

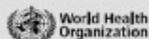
IRCBG_2024

“Gravidanza a basso rischio: gestione dell’ostetrica”

INTEGRAZIONE PUNTO NASCITA- TERRITORIO: LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Da dove partiamo?

- L'**OMS** evidenzia che l'obiettivo per l'assistenza perinatale è quello di garantire **“una mamma e un bambino in perfetta salute**, con il livello di cure più basso possibile, compatibilmente con la sicurezza”. (WHO 1996)
- “La **gravidanza, il parto e il puerperio sono processi fisiologici** e, pertanto, ogni intervento assistenziale offerto nel **Percorso Nascita** dovrebbe avere benefici riconosciuti ed essere accettabile per la donna”. (**Linee Guida Gravidanza Fisiologica-SNLG-ISS 2011**)
- “Le evidenze scientifiche disponibili supportano la scelta di un **modello assistenziale integrato**, basato sulla presa in carico della donna con gravidanza fisiologica da parte dell'**ostetrica o di un team di ostetriche**, operante nell'ambito di una **rete multiprofessionale e multidisciplinare** di professionisti da consultare quando opportuno, poiché ad esso si associano maggiori benefici per la salute materna e neonatale” (**Linee Guida Gravidanza Fisiologica-SNLG-ISS 2011**)



hrp.

Raccomandazioni O.M.S. sulla qualità dell'assistenza prenatale per un'esperienza positiva della gravidanza

SOMMARIO

Il vissuto della donna rispetto all'assistenza ricevuta è la chiave per modificare l'assistenza in gravidanza ed è ciò che porta a famiglie e comunità prospere



novembre
2016

Un'esperienza positiva della gravidanza è definita come la preservazione dell'integrità fisica e socioculturale, vivere una gravidanza sana per madre e neonato (che include la prevenzione o il trattamento di rischi, malattie e morte), il realizzarsi di un'efficace transizione verso un travaglio ed un parto positivo, ed il raggiungimento di un'esperienza di maternità positiva (che comprende autostima, competenza ed autonomia). Riconoscendo che il vissuto della donna, rispetto all'assistenza ricevuta, la chiave per trasformare l'assistenza prenatale e per favorire la prosperità di famiglie e comunità, questa linea guida affronta le seguenti domande:

- Durante l'assistenza prenatale quali sono le pratiche basate sulle evidenze scientifiche che migliorano i risultati e portano ad una esperienza positiva della gravidanza?
- Come dovrebbero essere implementate queste pratiche?



E.2: Sono raccomandati, per la donna in gravidanza, modelli di continuità assistenziale a conduzione ostetrica, in cui un'ostetrica conosciuta, o un piccolo gruppo di ostetriche conosciute, supporta la donna lungo il continuum di cura prenatale, intrapartum e periodo post-natale, in ambienti dove ci siano programmi di ostetricia efficaci.

[...] slightly increases the chance of a vaginal birth [...] lower rates of instrumental vaginal delivery [...] increase the proportion of women reporting high levels of satisfaction [...] reduces the risk of preterm birth [...] reduces perinatal mortality [...] little or no effect on low birth weight [...] MLCC models in any setting have the potential to help to address health inequalities, for example, by providing a more supportive setting for disadvantaged women to disclose information that may facilitate the identification of risk factors for poor outcomes, such as intimate partner violence.



1.2.1 Who provides care?

1.2.1.1 Midwife- and GP-led models of care should be offered to women with an uncomplicated pregnancy. Routine involvement of obstetricians in the care of women with an uncomplicated pregnancy at scheduled times does not appear to improve perinatal outcomes compared with involving obstetricians when complications arise.

1.2.2 Continuity of care

1.2.2.1 Antenatal care should be provided by a small group of healthcare professionals with whom the woman feels comfortable. There should be continuity of care throughout the antenatal period.

1.2.2.2 A system of clear referral paths should be established so that pregnant women who require additional care are managed and treated by the appropriate specialist teams when problems are identified.

NICE National Institute for Health and Care Excellence

WOMAN-CENTRED CARE

Women should have the opportunity to make informed decisions about their care and treatment, in partnership with their healthcare professionals.

GUIDANCE

1. Woman-centred care and informed decision-making
2. Provision and organisation of care
3. Lifestyle considerations
4. Management of common symptoms of pregnancy
5. Clinical examination of pregnant women
6. Screening for haematological conditions
7. Screening for fetal anomalies
8. Screening for infections
9. Screening for clinical conditions
10. Fetal growth and well-being
11. Management of specific clinical conditions

Accordo Stato-Regioni del 16/12/2010

*“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della **qualità** della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel Percorso Nascita e per la riduzione del taglio cesareo.”*



Delibera della Giunta Regionale n.723 del 21/3/2018 (Allegato A):

Il Percorso Nascita in FVG: *“Percorso Gravidanza a Basso Rischio a gestione ostetrica ”*



Promozione di percorsi assistenziali di qualità, appropriati e diversificati in base al livello di rischio della gravidanza volti a **ridurre il rischio** e **umentare il benessere** della donna e del nascituro

Obiettivo ASUITS anno 2019

OBIETTIVO GENERALE	AZIONE	S.S o C./ PERSONALE	INDICATORE/ RISULTATO ATTESO/ TEMPO
Linee di gestione 2019 Consultori Familiari Implementazione del percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica	Attivare la presenza dell'ostetrica nella gestione della gravidanza fisiologica	Ostetriche e altro personale Consultorio	Ostetrica presente nella gestione di almeno 12 nuove gravidanze fisiologiche. 31.12.2019 Fonte dati: sistema informativo Gestione Consultori Familiari, cartelle utenza

Formazione Residenziale

- *“La Gravidanza a Basso Rischio seguita dall'Ostetrica. Un laboratorio tra esperienze e Linee Guida Regionali (Fase 1).”* ASUITS – 13/6/2018
- *“La Gravidanza Fisiologica seguita dall'Ostetrica. Un laboratorio tra esperienze, Linee Guida e Progetto Regionale (Fase 2).”* ASUITS 25-27/9/2019

Formazione sul campo

“La Gravidanza Fisiologica seguita dall'Ostetrica: Attività congiunta Ostetriche e Ginecologhe per la definizione del livello del Rischio in Gravidanza”.

ASUITS 18/2/2019-31/12/2019

- Accoglienza ed ascolto attivo;
- Anamnesi;
- Educazione sanitaria;
- Valutazione dell'aumento ponderale;
- Misurazione PA;
- Valutazione esami di laboratorio e discussione sui risultati;
- Palpazione addominale (Manovre di Leopold)
- Rilevazione bcf
- Compilazione cartella clinica
- Aggancio precoce da parte dell'ostetrica (e dell'équipe consultoriale) in situazioni di fragilità

E nel 2020...?

- Prevista ulteriore implementazione dell'obiettivo del 2019;
- Prevista implementazione formazione residenziale con le Ostetriche Toscane per condivisione dei dubbi e discussione di casi clinici;
- Previsto studio di fattibilità da parte delle Responsabili dei Consultori Familiari su protocolli e procedure da mettere in pratica

Ma tutto in stand-by...

Modificazione in itinere degli obiettivi e riformulazione dell'attività Ostetrica

- Riattivazione del Percorso Nascita con **Gruppi Online** pre e post partum (dalle 28/30 settimane di gravidanza ai 6 mesi di vita del/la bambino/a) utilizzando una piattaforma digitale proposta dall'ASUGI previa visione Informativa stilata ad hoc;
- **Percorsi Individuali o Potenziati** sempre attivi;
- Implementazione dell'**attività domiciliare** con maggiore attenzione per 4 categorie (Salute materna, Gravidanza a rischio psico sociale, difficoltà di allattamento, dimissione protetta);
- Implementazione di **Colloqui telefonici e/o videochiamate** individuali;
- Attivazione del **telelavoro** per alcune delle Ostetriche dei Consultori Familiari (su adesione personale);
- Attivazione del servizio "**L'Ostetrica Risponde**": disponibilità telefonica per rispondere a dubbi e domande da parte delle donne (D4);
- **Progetto di ricerca** ASUGI - ISS (D3)

Continuità Ospedale-Territorio

Al momento della dimissione viene invitata la famiglia a contattare il proprio Distretto di appartenenza per concordare l'appuntamento per la Prima Accoglienza Mamma/Bambino (precedentemente ad accesso libero).

In caso di gravidanza a rischio psico-sociale l'appuntamento viene concordato tra l'Ufficio di Continuità Assistenziale dell'IRCCS e il consultorio di competenza della donna.(come da Protocollo)

Nel caso di situazioni di difficoltà/fragilità momentanea sopraggiunte in fase di ricovero, il consultorio di riferimento viene contattato dal reparto di competenza (Nido, TIN o Reparto di Ostetricia)

Continuità Ospedale-Territorio

Prima Accoglienza Mamma-Bambino



- Accoglienza nucleo familiare (invito esteso al partner)
- Consenso Informato (se nucleo non noto)
- Anamnesi
- Presa visione delle lettere di dimissioni e della Lettera di Continuità di Cure per mamma e bambino
- Ascolto dell'esperienza del parto e racconto dell'inizio dell'allattamento
- Rilevazione degli eventuali bisogni emotivi
- Valutazione del benessere generale di Mamma e Bambino
- Controllo allattamento (osservazione attacco e poppata, controllo seno)

Continuità Ospedale-Territorio

Prima Accoglienza Mamma-Bambino



- Valutazione neonato: peso, moncone ombelicale...
- Eventuale confronto con Pediatra IRCCS o Pediatra STSBA/Distretto, o PLS
- Eventuale valutazione perineale
- Educazione sanitaria (CL allattamento, igiene mamma/bambino, stili di vita, prevenzione SIDS, buone pratiche, dubbi e domande)
- Programmazione ulteriori controlli e eventuale prenotazione visita post-partum



Alla cortese attenzione dell'Ostetrica del Consultorio Familiare

etichetta con nome, cognome
 data di nascita

Distretto n

Dimissione della mamma:

Si dimette in data odierna la Sig.ra

ricoverata il giorno dimessa il giorno

con diagnosi di ingresso

Data del parto

Travaglio e parto

- travaglio di parto insorto spontaneamente ed evolutosi spontaneamente
- pilotato con ossitocina
- indotto con
- analgesia peridurale
- puerpera da parto spontaneo
- puerpera da parto operativo
 - taglio cesareo elettivo
 - taglio cesareo urgente/emergente
 - ventosa ostetrica
 - forcipe

Neonato M F

di gr

Perineo

- integro
- edema
- ecchimosi
- dolore perineale
- incontinenza da sforzo
- perdite involontarie di urina
- perdite involontarie di gas
- perdite involontarie di feci
- livello di consapevolezza e capacità contrattile
 - nullo
 - scarso
 - buono
- emorroidi
- altro (specificare)

Sutura

- lacerazione di I grado
- lacerazione di II grado
- lacerazione di III grado
 - A
 - B
 - C
- lacerazione di IV grado
- episiotomia

Secondamento

- secondamento attivo
- secondamento fisiologico
- secondamento manuale

Perdite ematiche ml

Alvo

- pervio ai soli gas
- pervio a gas e feci

Emogruppo materno **Emoglobina alla dimissione** mg/dL

Situazione emozionale

necessità di approfondimento/sostegno NO SI

Situazione sociale

necessità di approfondimento/sostegno NO SI

attivazione servizi sociali NO SI

Alla dimissione la paziente è in buone condizioni generali. Parametri vitali nella norma.

Utero in regolare involuzione puerperale, contratto, lochiazioni regolari, minzione regolare.

Igiene personale

Consigli

Controllo ginecologico post-partum ambulatoriale o c/o il Distretto di appartenenza dopo i 40 giorni.
 Rivalutazione clinica presso servizio di **Accettazione Ostetrico Ginecologica I piano scala D** in caso di algie pelviche, lochiazioni maleodoranti, febbre con misurazione inguinale.

Data Firma Ostetrica

Dimissione del bambino:

Si dimette in data odierna
 il bambino/a:
 nato/a il:
 Corso di accompagnamento alla nascita NO SI
 Note:

*etichetta con nome, cognome
 data di nascita*

Sala parto:
 attacco al seno NO SI
 zero separazione NO SI
 contatto pelle a pelle NO SI
 presenza care giver NO SI
 Note:

Anamnesi allattamento
 precedenti esperienze di allattamento NO SI
 caratteristiche
 Note:

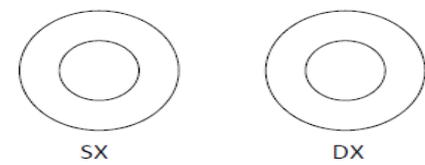
Durante il ricovero
 allattamento esclusivo NO SI
 presenza care giver NO SI
 zero separazione NO SI
 integrazione con Formula 1 NO SI
 formula su indicazione medica NO SI
 Note:

formula su richiesta materna NO SI
 Note:

Esame seno

dolore al seno/al capezzolo NO SI se si quantificare il dolore da 0 a 10
 Note:

presenza ragadi o abrasioni NO SI



Note:

Interventi di supporto all'allattamento:

presenza ragadi o abrasioni NO SI
 proposta la posizione semi-reclinata NO SI
 spremitura manuale NO SI
 mastosuttore NO SI
 altro
 Note:

Moncone ombelicale

medicato con acqua sterile o soluzione fisiologica e garze sterili
 NO SI

Note:

Altre segnalazioni utili

.....

Data Firma Infermiere



Cognome Nome Madre

Cognome Nome Bambino

1a Accoglienza Mamma-Bambino

Data Operatore

MADRE

Anamnesi del parto	
1. Data del parto/...../.....	Settimane di gestazione
2. Parto	
3. Incontri di accompagnamento alla nascita <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Ostetrica	
Distretto	
4. Lochiazioni Perineo.....	
Anamnesi dell'allattamento	
5.	
6. Allattamento attuale (ultime 24 ore):	
latte materno <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Sussidi:
formula <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	tiralatte <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
altre bevande <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	paracapezzoli <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	biberon <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	ciuccio <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
	altro <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Esame del seno	
7. Ha dolore al seno/al capezzolo? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, può quantificarlo da 0 a 10 (da nessuno a insopportabile)?	
8. Ragadi/abrasioni <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	 

BAMBINO

1.	Data di nascita/...../.....	Luogo di nascita	PLS
2.	Peso alla nascita gr	Screening <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
3.	Dimesso in gg.	Peso alla dimissione gr	
4.	Moncone		
5.	Alvo Diuresi		
6.	Dalla nascita fino ad oggi ha mai preso la formula? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No Se sì, perché?		
7.	Ambiente familiare Fumo Alcol / Sostanze Farmaci		
8.	Luogo del sonno Posizione del sonno		

DATA	PESO	NOTE	OPERATORE
	Kg.	

Attività Domiciliare

- Proposta alle donne in gravidanza impossibilitate a raggiungerci
- Offerta alle puerpere (se famiglia non nota o in casi particolari coinvolti due operatori di riferimento)
- In caso di situazioni a rischio psico sociale si propone il coinvolgimento di altre figure professionali (psicologo, assistente sociale,...) anche per una lettura complessiva dei bisogni del nucleo familiare



Cosa prevede: Colloquio, Prima accoglienza M/B, consulenza allattamento, controllo peso neonato, valutazione del benessere generale di mamma, bambino e della famiglia.

Mediazione culturale

Per la presa in carico delle donne straniere, che accedono ai nostri servizi ma non hanno ancora padronanza della lingua italiana, è prevista l'attivazione della figura del mediatore culturale.

Previ appuntamenti concordati, il mediatore culturale accompagna la donna durante tutto il percorso delle visite in gravidanza e nel puerperio.

Se necessario, il servizio è disponibile anche in caso di visite domiciliari.



Gravidanza e puerperio a rischio psicosociale

Delibera n.001313 del 1/12/2000: “**Protocollo di Intesa tra l’Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina e l’Istituto per l’Infanzia IRCCS Burlo Garofolo**” per garantire la continuità delle cure in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il post-partum e per i bambini dopo la nascita, al fine di garantire una presa in carico precoce ed integrata.

Dal 2015 è attivo tuttora il Tavolo di Continuità assistenziale tra ASUITS e IRCCS Burlo Garofolo che ha stilato l’ “**Accordo di Continuità tra ASUITS e IRCCS Burlo Garofolo per le donne in situazioni di rischio psicosociale e sanitario durante la gravidanza, il parto ed il puerperio e per i bambini dopo la Nascita**” (1/9/2018).

Servizi coinvolti: IRCCS Burlo Garofolo, ASUGI (Consultori Familiari, STSBA, DSM, DDD) ed i Servizi Sociali Comunali.

**Allegato 1 : Checklist per rilevazione del rischio psico-sociale in gravidanza territorio/ospedale**OPERATORE: DATA:

STRUTTURA:

CF D1

CF D2

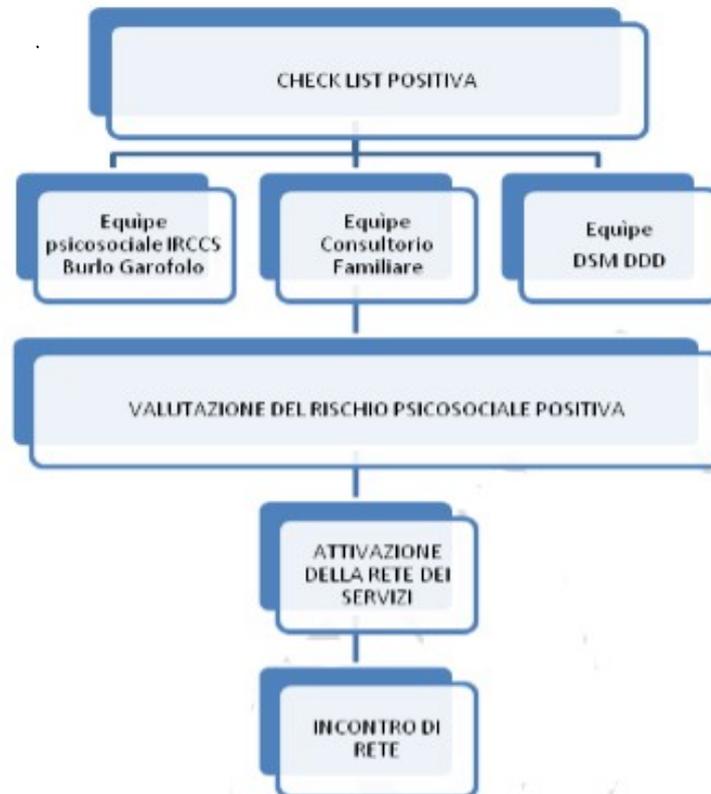
CF D3

CF D4

IRCCS
BURLOCOGNOME E NOME: DATA DI NASCITA:

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> | Età inferiore ai 18 anni |
| 2 | <input type="checkbox"/> | Straniera, recentemente immigrata/richiedente asilo o rifugiata e/o con difficoltà di espressione linguistica |
| 3 | <input type="checkbox"/> | Con dipendenza e/o partner con dipendenza (alcool, droghe, farmaci, fumo, ecc.) |
| 4 | <input type="checkbox"/> | Con disturbo psichiatrico e/o partner con disturbo psichiatrico |
| 5 | <input type="checkbox"/> | Con disabilità intellettiva e/o fisica e/o sensoriale |
| 6 | <input type="checkbox"/> | Disagio socio economico grave |
| 7 | <input type="checkbox"/> | Assente o scarso supporto familiare/sociale |
| 8 | <input type="checkbox"/> | Storia nell'ultimo anno di eventi traumatici, lutto |
| 9 | <input type="checkbox"/> | Storia di provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria relativa alla coppia e/o ai minori |
| 10 | <input type="checkbox"/> | Storia di abuso, maltrattamenti e/o violenza domestica |
| 11 | <input type="checkbox"/> | Diagnosi di gravidanza dopo le 23 settimane |
| 12 | <input type="checkbox"/> | Casi di morbilità e/o mortalità in gravidanza pregressi o presenti |
| 13 | <input type="checkbox"/> | Difficoltà di concepimento, aborti recenti e/ ripetuti, procreazione medicalmente assistita |
| 14 | <input type="checkbox"/> | Altro, <i>specificare:</i> |

Flow chart di attivazione sociosanitaria adulti, minori ASUITS e IRCCS)



Èquipe Consultoriale

Quando un operatore del Consultorio individua una situazione a rischio psicosociale, questa viene discussa nelle riunioni d'èquipe consultoriale. Ciò permette di decidere quale sia il miglior percorso per il Nucleo Familiare e come procedere per l'eventuale attivazione di altri Servizi.

Quando la situazione a rischio psicosociale proviene da un altro Servizio, la modalità di presa in carico viene valutata nella riunione d'èquipe.

Le riunioni d'èquipe hanno cadenza settimanale e, grazie alla multidisciplinarietà e multiprofessionalità (Psicologo/a, Assistente Sociale, Ginecologo/a, Ostetrico/a, Infermiere/a, OSS...) consentono una visione completa del "caso" (ambiti sanitario, sociale e ambientale).

GRAZIE PER L'ATTENZIONE