI REINVII AL DOMICILIO

STANDARD: ...in discussione

[illegible]

✓ **VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATA GESTIONE OSTETRICA DEI PRODDROMI IN REGIME DI RICOVERO**

Totale degli appropriati monitoraggi dei prodromi di travagli TOTALE DEI PRODROMI IN REGIME DI RICOVERO

STANDARD: 100%

✓ **CORRETTA DIAGNOSI DI TRAVAGLIO ATTIVO**

Totale diagnosi di travaglio attivo appropriate (parto entro 8/18 h nullipare e 5/12 h pluripare)/ TOTALE DIAGNOSI DI TRAVAGLIO

STANDARD: 90%

```
graph TD
    A[Fase attiva] --> B[Condizione ostetrica travagli con liquido amniotico non significativo]
    B --> C[Totale travagli ABO (fisiologico) con meconio non significativo]
    C --> D[TOTALE TRAVAGLI CON LIQUIDO AMNIOTICO NON SIGNIFICATIVO]
```

CONDIZIONE OSTETRICA TRAVAGLI CON LIQUIDO AMNIOTICO NON SIGNIFICATIVO
(quante ABO con liquido non significativo rimangono a conduzione ostetrica)

Totale travagli ABO (fisiologico) con meconio non significativo (unico elemento clinico di nota rispetto alla fisiologia) a conduzione ostetrica/ TOTALE TRAVAGLI CON LIQUIDO AMNIOTICO NON SIGNIFICATIVO

STANDARD: 65%

TRAVAGLIO-PARTO

% % % % % % % % % % % % Fase attiva%	! Stabilire una comunicazione empatica e offrire sostegno emotivo	! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !	! SUPPORTO ATTIVO OSTETRICIALE PARTO! ! a) Offrire un ambiente favorevole!	! a) Utilizzo del Birth plan (dove compilato)!	! LG Nice 2014!	! Valutare il gradimento e la soddisfazione della donna e coppia! ! Indagine qualitativa customer satisfaction ad hoc!
	! Appropriata gestione del dolore nel travaglio	! ! ! ! ! ! ! ! ! ! ! !				! Valutare il gradimento e la soddisfazione della donna! ! Indagine qualitativa customer satisfaction ad hoc!

VALUTAZIONE SOSTEGNO EMOTIVO – GESTIONE DEL DOLORE

INDAGINE QUALITATIVA ad HOC donna-coppia

“comunicazione è un punto chiave per la Buona Pratica Clinica”

➔ istituiti **LEADER CLINICI** che promuovano la **BUONA PRATICA** e la **COMUNICAZIONE MULTI-PROFESSIONALE**

Partogramma

Nome _____				Cognome _____				Data di nascita _____				
Data di ingresso _____				Esordio del travaglio: Data _____				Ora _____				
SP	IPg	IAmx	IOx	per _____				PA	Temp. _____			

Frequenza Cardiacca Fetale

180
170
160
150
140
130
120
110
100

Dilatazione in cm (X)

10
9
8
7
6
5
4
3
2
1
0

Discesa PP (O)

5
4
3
2
1
0

Periodo espulsivo ora inizio:

20 40 60 80 ###

Membrane	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A	I-R-A
Liquido	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E	L-A-E
Amniotico	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3	1-2-3
Monitoraggio FCF	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Contrazioni ogni 10 min.															
Ossitocina U/L															

95% di donne con:
travaglio di parto!
fisiologico che hanno!
utilizzato il monitoraggio!
intermittente nella fase!
attiva / totale travaglio!
fisiologici!

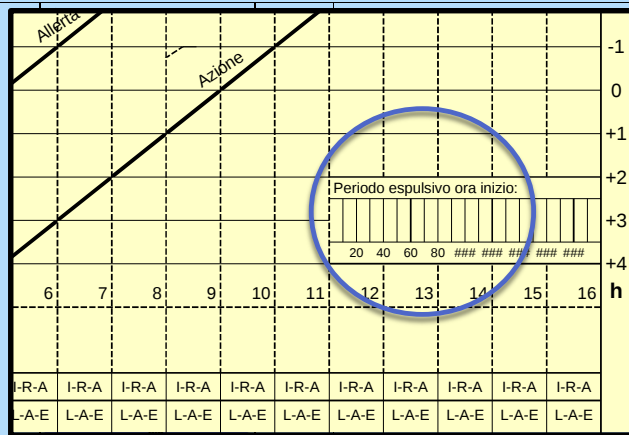
100% di partogrammi!
compilati / totale travagli!
assistiti!
(audit di correttezza
compilazione cartella
clinica (FER))!
!
95% di partogrammi!
appropriatamente!
compilati / totale travagli!
assistiti!
!
!
Audit ad hoc!
!
* 90% di travagli fisiologici!
assistiti con appropriato!
visite vaginali in fase!
attiva (intervalli di 4 ore!
1° stadio e 1 ora nel 2°)!
totale travagli fisiologici!
assistiti!
!
AUDIT AD HOC: eventuali!
audit con questo!
indicatore anche su tutte!
le attività che devono!
essere garantite nella!
sorveglianza ostetrica del!
travaglio!

✓ APPROPRIATEZZA N VISITE VAGINALI IN FASE ATTIVA

Totale travagli fisiologici assistiti con appropriato numero di visite vaginali in fase attiva (intervalli di 4 h 1° stadio e 1 h 2° stadio) / TOTALE TRAVAGLI FISILOGICI ASSISTITI

STANDARD: 90%

TRAVAGLIO-PARTO



a) ! Setoscopio di Pinard!
 b) ! Rilevatore ad ultrasuoni!
 c) ! Cardiotocografo!
 presenza di qualunque!
 fattore di rischio in corso!
 travaglio con il CIREP!

PARTOGRAMMA%
 strutturato per audit!

OMS
 LG Nice 2014 Intrapartum!
 Care!
 !

* ! Non nel controllo gestionale!
 direttiva ostetrica della!
 fase espulsiva/ o lin!
 augmentation prima dei!
 60 min./ ! TOT! parti!
 fisiologici!
 !
 (dati rilevabili di cartella!
 clinica/ partogramma!
 corretta compilazione!
 della cartella clinica!
 e/ o partogramma per!!
 monitoraggio dei tempi di!
 attesa del premito!
 spontaneo!
 !
 AUDIT AD HOC

✓ Quanto viene rispettato il tempo della fase di transizione?

Totale gravide con gestione direttiva ostetrica della fase espulsiva e/o augmentation prima dei 60 min/ TOTALE TRAVAGLI FISIOLÓGICI ASSISTITI

STANDARD: ∞ 0%

(di difficile rilevazione, necessita di audit ad Hoc)

augmentation rilevato da c/c (unico elemento oggettivo che posso misurare)

(difficile valutazione il rispetto della sensazione di premito spontaneo)

TRAVAGIO-PARTO

✓ VERIFICARE LA COMPETENZA OSTETRICA NELLA GESTIONE DEL SECONDO STADIO

- (- SAPER RICONOSCERE la necessità di condividere con il medico un contesto che devia dalla fisiologia
- VALUTARE l'appropriato comportamento ostetrico nei momenti in cui i tempi del periodo espulsivo si allungano)

Totale donne che dopo 2h (nullipara) e/o 1h (pluripara) di periodo espulsivo attivo non partoriscono e viene allertato il medico/ TOTALE DI DONNE CHE DOPO 2H (NULLIPARA) 1H(PLURIPARA) DI PERIODO ESPULSIVO ATTIVO NON PARTORISCONO

STANDARD: ∞100%

AUDIT AD HOC RILEVABILI DA ANALISI C/C

! ∞ 100%(!tot!donne!che!
Dopo!duelore!(nullipara)!
e/o!un'ora!(pluripara)!di!
periodo!espulsivo!attivo!
non!partoriscono!viene!
quindi!allertato!il!medico!
tot!tot!donne!che!Dopo!
duelore!(nullipara)!e/o!
un'ora!(pluripara)!di!
periodo!espulsivo!attivo!
non!partoriscono!
AUDITad!HOC!
!

		materno)!come!dalsecondo!stadio!			
%	DONNE% INFEZIONE% % % % % %	!	!	! Competenz!ostetrica! specifica!!	! NICE! ! !
%					WORK!IN!PROGRESS! APPROFONDIMENTO! REGIONALE!DA! ORGANIZZARE!PER! OMOGENEIZZARE! APPROCCIO! ASSISTENZIALE

TRAVAGLIO-PARTO

%	% CONTENERE il trauma perineale APPROPRIATO approccio STETICO intrapartum	ost! - Utilizzare indifferentemente gli approcci "hands on" o "hands poised" - Non effettuare massaggi perineali nel secondo stadio! - Non offrire il docainil spray! - Non eseguire episiotomia di routine! - Informare le donne con precedenti lacerazioni perineali severe che il rischio di lacerarsi nuovamente non aumenta!	! PARTOGRAMMA! DA INTEGRARE! DOCCIA! AUDIT!	NICE 2014! Intrapartum! care! (NICE 2015! safe! midwifery! staffing! for! maternity! settings! Saperi! doc! OMS 2015! (Pregnancy! childbirth! in! post! partum)!!	! %! traumi! perineali! /! totale! donne! che! hanno! partorito! per! via! vaginale! non! per! via! cesare! (per! epidurale)! DATO! DI! ES! ! ~10%! di! episiotomia! /! tot! parti! fisiologici!
% % % % % Terzo stadio secondamento	% Corretto management del 3° stadio	Lg LINEA GUIDA Sistema nazionale per la Linea guida  Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla   LINEA GUIDA 26	! Management fisiologico:! 8 Non somministrare! utero! tonici! di! routine! 8 Tagli! del! cordone! quando! smette! di! pulsare! 8 Nascita! della! placenta! con! il! solo! sforzo! materno! 8 Management attivo:! 8 Somministrazione! routinaria! di! utero! tonici! 8 Tagli! o! ritardati! del! cordone! (1/5! min.)! 8 Trazione! controllata! del! funicolo! dopo! i! segni! di! separazione! placentare!	! Department! of! Midwifery! ! BC! Women's! Hospital! and! Providence! Health! Care,! S.! Paul's! Hospital! ! Room! D204K! ! Box! 162! ! 4500! Oak! Street! ! Vancouver! BC! V6H! 3N1! NICE LG! EPP! emorr! post! p! pag! 44! e! 45!	! separazione! tra! madre! bambino! deve! essere! minimizzata! ad! interventi! improcrastinabili! Audit! di! emorr! ~100%! di! somministrazione! di! utero! tonici! Impegno! della! spalla! ant.! O! espulsione! del! feto! prima! di! di! dare! il! funicolo! /! tot! parti! fisiologici!

TRAVAGLIO-PARTO

MANTENERE CON FORMAZIONE CONTINUA LA CLINICAL COMPETENCE

Definire l'entità del trauma perineale o genitale causato dalla lacerazione ed eseguire correttamente la sutura	Ost	Osservare la presenza di lacerazioni e informare la donna che si sta accertando il perineo Assicurarsi una valida illuminazione • Posizione confortevole della donna con i genitali ben visibili • Assicurarsi che la valutazione iniziale e l'esecuzione della sutura non interferiscano con il bonding a meno che non ci sia una perdita ematica importante	Esperienza clinica adeguata degli operatori • Materiale sterile per la sutura • Adeguata illuminazione • Documentazione clinica/ cartella o scheda reporting parto • NRS dolore • Scheda report sutura	NICE (care of woman and newborn baby 2016) Ordinamento didattico FNCO FAQ FNCO	100% suture eseguite con corrette informazioni sulla tracciabilità materiale e operazioni eseguite in cartella Audit STANDARD DI AUTONOMIA (esito) * N 100% suture perineali non complicate eseguite dall'ostetrica nei parti fisiologici/ tot suture perineali parti fisiologici APPROPRIATEZZA > 8% Tot suture perineali con complicità in parti fisiologici/ totale suture perineali parti fisiologici AUDIT DA ESEGUIRE NELLA FASE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA
		Informare la puerpera rispetto alla entità del trauma, alla dieta e all'igiene intima, esercizi perineali in particolare alle donne con lacerazione non suturata			

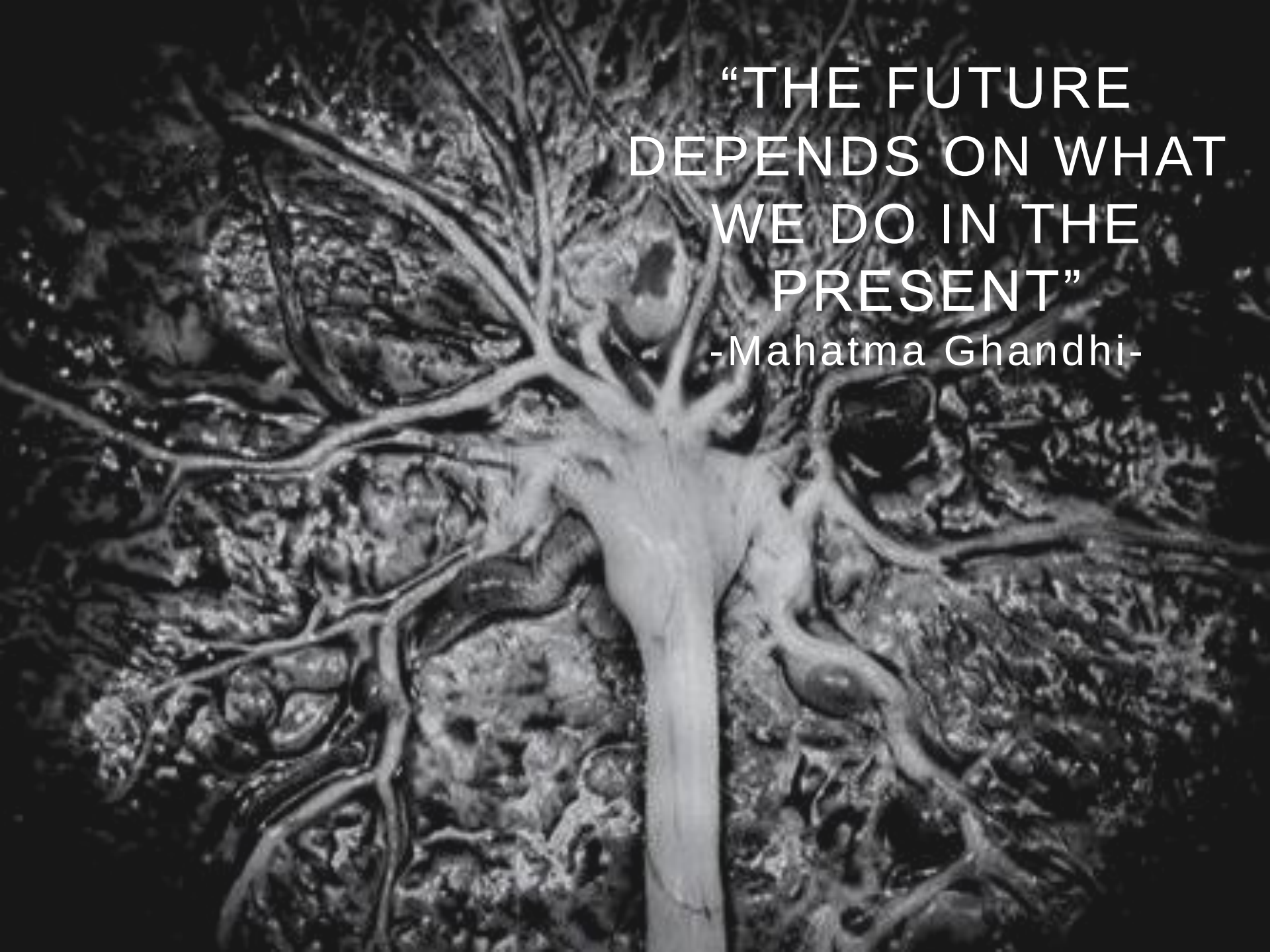
✓ AUTONOMIA OSTETRICA NELL'ESECUZIONE DELLE SUTURE PERINEALI NON COMPLICATE

TOTALE suture perineali non complicate eseguite dall'ostetrica nei parti fisiologici/ TOTALE SUTURE PERINEALI PARTI FISIOLÓGICI

STANDARD: 100%
STANDARD DI AUTONOMIA

CONCLUSIONI

- ✓ **PROPOSTA DI RIFLESSIONE** obiettivo di standardizzare il più possibile l'assistenza
→ individuati temi e aree da verificare sia a livello regionale che a livello locale
- ✓ **RICORDARCI SEMPRE CHE CI POSSIAMO/DOBBIAMO MISURARE**
= ABITUARCI A LAVORARE IN QUESTO SENSO
- ✓ VERIFICA DELLE ATTIVITA' → AVVIARE UN CONFRONTO COSTRUTTIVO
- ✓ INDIVIDUARE STANDARD → MISURARE L'AUTONOMIA DELL'OSTETRICA NELL'ASSISTENZA
- ✓ **CRITICITA'**: quando non è possibile risalire a dati informatizzati,
AUDIT AD HOC SONO L'UNICO MODO CHE CI PERMETTE DI VALUTARE COME STIAMO LAVORANDO
- ✓ **IMPORTANTE COMPILARE C/C QUANTO CONTRALLARLE**
AUDIT CON UTILIZZO C/C E STRUMENTI OPERATIVI
- ✓ WORK IN PROGRESS 2017
(LAVORI DI GRUPPO DEL POMERIGGIO SARANNO PREZIOSO SPUNTO DI RIFLESSIONE PER LA STESURA DEFINITIVA)



“THE FUTURE
DEPENDS ON WHAT
WE DO IN THE
PRESENT”

-Mahatma Gandhi-