

REGIONE FRIULI VENEZIA GIULIA

Percorso per il Parto a Basso Rischio Ostetrico (BRO) a gestione autonoma ostetrica

Aree funzionali BRO alongside e Gestione autonoma
in U.O. di Ostetricia e Ginecologia

Premessa

Il percorso nascita è un processo naturale e, come tale, va accompagnato nella sua natura fisiologica, sia durante la gravidanza che al momento del parto e nel puerperio, con la consapevolezza della necessità di individuare tempestivamente ogni eventuale scostamento dalla fisiologia e, nel caso, indirizzare verso percorsi più appropriati.

Nel corso degli anni, nei Paesi più industrializzati, si è assistito ad un progressivo aumento del numero di controlli durante la gravidanza, un sempre maggior utilizzo di tecnologie diagnostico-terapeutiche, anche invasive, e un ricorso elevato al parto con taglio cesareo. Questo approccio, se da un lato ha contribuito al miglioramento degli esiti materni e neonatali, dall'altro ha portato ad una eccessiva "medicalizzazione" e all'erogazione di prestazioni spesso inappropriate, con conseguenti ripercussioni biologiche, economiche e sociali.

L'offerta di un modello bio-medico in tutte le gravidanze, indipendentemente dalle situazioni cliniche, è ormai radicato dal punto di vista socio-culturale e condiziona le scelte delle donne che spesso si trovano ad affrontare un crescente numero di controlli, esami e interventi. Tale modello stenta a lasciare spazio ad un modello bio-psico-sociale che promuova la partecipazione attiva e consapevole della donna alle proprie scelte, rispetti e rafforzi la fiducia nelle proprie capacità in relazione alla gravidanza, al parto e alle competenze genitoriali e contribuisca al soddisfacimento dei bisogni emotivi, relazionali, assistenziali che sono alla base delle buone pratiche per l'assistenza alla nascita.

A partire dagli anni '90, le organizzazioni internazionali e gli istituti nazionali hanno promosso e aggiornato standard di cura per la gravidanza e il parto in grado di garantire la qualità dei percorsi assistenziali e tutelare la fisiologia dell'evento, rispettando i bisogni di salute in totale sicurezza e riportando la diade mamma-bambino al centro dell'esperienza parto. L'approccio olistico è orientato a garantire che la nascita non sia solo un evento sicuro, ma anche un'esperienza positiva per la donna e la sua famiglia (*Intrapartum care for a positive childbirth experience, WHO 2018; Intrapartum care for healthy woman and babies, NICE 2014; Linee guida per la gravidanza fisiologica, ISS 2011*).

Al fine di offrire "un'assistenza al percorso nascita che garantisca una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile, compatibilmente con la sicurezza" (*WHO 1996*), la regione Friuli Venezia Giulia, con DGR 723/2018, ha delineato un percorso per la gravidanza, modulato e personalizzato in base alle situazioni di rischio individuale, che coniuga qualità, sicurezza e appropriatezza degli interventi con il rispetto della naturalità dell'evento, nell'ottica di perseguire il benessere psicofisico della donna, della coppia e del neonato. Il modello assistenziale proposto prevede la gestione delle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO) in autonomia da parte delle ostetriche e si basa sulle evidenze scientifiche che sottolineano il ruolo centrale dell'ostetrica nel promuovere la cultura della fisiologia, nel ridurre la probabilità di interventi, anche invasivi, non appropriati e nel migliorare la soddisfazione della donna (*Linee guida gravidanza fisiologica, ISS 2011, Foster 2016, NICE 2014, Sandall 2016, Macfarlane 2014*).

L'ostetrica opera, all'interno di un contesto di lavoro di equipe, come professionista di riferimento, autonoma, responsabile e qualificata, secondo le normative che regolamentano l'esercizio della professione, in linea con le evidenze scientifiche e adottando le *best practice* nell'assistenza alla donna, al neonato e alla coppia genitoriale.

Il presente documento completa il percorso intrapreso con la suddetta deliberazione, affrontando il periodo del *peripartum*, fase molto complessa che richiede un'assistenza qualificata, un tempestivo riconoscimento dell'eventuale scostamento dalla fisiologia e un supporto adeguato e continuativo durante il travaglio, il parto e il puerperio. Il percorso è rivolto alle donne con basso rischio ostetrico che, debitamente informate, richiedano un modello di assistenza al *peripartum* basato sulla gestione in autonomia da parte delle ostetriche.

Il modello organizzativo/assistenziale declinato nel presente documento fa riferimento all'assistenza al parto in autonomia da parte delle ostetriche nelle Aree funzionali BRO *alongside* e alla Gestione autonoma BRO all'interno dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, secondo gli indirizzi nazionali sul parto BRO (*Ministero della salute: Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico-2017*). L'attivazione delle Aree funzionali BRO nei singoli Punti nascita è subordinata alla valutazione costo-beneficio e costo-efficacia e al possesso da parte dei Punti nascita dei requisiti e standard organizzativi, tecnologici e di sicurezza previsti dalla normativa vigente in materia, ferma restando la possibilità di attivare, in alternativa, modelli organizzativi di Gestione autonoma all'interno di U.O. di Ostetricia e Ginecologia, nei termini di seguito esplicitati.

1. Contesto nazionale e regionale

Alcuni elementi di contesto nazionali e regionali sono importanti per caratterizzare le gestanti, per verificare il ricorso ad interventi invasivi, in particolare al taglio cesareo, e per contestualizzare i modelli di assistenza a gestione ostetrica in essere.

L'età materna al parto nelle donne italiane è mediamente di 32,8 anni, mentre scende a 30,2 anni per le cittadine straniere. L'età media al primo figlio è per le donne italiane, quasi in tutte le regioni, superiore a 31 anni, con variazioni sensibili tra le regioni del Nord e quelle del Sud, mentre le donne straniere partoriscono il primo figlio ad un'età mediamente inferiore di 3 anni.

Il ricorso all'espletamento del parto per via chirurgica in Italia è elevato. In media, dall'ultimo rapporto CeDAP risulta che una donna su tre partorisce con taglio cesareo (33,7%) e che tale rapporto sale a 1 su due (50,9%) nelle case di cura accreditate.

Nelle tabelle di seguito, sono riassunti i dati del Friuli Venezia Giulia riferiti al periodo 1.1.2019-31.12.2019.

Tabella 1: Distribuzione dei parti per Punto nascita in FVG

AZIENDA	PUNTO NASCITA	TOT_PARTI
AAS2	Monfalcone	701
	Latisana*	234
	Palmanova*	373
AAS3	San Daniele	816
	Tolmezzo	386
ASUIUD	Udine	1437
AAS5	Pordenone	1157
	San Vito	680
	Casa Di Cura San Giorgio	680
	I.R.C.C.S. Burlo Garofolo	1400
	Domicilio/Altro Luogo	38
altro	PO Cattinara e Maggiore TS	3
TOTALE		7905

RER- Repository Epidemiologico Regionale, Fonte CEDAP. Estrazione del 16.07.2020

*Il Punto nascita di Latisana ha ripreso l'attività il 29/7/2019 in corrispondenza alla chiusura dell'attività presso il Punto nascita di Palmanova.

L'età media delle donne al parto è di 32,1 anni, più elevata nelle donne italiana rispetto alle straniere (33 vs 29,7 anni). Come evidente nella tabella sottostante, che rappresenta la distribuzione delle donne per classe di età al parto, circa un terzo delle donne ha un'età superiore ai 35 anni (il 6,5 % superiore ai 40 anni).

Tabella 2: Distribuzione delle donne per classe di età al parto in Friuli Venezia Giulia

CLASSI DI ETA' (anni)	% donne
<30	31,6
30-34	33,9
35-40	28,0
>40	6,5

RER- Repository Epidemiologico Regionale, Fonte CEDAP. Estrazione del 16.07.2020

L'età media al primo figlio è di 30,9 anni, con un'età di quattro anni più elevata nelle donne italiane rispetto alle straniere (31,8 vs 27,8).

Tabella 3: Tagli cesarei totali e tagli cesarei primari nei PN del FVG

AZIENDA	PUNTO NASCITA	N. Tagli Cesarei	% su Parti Totali	N. Tagli Cesarei Primari	% su Parti senza precedente cesareo
AAS2	Monfalcone	142	20,26	76	12,73
	Latisana	50	21,37	31	14,98
	Palmanova	62	16,62	43	12,57
AAS3	San Daniele	162	19,85	111	14,98
	Tolmezzo	93	24,09	60	17,80
ASUIUD	Udine	295	20,53	198	15,90
AAS5	Pordenone	290	25,06	175	19,23
	San Vito	134	19,71	92	14,84
	Casa Di Cura San Giorgio	168	24,71	108	20,19
	Burlo Garofolo	254	18,14	185	15,08
	altro	2	66,67	1	
TOTALE		1.652	20,90	1080	

RER- Repository Epidemiologico Regionale, Fonte CEDAP. Estrazione del 16.07.2020

La percentuale dei parti con taglio cesareo aumenta con l'aumentare dell'età, e quasi la metà dei cesarei (45%) avviene in donne di età superiore ai 35 anni.

Si segnala in particolare, come nella realtà regionale, il 6.5% delle donne ha, al parto un'età superiore ai 40 anni e che più della metà delle donne (50,6%) che ha partorito nel corso del 2019 è nullipara, aspetti da considerare nei modelli organizzativi di assistenza al parto.

In alcune realtà nazionali sono operative esperienze di Gestione autonoma da parte delle ostetriche, mentre più rare le esperienze nazionali di attivazione di Aree funzionali BRO, come evidenziato nelle linee di indirizzo nazionali su menzionate.

In Friuli Venezia Giulia non è operativa, al luglio 2020, nessuna Area funzionale BRO presso i Presidi ospedalieri sede di Punto nascita. Presso i Punti nascita di Monfalcone, San Vito ed IRCCS Burlo Garofolo è attiva la procedura di Gestione autonoma nel percorso nascita fisiologico all'interno della U.O. di Ostetricia e Ginecologia.

2. Riferimenti normativi

Si pongono di seguito in evidenza alcuni riferimenti normativi relativi al ruolo dell'ostetrica nel percorso nascita, in particolare:

- **Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 740** recante *“Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o”*;
- **Legge 26 febbraio 1999, n. 42** recante *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie”*;
- **Legge 10 agosto 2000, n. 251** recante *“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”*;
- **Decreto Ministeriale 24 aprile 2000** recante *“Adozione del progetto obiettivo materno-infantile relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000”*;
- **Decreto Legislativo 9 novembre 2007, n. 206**, recante *“Attuazione della direttiva 2005/36/CE, relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali, nonché della direttiva 2006/100/CE che adegua determinate direttive sulla libera circolazione delle persone a seguito dell'adesione di Bulgaria e Romania”* che all'art. 48 – come modificato dall'art. 37, del **Decreto legislativo 28 gennaio 2016, n. 15** - delinea le attività al cui esercizio le ostetriche sono autorizzate, in particolare:
 - fornire una buona informazione e dare consigli per quanto concerne i problemi di pianificazione familiare;
 - accertare la gravidanza e in seguito sorvegliare la gravidanza normale, effettuare gli esami necessari al controllo dell'evoluzione della gravidanza normale;
 - prescrivere gli esami necessari per la diagnosi quanto più precoce di gravidanze a rischio;
 - predisporre programmi di preparazione dei futuri genitori ai loro compiti, assicurare la preparazione completa al parto e fornire consigli in materia di igiene e di alimentazione;
 - assistere la partoriente durante il travaglio e sorvegliare lo stato del feto nell'utero con i mezzi clinici e tecnici appropriati;
 - praticare il parto normale, quando si tratti di presentazione cefalica, compresa, se necessario, l'episiotomia e, in caso di urgenza, praticare il parto nel caso di una presentazione podalica;
 - individuare nella madre o nel bambino i segni di anomalie che richiedono l'intervento di un medico e assistere quest'ultimo in caso d'intervento; prendere i provvedimenti d'urgenza che si impongono in assenza del medico e, in particolare, l'estrazione manuale della placenta seguita eventualmente dalla revisione uterina manuale;
 - esaminare il neonato e averne cura; prendere ogni iniziativa che s'imponga in caso di necessità e, eventualmente, praticare la rianimazione immediata;
 - assistere la partoriente, sorvegliare il puerperio e dare alla madre tutti i consigli utili affinché possa allevare il neonato nel modo migliore;
 - praticare le cure prescritte da un medico;
 - redigere i necessari rapporti scritti.
- **Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010, n. 137/CU** recante *“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”* che evidenzia come esistano convincenti evidenze scientifiche che, nella gravidanza fisiologica, un'assistenza fornita da sole ostetriche, in un contesto di supporto alla naturalità dell'evento nascita e in una visione olistica, continuativa e personalizzata, migliora la qualità delle cure, la sicurezza e la soddisfazione delle persone assistite.

La rete assistenziale al percorso nascita è oggetto di provvedimenti sia nazionali che regionali, in particolare:

- **Decreto Presidente Consiglio Ministri 12 gennaio 2017** *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”* che all'art. 24 definisce le prestazioni sociosanitarie ai minori, alle donne, alle coppie e alle famiglie;
- **Accordo Stato Regioni 24 gennaio 2018, n. 14/CSR** *“Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti”* che delinea la rete per la neonatologia e i Punti nascita;
- **Delibera giunta 29 novembre 2004, n. 3235** di approvazione del progetto obiettivo materno - infantile e dell'età evolutiva;

- **Delibera giunta 15 giugno 2012, n. 1083** che, nel recepire l'Accordo Stato Regioni 16 dicembre 2010, pone l'accento su un percorso in grado di garantire qualità e sicurezza degli interventi con livelli di cura appropriati ai bisogni della coppia e al grado di rischio della gravidanza, nel rispetto delle scelte della donna e nell'ottica dell'umanizzazione dell'evento nascita;
- **Decreto 1733/SPS del 19/12/2016** di "*Organizzazione del trasporto in emergenza perinatale: Servizio di Trasporto in Emergenza Neonatale (STEN) e Servizio Assistito Materno (STAM) – Procedura*".
- **Delibera giunta 21 marzo 2018, n. 723**, sulle "*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*": percorso nascita per la gravidanza a basso rischio in Friuli Venezia Giulia" che delinea un percorso nascita commisurato al livello di rischio della gravidanza (basso o medio/alto), specifica per ognuna delle fasi del percorso, pre-concezionale, accesso al percorso, gravidanza, travaglio/parto e puerperio, gli obiettivi di salute, il timing, il *setting* più appropriato, le responsabilità e le azioni e definisce il percorso Gravidanza a basso rischio a gestione autonoma da parte delle ostetriche;
- **Delibera giunta 20 dicembre 2019, n. 2195** "*Linee annuali per la gestione del Servizio sanitario e sociosanitario regionale per l'anno 2020. Approvazione definitiva*" che prevede l'implementazione da parte delle Aziende sanitarie dei percorsi della gravidanza a basso rischio a gestione ostetrica.

Si richiama, in particolare, l'Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010 che ha posto le basi per una riorganizzazione della rete di offerta relativa alla gravidanza, parto e puerperio mirata a garantire livelli di qualità e sicurezza del percorso nascita, commisurando gli interventi al grado di rischio, nell'ottica di una de-medicalizzazione e umanizzazione del percorso nascita.

I principi del suddetto Accordo sono stati recepiti a livello regionale con DGR 1083/2012 che, nell'individuare i requisiti di qualità e sicurezza dei nodi della rete regionale, in coerenza con le indicazioni ministeriali, ha inteso promuovere interventi a sostegno di un modello di cura che garantisca l'assistenza, l'accompagnamento e il sostegno della coppia nella struttura più idonea alla situazione clinica, superando le rigidità organizzative e favorendo l'interazione tra i servizi coinvolti e tra le diverse figure professionali.

Con DGR 723/2018 la regione Friuli Venezia Giulia ha inteso favorire un percorso assistenziale personalizzato, centrato sui bisogni della donna e del nascituro, commisurato al grado di rischio della gravidanza, che assicuri gli standard di qualità e sicurezza e promuova un efficace processo di partecipazione ed *empowerment* della donna/coppia. In quest'ottica è stato proposto un modello assistenziale che prevede, l'attivazione di un percorso in cui la gravidanza a basso rischio ostetrico è gestita in autonomia da personale ostetrico nell'ambito di un team multiprofessionale operante in una rete integrata che preveda l'interazione tra ostetriche, ginecologi, neonatologi, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, tra professionisti dei Consultori familiari e professionisti dei Punti nascita.

La gestione del parto BRO in autonomia da parte delle ostetriche è oggetto di trattazione nel documento:

- **Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)** a cura del Comitato Percorso Nascita nazionale del Ministero della Salute

Il documento ministeriale individua i modelli organizzativi a conduzione autonoma da parte della figura professionale dell'ostetrica, da implementare a livello nazionale per le donne a basso rischio ostetrico, in:

- 1) *Gestione autonoma* BRO nel percorso nascita fisiologico all'interno della U.O. di Ostetricia e Ginecologia sulla base di protocolli e griglie di definizione del rischio condivisi;
- 2) *Aree funzionali BRO (alongside)* del percorso nascita fisiologico situate all'interno di presidi ospedalieri sede di Punto nascita e di U.O. di Pediatria/Neonatologia, collegate e adiacenti alle U.O. di Ostetricia e Ginecologia, ma con separazione fisica, ossia aree collocate nello stesso edificio dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia o adiacenti e direttamente collegati ad essa.

Tali modelli organizzativi sono declinati nel presente documento.

3. Obiettivi

La finalità del presente documento è quella di promuovere iniziative volte a favorire la nascita nel rispetto della naturalità dell'evento, in un ambiente riservato, confortevole, familiare e demedicalizzato che offra, nel contempo, tutti i requisiti di sicurezza di una sala parto tradizionale. Ciò, nella consapevolezza che, in ambito ostetrico, vi è un'incomprimibilità del rischio legata all'imprevedibilità di alcuni eventi e alla variabilità biologica.

Con l'obiettivo di completare il percorso riferito alla gravidanza fisiologica a gestione ostetrica, di cui alla DGR 723/2018, con le indicazioni relative anche al *peripartum* (travaglio, parto e puerperio), si recepiscono gli indirizzi nazionali relativi all'attivazione di Aree funzionali BRO *alongside* e Gestione autonoma BRO in U.O. di Ostetricia e Ginecologia nel percorso nascita fisiologico.

Gli obiettivi specifici sono di seguito delineati:

- fornire alla donna/coppia informazioni basate su prove di efficacia aggiornate, utili per poter maturare scelte informate e consapevoli relative alla scelta del luogo del parto, individuando momenti in cui discutere le tematiche alla luce della situazione clinica e delle preferenze e valori della donna/coppia;
- informare la donna/coppia a basso rischio ostetrico circa la possibilità di accedere al parto a gestione a responsabilità ostetrica, secondo gli indirizzi del presente documento, nelle strutture del territorio regionale dove questo modello assistenziale è attivato;
- individuare criteri e strumenti per l'attribuzione del modello assistenziale più opportuno e per la rivalutazione del rischio in travaglio;
- definire gli standard strutturali, tecnologici e organizzativi delle Aree funzionali BRO *alongside* e gli standard organizzativi della Gestione autonoma BRO;
- individuare gli indicatori per il monitoraggio e verifica dei modelli organizzativo/assistenziali;
- favorire l'integrazione dei percorsi assistenziali territorio-ospedale e l'assistenza e il supporto a donna e neonato, dopo il parto, da parte dell'ostetrica, anche attraverso l'attivazione di un servizio domiciliare e territoriale;
- valutare il grado di soddisfazione materna.

4. Campo e luoghi di applicazione

Il percorso si intende applicabile nelle seguenti situazioni:

- gravidanza singola, a termine, basso rischio ostetrico, donna e feto in buona salute, assenza dei fattori di rischio di cui alle tabelle 5 e 6;
- aree funzionali site in strutture sede di Punto nascita autorizzato/accreditato secondo gli standard della DGR 1083/2012 o modalità organizzative di Gestione autonoma, nel rispetto dei requisiti di cui all'allegato 1.

5. Il percorso "Parto BRO" a gestione ostetrica autonoma

Il percorso "Parto BRO" fa riferimento all'intero percorso travaglio, parto e puerperio gestito in autonomia dalle ostetriche nelle Aree funzionali BRO *alongside* o con modalità organizzativa Gestione autonoma BRO in U.O. di Ginecologia e Ostetricia e coniuga i bisogni emotivi, relazionali, assistenziali e organizzativi alla base delle buone pratiche per l'assistenza alla nascita, secondo un modello bio-psico-sociale che vede la donna protagonista del proprio percorso nascita.

Il percorso "Parto BRO" completa il percorso gravidanza fisiologica a gestione ostetrica, delineato con DGR 723/2018. Le Aziende favoriscono il raccordo tra la gestione della gravidanza BRO a livello territoriale e la presa in carico della donna per il parto BRO, secondo le modalità organizzative suddette.

Ai fini della presente trattazione si intende per:

Area funzionale BRO: un'area funzionale a conduzione in autonomia da parte di personale ostetrico, strutturalmente e funzionalmente collegata al presidio ospedaliero sede di Punto nascita e parte integrante dell'ospedale stesso dove, in caso di gravidanze a basso rischio ostetrico e su richiesta della donna, è possibile garantire in sicurezza il parto in ambiente non medicalizzato.

L'Area funzionale si identifica con le Aree funzionali BRO *alongside* del documento ministeriale sulle linee di indirizzo per la gravidanza BRO a cura del Comitato percorso nascita nazionale, su menzionato. Si tratta di aree collegate alla U.O. di Ostetricia e Ginecologia, ma con separazione fisica, ossia aree collocate nello stesso edificio dell'Unità Operativa, adiacenti o direttamente collegate e in stretta contiguità con la Sala Parto, in modo da garantirne un suo tempestivo e sicuro raggiungimento in caso di necessità.

L'Area funzionale è parte integrante dell'ospedale stesso per la gestione del personale, delle prestazioni erogate e dei beni mobili ed immobili.

Gestione autonoma BRO: la gestione del percorso è autonoma e sotto la diretta responsabilità dell'ostetrica. Il percorso travaglio, parto e puerperio si articola all'interno delle strutture di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero sede di Punto nascita, sulla base di protocolli e griglie condivise.

Il percorso "Parto BRO" è gestito in autonomia dalla figura professionale dell'ostetrica, adeguatamente formata, che opera all'interno di un team multidisciplinare e multiprofessionale (ostetriche, ginecologi, pediatri/neonatologi, anestesisti e altri operatori del Punto nascita) e in raccordo con una rete integrata (Punti nascita, Consultori familiari, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta), secondo le normative che regolano l'esercizio professionale e nel rispetto delle più recenti evidenze scientifiche.

Bilancio di salute ostetrico: durante il travaglio, il parto e il puerperio, l'ostetrica provvede alla valutazione e rivalutazione dello stato di salute della donna, del feto e del neonato e della normale progressione delle diverse fasi, attraverso la raccolta sistematica di elementi anamnestici e clinici e l'utilizzo di strumenti e *check list*, secondo le pratiche assistenziali raccomandate, gli standard assistenziali, le Linee guida e le *best practice* e predisporre e aggiorna il piano di assistenza personalizzato ad ogni bilancio.

Fasi del percorso "Parto BRO":

- Accesso al percorso
- Valutazione del benessere materno-fetale in travaglio e parto
- Valutazione del benessere materno nel post-partum
- Assistenza al neonato, allattamento, profilassi e screening neonatali
- La continuità assistenziale con i servizi territoriali

Le strutture dove sono attivate le modalità organizzative oggetto della presente trattazione, definiscono procedure scritte relative al percorso Parto BRO con particolare riferimento alle modalità organizzative interne, ai criteri di accesso, alla sorveglianza del benessere materno e feto-neonatale in tutte le fasi (travaglio/parto/post-partum), ai criteri e alle modalità di trasferimento delle cure all'equipe di Sala Parto (ginecologo/a, ostetrica, anestesista, pediatra/neonatalogo) in caso di scostamento dalla fisiologia, tenendo conto degli indirizzi delineati nel presente documento. Le procedure sono formalizzate, basate sull'evidenza scientifica, aggiornate, condivise e note a tutti gli operatori coinvolti.

5.1 ACCESSO AL PERCORSO "PARTO BRO"

Scelta del luogo del parto

Durante gli incontri programmati nel corso della gravidanza trovano spazio momenti di confronto con i professionisti in merito alla scelta del luogo del parto. Il professionista fornisce alla donna/coppia informazioni aggiornate basate su evidenze scientifiche e rapportate agli elementi che contraddistinguono la

singola situazione, affinché la donna possa esercitare la libertà di scelta del luogo del parto basandosi su elementi conoscitivi e di contesto, oltre che sulle sue preferenze, valori e identità culturale. A garanzia e salvaguarda di una scelta consapevole, la donna/coppia deve essere portata a conoscenza che, anche nelle gravidanze a basso rischio e nei travagli fisiologici, specie nelle nullipare, possono sopraggiungere, sia per la partoriente che per il nascituro, complicanze non previste né prevedibili a priori. Alcune problematiche, se non affrontate in maniera efficace, con la massima tempestività e in ambiente adeguato, possono comportare gravi ripercussioni in termini di sopravvivenza ed esiti per la salute. La comunicazione deve essere sempre supportata da dati scientifici.

I colloqui con la donna/coppia seguono i principi di una “comunicazione efficace” durante tutto il percorso nascita. Il linguaggio utilizzato è semplice, chiaro e conciso e sono evitati termini tecnici. Può essere previsto l'utilizzo di materiale grafico, disegni, ecc. Laddove indicato, è fornita informativa scritta. La donna va incoraggiata a esprimere i propri bisogni e preferenze e ogni colloquio è strutturato in modo da riservare un tempo sufficiente affinché la donna/coppia possa porre domande ed esprimere dubbi. Va garantita privacy e confidenzialità (*WHO 2018*).

L'accessibilità all'informazione va assicurata a tutte le donne, superando eventuali difficoltà di natura fisica, sensoriale, linguistica o socio-culturale, anche con l'ausilio di informativa scritta multilingue e di mediazione linguistica, dove necessario.

[Bilancio di salute e presa in carico per l'accesso al Parto BRO](#)

Il bilancio di salute previsto attorno alla 36^a settimana (*vedi DGR 723/2018*), da effettuarsi presso il Punto nascita del presidio ospedaliero dove si intende intraprendere il percorso Parto BRO (*Aree funzionali o Gestione autonoma*), è condizione indispensabile per l'accesso.

Durante il controllo, viene effettuata una valutazione congiunta ginecologo-ostetrica per verificare la sussistenza dei criteri per l'accesso al travaglio-parto a gestione autonoma ostetrica. La valutazione clinica e anamnestica si avvarrà anche di strumenti quali la check list a 36 settimane (*tabella 4*) con lo scopo di accertare che la gravidanza sia a basso rischio ostetrico e non siano presenti fattori di rischio che controindicano il travaglio e parto a gestione ostetrica. La presenza anche di un solo fattore di rischio, controindica l'accesso al percorso Parto BRO.

Alla donna/coppia vengono fornite tutte le informazioni necessarie, affinché possa assumere una scelta informata e consapevole (*vedi Scelta del luogo del parto*). L'incontro è anche l'occasione per instaurare un rapporto di conoscenza e fiducia reciproche fra la donna e la professionista ostetrica che sarà responsabile della presa in carico della donna che accede al percorso Parto BRO nelle Aree funzionali BRO o nella Gestione autonoma. Viene inoltre concordato il piano assistenziale.

Alle donne eleggibili al Parto BRO, è offerta la possibilità di visitare l'Area funzionale BRO o la Sala Parto, in caso di Gestione autonoma, per prendere familiarità con struttura e team.

[Accesso in travaglio](#)

Al momento dell'accesso in travaglio è effettuata una rivalutazione del rischio materno e feto-neonatale per le donne già valutate idonee al Percorso Parto BRO al controllo della 36^a settimana di gestazione. La visita congiunta ostetrica/ginecologo appurerà che, rispetto al controllo della 36^a settimana, non siano intercorsi fattori di rischio che controindichino l'ammissione alle Aree funzionali BRO o alla Gestione autonoma (ad esempio per acquisizione di esami microbiologici, ematologici, malattie intercorrenti, ecc), anche avvalendosi della check list in travaglio (*tabella 5*).

La presenza anche di un solo fattore di rischio, controindica l'accesso al travaglio/parto BRO.

Tabella 4: Fattori di rischio che controindicano l'accesso – check list a 36 settimane

FATTORE DI RISCHIO A 36 SETTIMANE		FATTORE DI RISCHIO	
		PRESENTE	ASSENTE
ANAMNESI OSTETRICA REMOTA - GRAVIDANZE PREGRESSE	MEU, nato morto, morte neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa nascita di neonato con sequele neurologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Abortività: 3 o più aborti spontanei consecutivi o un aborto tardivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Grande multiparità (5 o più parti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peso neonatale < 2500 grammi o > 4500 grammi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peso per età gestazionale < 5th percentile o > 95th percentile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Parto pretermine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malformazioni fetali/neonatali, alterazioni cromosomiche o patologia genetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Isoimmunizzazione materno-fetale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ipertensione/pre-eclampsia/eclampsia/HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregresso evento tromboembolico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia placentare (distacco, accretismo, placenta ritenuta, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa distocia di spalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa lacerazione perineale di III o IV grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pregressa EPP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregressa chirurgia ostetrico-ginecologica (miomectomia, cerchiaggio, conizzazione, TC, rottura d'utero)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malformazione uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CONDIZIONI/PATOLOGIE DELLA DONNA ATTUALI O PREGRESSE	Mal. ereditarie/congenite anche relative al partner e famiglia clinicamente rilevanti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia cardiovascolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ipertensione attuale o pregressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Asma severa/patologia respiratoria cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Emoglobinopatie/disordini ematologici, compresa anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Coagulopatie attuali o pregresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Episodi tromboembolici attuali o pregressi e/o anamnesi familiare o personale di rischio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malattie endocrinologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malattie autoimmuni (es. LES ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Epatite C/B, HIV, TBC, LUE (<i>specificare</i>) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malattia gastrointestinale cronica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia epatica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologie renali e/o urologiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia oncologica in atto o pregressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia neurologica (es. epilessia ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Patologia psichiatrica attuale o pregressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Uso/abuso/dipendenza di sostanze illegali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso consumo alcool/fumo/tabacco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assunzione cronica di farmaci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vulnerabilità/disagio/violenza/mancaza di supporto sociale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Altre patologie o condizione di rischio (<i>specificare</i>) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
GRAVIDANZA ATTUALE	Età donna < 18 anni o > 40 anni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BMI $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ o $< 18 \text{ kg/m}^2$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gravidanza multipla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gravidanza da PMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Emoglobina < 10,5 g/dl nel terzo trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Piastrinopenia con valori PLT < 100.000 mm^3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Diabete gestazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Colestasi gravidica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperensione/pre-eclampsia/eclampsia/HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tromboflebite profonda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alloimmunizzazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sieroconversione per toxoplasmosi/rubeo/CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezione da varicella in gravidanza o storia di Herpes genitalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive sistemiche/infezioni virali/infezioni urinarie/genitali in atto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assunzione di farmaci che possono avere ripercussioni sul neonato (es. SSRI, BDZ, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdite ematiche vaginali significative (due o più episodi) nel II-III trimestre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologia placentare presente o sospetta (accretismo/vasa previa, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oligo o polidramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malformazione fetale, alterazione cromosomica o m. genetica fetale, patologia fetale nota	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso fetale stimato < 2500 grammi o > 4000 grammi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritardo di crescita intrauterino accertato o sospetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sproporzione feto pelvica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterazioni flussimetria fetale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altra patologia ostetrica o fetale presente o dubbia (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tabella 5: Fattori di rischio che controindicano l'accesso – check list al momento del travaglio
(applicabile a donne già valutate idonee a 36 settimane)

FATTORE DI RISCHIO AL MOMENTO DEL TRAVAGLIO	FATTORE DI RISCHIO	
	PRESENTE	ASSENTE
Epoca gestazionale <37 o ≥ 41 ⁺³ sett.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sproporzione feto/pelvica accertata o sospetta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peso fetale stimato < 2500 grammi o > 4000 grammi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritardo di crescita intrauterino accertato o sospetto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentazione anomala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alterata velocimetria arteria ombelicale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oligo o polidramnios	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tampone vaginale/rettale non eseguito in presenza di fattori di rischio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tampone vaginale/rettale positivo per SGB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Febbre materna e/o sospetto clinico di infezione amniotica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PROM ≥ 18 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido tinto, se rottura membrane, indipendentemente dalla durata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infezione da Herpes genitale in fase attiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdite ematiche clinicamente significative e non riconducibili alla dilatazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro a giudizio del professionista (specificare) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Alle Aree funzionali BRO e alla Gestione autonoma ha libero accesso una persona cara, secondo le scelte dalla donna, per supportarla durante il travaglio e il parto.

Al momento dell'accesso della donna alle Aree funzionali BRO, l'ostetrica responsabile del caso informa il referente di Sala Parto del travaglio in corso.

5.2 VALUTAZIONE DEL BENESSERE MATERNO-FETALE IN TRAVAGLIO E PARTO

Il presente paragrafo si riferisce al primo (fase latente e fase attiva) e al secondo stadio del travaglio. In coerenza con la definizione WHO 2018, si intende per:

- *fase latente del primo stadio del travaglio* il periodo di tempo caratterizzato da contrazioni uterine dolorose e cambiamenti variabili della cervice uterina, incluso un certo grado di appianamento e lenta progressione della dilatazione, sino a 5 cm, per le primipare e pluripare;
- *fase attiva del primo stadio del travaglio* il periodo di tempo caratterizzato da regolari contrazioni uterine dolorose e modificazioni della cervice che includono un sostanziale appianamento e più rapida dilatazione da 5 cm sino alla completa dilatazione cervicale, per primipare e pluripare;
- *secondo stadio del travaglio* quel periodo di tempo tra la dilatazione cervicale completa e la nascita del bambino, durante il quale la donna ha un'involontaria urgenza di spingere, come risultato delle contrazioni uterine espulsive.

Il travaglio-parto è un evento evolutivo che richiede una costante valutazione e rivalutazione ostetrica al fine di una tempestiva identificazione di eventuali condizioni che si discostano dalla normale progressione del processo fisiologico, richiedendo la pronta attivazione e presa in carico della donna da parte del team di Sala parto (ginecologo, ostetrica, neonatologo, anestesista, ecc.).

L'assistenza prevede la sorveglianza:

- *del benessere materno* con rilevazioni seriate dei parametri vitali quali frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa, della temperatura corporea, delle condizioni generali, delle perdite ematiche, dello stato perineale con messa in atto delle tecniche per ridurre gli effetti del trauma, della minzione, della valutazione psico-emozionale e del dolore con adozione delle misure di contenimento;
- *del benessere del feto* con auscultazione intermittente del battito cardiaco fetale (eventuale ricorso a CTG qualora indicato – *vedi tabella 6*), rilevazione dei movimenti attivi fetali, delle contrazioni uterine e delle caratteristiche del liquido amniotico;
- *della progressione del travaglio* con la palpazione addominale, la rilevazione dell'attività contrattile uterina, la valutazione della dilatazione della cervice uterina, della discesa della parte presentata, della rotazione cefalica e valutazione delle perdite vaginali.

Il partogramma è uno strumento che rappresenta graficamente la progressione dei fenomeni dinamici del I e II stadio e viene utilizzato con lo scopo di facilitare la registrazione dei riscontri clinici, la rappresentazione grafica della progressione del travaglio e parto e la valutazione dell'assistenza e delle cure ostetriche.

Qualora l'evoluzione del travaglio-parto si discosti dalla fisiologia, l'ostetrica fa prontamente riferimento all'equipe medico-ostetrica di Sala parto del Punto nascita.

In tabella 6 sono dettagliati alcuni criteri che raccomandano un rapido trasferimento della presa in carico all'equipe medico-ostetrica.

Tabella 6: Criteri che implicano il trasferimento della presa in cura all'equipe di Sala Parto

INDICAZIONI AL TRASFERIMENTO - intrapartum		FATTORE DI RISCHIO	
		PRESENTE	ASSENTE
MATERNE	FC materna >120 bpm in due rilevazioni consecutive a distanza di 30'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PAD ≥110 mmHg o PAS ≥160 mmHg in una singola rilevazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PAD ≥90 mmHg o PAS ≥140 mmHg in due rilevazioni consecutive a distanza di 30'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	PAD ≥90 mmHg o PAS ≥140 mmHg in singola rilevazione con stick urine positivo (2+) per presenza di proteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temperatura ≥38°C, oppure <38°C aumentata di 1°C durante il periodo di osservazione oppure ≥37.5°C in due rilevazioni consecutive a distanza di 60'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Perdite ematiche clinicamente significative e non riconducibili alla dilatazione del canale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Dolore riportato dalla donna che differisce dal dolore normalmente associato alle contrazioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alterata progressione degli stadi del travaglio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Insorgenza di emergenze ostetriche -convulsioni, sincope, ecc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FETALE	Anomala presentazione fetale inclusa procidenza e prolasso di funicolo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alterazioni del BCF: <110 o >160 all'auscultazione intermittente, confermata da cardiotocografia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANNESSI	PROM ≥ 18 ore *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liquido amniotico tinto di grado 2-3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ORGANIZZATIVE	Richiesta partoanalgesia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Impossibilità a garantire assistenza <i>one to one</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Impossibilità a garantire la presenza di almeno due ostetriche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ogni altro segno/sintomo che si discosti dalla fisiologia a giudizio del professionista (<i>specificare</i>) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*se la rottura delle membrane raggiunge le 18 ore, contattare l'equipe di Sala Parto

5.3 VALUTAZIONE DEL BENESSERE MATERNO NEL POST-PARTUM

Il paragrafo fa riferimento alla sorveglianza del benessere materno nella terza fase del travaglio e nel post-partum. Per la sorveglianza del benessere neonatale e le cure al neonato si rimanda al paragrafo 5.4.

Il *terzo stadio del travaglio* è definito come il tempo che intercorre tra la fuoriuscita del neonato e l'espulsione dall'organismo materno, degli annessi fetali (placenta, membrane, funicolo ombelicale). Le due ore a seguire l'espulsione della placenta determinano il *post-partum*, fase estremamente delicata, caratterizzata dagli adattamenti fisici materni e neonatali.

La gestione del terzo stadio del travaglio va discussa, pianificata e concordata con la donna prima del parto. In occasione del controllo congiunto medico-ostetrico alla 36^a settimana gestazionale vengono fornite informazioni basate sulle evidenze scientifiche e la donna viene resa edotta circa le raccomandazioni nazionali ed internazionali relative all'utilizzo dell'ossitocina per la prevenzione dell'emorragia *post-partum* (*raccomandazioni WHO 2018; Linee guida n. 26 SNLG-ISS, 2016; AGENAS 2018*).

Le linee guida ministeriali sulla prevenzione dell'emorragia *post-partum* raccomandano "di spiegare alla donna prima del parto le diverse opzioni per la gestione del terzo stadio e di consigliarle la somministrazione di ossitocina perché associata a un rischio ridotto di emorragia del post partum". Per la donna a basso rischio ostetrico che sceglie un approccio fisiologico senza ossitocina "di informarla dettagliatamente dei benefici associati al trattamento. Se la donna, dopo avere ricevuto queste informazioni, conferma la personale

valutazione del rapporto beneficio/danno favorevole all'approccio fisiologico, si raccomanda di assecondarla in questa scelta, documentando in cartella l'assistenza concordata" (Linee guida n. 26 SNLG-ISS, 2016).

Un management attivo del terzo stadio del travaglio rispetto alla gestione fisiologica è associato a:

- minor durata dello stesso
- minor rischio di perdite ematiche maggiori di 1000 ml (1.3% vs 2.9%)
- minor rischio di trasfusione (1.4% vs 4%)
- maggior frequenza nausea e vomito (10% vs 5 %)

(Intrapartum care CG190 NICE 2014)

Si raccomanda un'attenta stima delle perdite ematiche (utilizzo di sacche graduate, peso di garze e teli, poster visuali) e un attento monitoraggio delle condizioni cliniche.

Devono essere messe in pratica azioni di attiva vigilanza attraverso un monitoraggio continuo secondo criteri definiti, per poter cogliere precocemente eventuali segni/sintomi di scostamento dal naturale decorso.

L'ostetrica effettua i bilanci di salute ostetrici e informa la donna riguardo alla naturale evoluzione degli eventi e ai segnali che richiedono un tempestivo trattamento.

La sorveglianza del benessere materno comprende la rilevazione sistematica a intervalli codificati di alcuni parametri/segni/sintomi: FC, FR, PA, temperatura corporea, condizioni cliniche generali, valutazione addominale del tono e del livello del fondo uterino, lochi ematici, funzione urinaria e intestinale, valutazione vulvo-vaginale e perineale, rilevazione del dolore percepito dalla donna e le sue condizioni psico-emotive.

In gravidanza sono stati proposti dei sistemi di allerta precoci modificati, per riconoscere precocemente eventuali scostamenti dalla fisiologia. Le linee guida dell'Istituto superiore di sanità "*L'emorragia del post-partum: come prevenirla, come curarla*" e le "*Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza*" dell'Age.na.s. raccomandano l'adozione della scheda MEOWS (*Modified early obstetric warning score*) come sistema di allerta e monitoraggio in grado di facilitare il riconoscimento precoce di emergenze ostetriche. Il sistema, attraverso la misurazione di variabili fisiologiche, permette di tradurre le osservazioni cliniche in un punteggio che prevede soglie critiche, oltre le quali l'assistenza deve diventare più intensiva. Il rationale è che cambiamenti combinati delle variabili possano permettere un più rapido riconoscimento dello scostamento dalla fisiologia, rispetto al mutare di una singola variabile. Lo score MEOWS, quindi indica la probabilità di deterioramento clinico, fornendo un ausilio all'identificazione di scostamenti che suggeriscono il tempestivo invio a cure appropriate. Di più semplice utilizzo, la scheda MEOWS con codice colore: se il risultato mostra due parametri gialli o uno rosso è necessario contattare subito l'equipe di sala parto; con un parametro giallo è indicata la rivalutazione a breve distanza di tempo (*Age.na.s 2018*).

La scheda MEOWS deve essere considerata uno strumento di supporto al monitoraggio del benessere materno e non sostituisce in alcun modo la valutazione clinica. Se le condizioni della donna destano preoccupazione, l'equipe di Sala parto va allertata indipendentemente dal risultato della scheda MEOWS.

Il passaggio della presa in carico all'equipe medico-ostetrica di sala parto segue procedure aziendali codificate, scritte, condivise e conosciute da tutti gli operatori.

In particolare si evidenziano nella tabella sottostante alcuni criteri che raccomandano un rapido trasferimento della donna.

Tabella 7: Criteri che implicano il trasferimento della presa in cura all'equipe di Sala Parto

INDICAZIONI AL TRASFERIMENTO-- post-partum		FATTORE DI RISCHIO	
		PRESENTE	ASSENTE
MATERNE	Emorragia del terzo stadio, definita come perdita ematica ≥ 500 mL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Valori di allerta precoce MEOWS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ANNESI	Atonia uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mancata espulsione della placenta entro 30 min (se management attivo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mancata espulsione della placenta 60 min (se management fisiologico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Secondamento incompleto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lacerazione del collo uterino	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lacerazione/i vagino-perineale/i di 3-4 grado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogni altro segno/sintomo che si discosti dalla fisiologia a giudizio del professionista (specificare) _____		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.4 ASSISTENZA AL NEONATO, ALLATTAMENTO, PROFILASSI E SCREENING NEONATALI

La cura e il mantenimento del benessere del neonato è affidato all'ostetrica. Il pediatra visita il bambino entro 24 ore dalla nascita e al momento della dimissione e, nel caso, interviene su chiamata dell'ostetrica. In particolare:

A cura dell'ostetrica:

- al bilancio di salute della 36^a settimana, verifica la completezza delle informazioni anamnestiche familiari raccolte durante la gravidanza, orientate al neonato, in particolare relative ad allergie, displasia dell'anca, cardiopatia congenita (compreso aritmie o eventuale QT lungo), ipertensione, malformazioni/sindromi, trombofilia, ipoacusia congenita;
- clampaggio e cura del cordone ombelicale; eventuale raccolta sangue cordonale per donazione solidaristica, prelievo da funicolo per gruppo sanguigno e test di Coombs;
- mantenimento della temperatura corporea, valutazione FR e movimenti respiratori, tono, colorito e reattività;
- attribuzione del punteggio APGAR al 1°, 5° e 10° minuto;
- valutazione delle condizioni cliniche del neonato alla nascita e, nel caso, attivazione delle prime misure di rianimazione neonatale con pronta chiamata del pediatra/neonatologo/anestesista, secondo l'organizzazione aziendale;
- pelle a pelle alla nascita e almeno nelle prime 2 ore, auspicabilmente fino al completamento della prima poppata; informazioni alle mamme, prevenzione SUPC e sorveglianza ostetrica secondo protocolli codificati. Per le modalità organizzative di Gestione autonoma BRO è previsto rooming in h 24;
- misurazioni antropometriche (peso, lunghezza e circonferenza cranica) e valutazione dei percentili;
- valutazione dell'adattamento post-natale e sorveglianza del benessere del neonato;
- informazione alla donna riguardo ai sintomi/segni d'allarme per il bambino che richiedono valutazione specialistica urgente;
- esclusione di malformazioni clinicamente rilevabili (es. atresia anale, atresia esofagea in presenza di scialorrea, sindattilia, ipospadia, ecc.);
- profilassi oftalmica;

- somministrazione vit. K im entro le prime ore dopo la nascita (non oltre la 4^a ora di vita);
- controllo prima emissione di meconio e prima minzione;
- supporto all'allattamento;
- valutazione delle modifiche del peso;
- monitoraggio dell'ittero: almeno una valutazione in occasione del prelievo da tallone per lo SNE o controllo transcutaneo;
- screening uditivo e metabolico allargato previa informativa e gestione delle procedure conseguenti;
- empowerment della mamma all'accudimento del neonato, allattamento, igiene, cura del cordone ombelicale;
- informazioni alla neo mamma circa: *Allattamento, cura del neonato, trasporto in sicurezza, prevenzione incidenti domestici, prevenzione SIDS, rischi Shaken baby syndrome, ruolo vit. D, stili di vita sani, vaccinazioni (con consegna del calendario regionale), bilanci di salute, iscrizione PLS, diritti donna lavoratrice;*
- consegna del libretto pediatrico;
- compilazione scheda CeDAP, attestazione di nascita ed atti ad esso correlati.

A cura del pediatra:

- controllo clinico entro le 24 ore dal parto;
- controllo clinico alla dimissione, ivi compreso lo screening oftalmologico e screening della displasia congenita dell'anca;
- predisposizione, al momento della dimissione, di una lettera per il neonato con indicazioni sulle strutture che eseguiranno il follow up. Si invita all'iscrizione precoce alla pediatria di famiglia;
- consulenza a chiamata.

Qualora intervengano segni o sintomi che si discostano dall'andamento fisiologico, sarà compito dell'ostetrica richiedere consulenza specialistica pediatrico/neonatologica.

Nella tabella 8 sono indicate le situazioni che richiedono la chiamata del pediatra/neonatologo, fermo restando che qualsiasi elemento di sospetto/scostamento debba essere riferito allo specialista che ne valuterà l'urgenza. Le modalità di intervento del pediatra/neonatologo sono regolamentate da procedure aziendali.

Tabella 8: Criteri che richiedono l'attivazione del pediatra/neonatologo

INDICAZIONI ALLA CHIAMATA DEL PEDIATRA/NEONATOLOGO		FATTORE DI RISCHIO	
		PRESENTE	ASSENTE
CHIAMATA IMMEDIATA	Necessità di rianimazione neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Apgar < 4 al 1°min e/o < 7 al 5° min	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Peso alla nascita <10° percentile e > 90° percentile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Segni o sintomi di ipoglicemia (sudorazione, tremori)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	HBsAg materno non noto (richiedere in urgenza) o positivo (vaccinazione ed immunoglobuline specifiche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temperatura cutanea ≥37.5°C in 2 rilevazioni successive a distanza di 1 ora o temperatura <36.5°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Distress respiratorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alterazione frequenza cardiaca (bradicardia, tachicardia, aritmie)		
	Sospette convulsioni (es.: movimenti stereotipati ripetitivi volto e arti) o tremori generalizzati	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Colorito cutaneo alterato: ittero, pallore, cianosi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Alterazione del tono e/o della reattività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Pianto con tonalità elevata poco consolabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Vomito frequente, biliare, ematemesi, melena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Assenza della continuità gastro-intestinale (atresia esofagea: scialorrea. Atresia anale: valutazione obiettiva al parto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ogni altro segno/sintomo che si discosti dalla fisiologia a giudizio del professionista (<i>specificare</i>) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEGNALAZIONE	Alterazioni localizzate della cute che preoccupino i genitori (nevi congeniti, angiomi – non capillari - di dimensioni rilevanti)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Malformazioni minori (es: sindattilia, ipospadia balanica)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Positività del test di Coombs in neonato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Calo ponderale >10%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Negazione del consenso alla procedure raccomandate (profilassi oculare, vitamina K, screening)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Richiesta di dimissione prima delle 36 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Refer alle otoemissioni/AABR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ogni altro segno/sintomo che si discosti dalla fisiologia a giudizio del professionista (<i>specificare</i>) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Il pediatra che valuta il neonato attiva, se necessario, lo STEN in base al protocollo aziendale.

6. La continuità assistenziale con i servizi territoriali

Alla dimissione dall'Area Funzionale/Gestione autonoma BRO:

Per la donna

- predispone alla dimissione una relazione per la donna ai fini della continuità assistenziale;
- propone e prenota, qualora possibile, a tutte le puerpere una valutazione, assieme al neonato, con l'ostetrica del consultorio distrettuale di appartenenza (vedi di seguito) e successivamente una valutazione entro 1-2 settimane dalla dimissione. Tali valutazioni hanno lo scopo di effettuare un bilancio di salute per la diade, valutando il benessere materno, neonatale, la gestione dell'allattamento e l'adattamento al nuovo status genitoriale.

Se durante il *peripartum* sono occorse delle problematiche di tipo sociale/psicologico, oltre ad essere messo in atto il trasferimento presso il Punto nascita, verranno attivati i protocolli di continuità assistenziale ospedale/territorio in essere nelle Aziende sanitarie.

Per il neonato

- controllo post dimissione da eseguire presso le strutture territoriali di competenza (distretto e PLS) entro 72 ore, qualora la dimissione avvenga dopo le 48 ore di vita, come consigliato dalla letteratura (Jones E, 2020). In caso di dimissione precoce il controllo va anticipato entro 48 ore dalla dimissione (Benitz WE, 2015). Le modalità di accoglienza di mamma e bambino saranno indicate nella lettera di dimissione;
- qualora si rilevino particolari necessità cliniche/psicologiche/assistenziali, si attiva la continuità assistenziale del territorio, secondo le procedure aziendali specifiche;
- è consigliata l'iscrizione alla pediatria di famiglia quanto prima.

7. Gli standard strutturali, organizzativi e tecnologici del Parto BRO

Nelle Aree funzionali BRO e nella Gestione autonoma si intende promuovere un modello di assistenza bio-psico-sociale al travaglio e parto e la creazione di relazioni, supportando la mobilità e il parto attivo.

In entrambi i modelli organizzativi è prevista l'autonomia gestionale e la responsabilità delle ostetriche.

L' **Area funzionale BRO *alongside*** è un'area strutturalmente e funzionalmente collegata con l'UO di Ostetricia e Ginecologia del Presidio ospedaliero sede di Punto Nascita, in grado di offrire alla triade madre-padre-neonato tranquillità, riservatezza, confort, rilassamento e privacy in una dimensione logistica e psico-relazionale che possa ricondurre al parto a domicilio, ma che nello stesso tempo garantisca la sicurezza della pronta attivazione, in caso di emergenza, degli stessi percorsi del parto in ospedale.

L'Area funzionale BRO, situata nello stesso edificio dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, adiacente o direttamente collegata ad essa, ha un'ubicazione che consente un accesso diversificato rispetto al blocco travaglio-parto, ma in stretta contiguità allo stesso, in modo da consentire in caso di rilievo di condizioni che si discostano dall'andamento fisiologico o di situazioni di emergenza/urgenza, il rapido e sicuro trasferimento della partoriente o del neonato presso le aree dedicate alla gestione di tali situazioni. Un tanto per coniugare le esigenze di naturalità del parto con la sicurezza di poter accedere tempestivamente, in caso di emergenza, alle professionalità e alla tecnologia ospedaliera, secondo percorsi definiti.

I locali sono organizzati e progettati in coerenza con il modello bio-psico-sociale che si intende perseguire. L'organizzazione e la progettazione di questi servizi ruota intorno ai bisogni sociali delle donne e delle famiglie e mira ad offrire un ambiente familiare, piuttosto che forzatamente clinico, spesso percepito come impersonale, freddo e intimidatorio. La scelta dei colori, dell'illuminazione e degli arredi è tale da trasmettere un'atmosfera confortevole e familiare riconducibile ad una civile abitazione, con strumentazione necessaria prontamente disponibile, ma occultata alla vista, in modo da evitare la percezione di un ambiente medicalizzato. Gli spazi e gli arredi sono pensati in modo da facilitare la gestante a vivere il travaglio/parto in maniera dinamica con libertà di movimento. Le aree comuni sono progettate al fine di creare relazioni interpersonali.

Nelle Aree funzionali BRO i professionisti, nel loro approccio attento al rispetto della naturalità dell'evento, sono facilitati ad una pronta ed efficace risposta all'eventuale emergenza, da standard strutturali e di design che coniugano ambiente familiare con pronta disponibilità di strumenti idonei e con possibilità di rapido accesso a percorsi dedicati.

La **Gestione autonoma BRO all'interno della U.O. di Ostetricia e Ginecologia** condivide le stesse aree travaglio/parto del Punto nascita, ma offre alle partorienti l'assistenza diretta ed autonoma da parte delle ostetriche.

In entrambi i modelli organizzativi si opera sulla base di procedure operative scritte, protocolli e *check list* per l'individuazione del rischio nelle varie fasi del percorso nascita, prodotti e condivisi dall'equipe multidisciplinare e multiprofessionale del Punto nascita (ostetrica, medico specialista ostetrico-ginecologo, anestesista, pediatra/neonatologo).

Al percorso "Parto BRO" accedono, secondo protocolli codificati e previa informativa, le donne in buone condizioni di salute, con gravidanza a basso rischio ostetrico, a termine, singola, con feto in presentazione cefalica, previa valutazione congiunta della sussistenza dei criteri di accesso da parte dell'ostetrica e del ginecologo dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia.

Il percorso per il parto naturale è gestito dalla figura professionale dell'ostetrica, adeguatamente formata, che ha la responsabilità della presa in carico della donna in tutte le fasi ed assicura la continuità assistenziale dopo il ritorno a domicilio, attraverso l'integrazione con i servizi distrettuali, il PLS e il MMG.

Nelle Aree funzionali BRO e nella Gestione autonoma BRO deve essere garantita l'assistenza *one to one* tra donna e ostetrica e devono essere presenti almeno due ostetriche durante tutte le fasi dal travaglio/parto oltre a personale di supporto.

Il personale ostetrico provvede tempestivamente all'attivazione dei percorsi tradizionali in caso la situazione clinica si discosti dalla fisiologia, nonché la pronta attivazione dei professionisti preposti, in caso di emergenza, secondo percorsi definiti.

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle aree intraospedaliere per il "Parto BRO" a gestione ostetrica sono elencati nell'allegato 1.

8. Monitoraggio e verifica

I modelli organizzativi su indicati sono oggetto di continuo monitoraggio e verifica aziendale anche in base agli indicatori specifici identificati in allegato 2.

Sono svolti audit clinici che coinvolgono le ostetriche dell'Area Funzionale BRO e della Gestione autonoma, i ginecologi delle U.O. di Ostetricia e Ginecologia e i pediatri/neonatologi, con l'opportuno coinvolgimento delle Direzioni strategiche.

Oggetto di monitoraggio e verifica sono l'analisi delle caratteristiche dell'utenza, l'aderenza ai criteri di accesso al percorso, la valutazione dell'*outcome* materno e neonatale e tutte le situazioni che hanno richiesto un eventuale passaggio ad una gestione medica del travaglio/parto o dell'assistenza al neonato, nonché i volumi di attività e la soddisfazione di utenti e operatori.

Il confronto sistematico con gli standard assistenziali, Linee guida e *best practice*, favorirà la pronta individuazione di eventuali scostamenti e la messa in atto delle opportune azioni correttive e di miglioramento.

Vengono promosse dalle Aziende indagini sulla qualità percepita dalle gestanti che intraprendono il percorso parto BRO a gestione ostetrica. Sono previste modalità per raccogliere feedback dalle donne e dai partner, comprendendo sia esperienze positive che reclami.

L'ostetrica che segue il parto è tenuta a garantire il flusso dei Certificati di assistenza al parto (scheda CeDAP), come da previsioni del DM 16 luglio 2001.

9. Formazione e informazione

In coerenza con quanto indicato nelle linee di indirizzo nazionali, è necessario che l'ostetrica che fa parte del team delle Aree funzionali BRO o della Gestione autonoma abbia espletato nell'assistenza al travaglio-parto *in service*, secondo il modello *one to one*, un volume di attività di non meno di 50 parti.

Il personale ostetrico deve inoltre aver svolto almeno 5 anni di attività documentabile di sala parto in un presidio ospedaliero sede di Punto nascita autorizzato/accreditato.

È promosso l'affiancamento delle ostetriche con anzianità ed esperienza maggiore con ostetriche con minore anzianità, al fine di implementare l'autonomia gestionale nella Aree funzionali BRO o Gestione autonoma all'interno di U.O. di Ginecologia-Ostetricia.

Le Aziende in cui si sviluppano i modelli organizzativi in argomento, predispongono un piano di formazione continua annuale specifico, volto al personale coinvolto per l'acquisizione/mantenimento delle competenze che riguardi almeno i seguenti temi:

- Assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologico; valutazione del benessere materno, fetale e neonatale; segni e sintomi di scostamento dalla fisiologia
- Sostegno dell'allattamento

- Assistenza al neonato sano, riconoscimento precoce delle problematiche neonatali più comuni (ittero, ipoglicemia, disidratazione, ecc),
- Programmi di prevenzione in ambito neonatale: screening, vaccinazioni, prevenzione incidenti, SIDS ecc
- Riconoscimento precoce e prima assistenza delle emergenze/urgenze materne e neonatali in attesa di trasferimento
- Rianimazione materna (Basic Life Support - BLS) e neonatale (Neonatal Life Support - NLS) con relativi retraining biennali
- Trasporto in emergenza materno e neonatale con particolare riferimento alle indicazioni, modalità di attivazione e assistenza in attesa di trasferimento
- Strategie di comunicazione: acquisizione di abilità e competenze per una comunicazione efficace

Sono da prevedere percorsi di aggiornamento interdisciplinare, aggiornamento sul campo in strutture di Ostetricia e Ginecologia e di Neonatologia di II livello e aggiornamento attraverso scenari di simulazione presso centri formativi dedicati.

L'Azienda prevede la periodica turnazione del personale ostetrico tra l'Area funzionale BRO e la Sala Parto del Punto nascita al fine di favorire il mantenimento dell'expertise.

Acronimi

BCF	Battito cardiaco fetale
BDZ	Benzodiazepine
BLS	Basic Life Support
BMI	Body Mass Index
BRO	Basso Rischio Ostetrico
CeDAP	Certificato di Assistenza al Parto
CMV	Citomegalovirus
DGR	Delibera Giunta Regionale
FC	Frequenza cardiaca
FR	Frequenza respiratoria
HELLP	Hemolysis, Elevate liver enzymes, Low platelet
MEOWS	Modified early obstetric warning score
NLS	Neonatal Life Support
PA	Pressione arteriosa
PAD	Pressione arteriosa diastolica
PAS	Pressione arteriosa sistolica
PLT	Piastrine
PMA	Procreazione medicalmente assistita
PROM	Rottura prematura delle membrane
SGB	Streptococco β emolitico di Gruppo B
SNE	Screening neonatale metabolico esteso
SSRI	Inibitore Selettivo della ricaptazione della Serotonina
SUPC	Sudden Unexpected Postnatal Collapse
U.O.	Unità Operativa

Riferimenti bibliografici

Benitz WE: Committee on Fetus and Newborn- Hospital Stay for Healthy Term Newborn Infants. *Pediatrics* 135(5): 948-53; 2015.

Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee on fetus and newborn and Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. *Pediatrics* 2016;138;doi:10.1542/peds.2016-1889.

Forster DA, McLachlan HL, Davey MA et al: Continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) increases women's satisfaction with antenatal, intrapartum and postpartum care: results from the COSMOS randomised controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth* 2016 Feb 3; 16:28. doi: 10.1186/s12884-016-0798-y.

Jones E, Taylor B, MacArthur C, Bradshaw S, Hope L, Cummins C: Early Postnatal Discharge for Infants: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2020 Sep; 146(3):e20193365. doi: 10.1542/peds.2019-3365. PMID: 32826340.

Macfarlane AJ, Rocca-Ihenacho L, Turner L and Roth C: Survey of women's experiences of care in a new freestanding midwifery unit in an inner city area of London, England – 1: Methods and women's overall ratings of care. *Midwifery* 30(9): 998-1008; 2014.

National Institute for Health and Care Excellence: Clinical guideline: Antenatal care. Quality standard. *NICE 2012, aggiornamento 2016*.

National Institute for Health and Care Excellence: Clinical guideline: Intrapartum Care for healthy women and babies. *NICE 2014, aggiornamento 2017*.

Rocca-Ihenacho L, Batinelli L, Thaelis E, et al (2018): Standard Europei per le Midwifery Units, Traduzione Italiana del 2020 a cura di Batinelli L, Gottardi M, Nespole A et al. (Milano).

Ryan HM, Jones MA, Payne BA, et al: Validating the Performance of the Modified Early Obstetric Warning System Multivariable Model to Predict Maternal Intensive Care Unit Admission. *J Obstet Gynaecol Can* 2017; 39(9):728-733.e3. doi:10.1016/j.jogc.2017.01.028.

Sandall J, Soltani H, Gates S et al: Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016 Apr 28; 4:CD004667. doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

Vogel JP, Bohren MA, Tuncalp O et al: Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG* 123:671–674; 2016

World Health Organization: WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. *WHO Geneva, 2013*.

World Health Organization: Hospital care for mothers and newborn babies: quality assessment and improvement tool. A systematic standard based participatory approach. WHO 2014.

World Health Organization: Standards for Improving Maternal and Newborn care in Health facilities. *WHO, Geneva, 2016*.

World Health Organization: WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience. WHO, *Geneva, 2018*.

Si richiamano inoltre le linee guida nazionali redatte dal Sistema nazionale per le linee guida (SNLG), Istituto Superiore di Sanità, le raccomandazioni ministeriali, le linee di indirizzo dell'Agencia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali e del Comitato percorso nascita nazionale:

- Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto. Raccomandazione ministeriale n. 6, marzo 2008.
- Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. SNLG-ISS Linee Guida n. 19, 2010.
- Gravidanza fisiologica. Aggiornamento 2011. SNLG-ISS Linea Guida n. 20, 2011.

- Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. SNLG-ISS Linea Guida n. 22, 2012.
- Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita. Raccomandazione ministeriale n. 16, aprile 2014.
- Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla. SNLG-ISS Linea Guida n. 26, 2016.
- Linee di indirizzo clinico-organizzative per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza. AGENAS, luglio 2017.
- Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio. Comitato percorso nascita nazionale. Ministero della Salute, ottobre 2017.
- Linee di indirizzo regionali per il riconoscimento precoce e la gestione iniziale della sepsi associata alle pratiche assistenziali. Rete Cure Sicure Friuli Venezia Giulia, 2018.

**REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI DELL'AREA FUNZIONALE BRO ALONGSIDE.
REQUISITI ORGANIZZATIVI DELLA GESTIONE AUTONOMA IN U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA**

L'implementazione di un modello organizzativo che vede l'autonomia delle ostetriche nella gestione del travaglio/parto e puerperio a basso rischio ostetrico si può realizzare o nelle Aree funzionali BRO alongside o nella Gestione autonoma in U.O. di Ostetricia e Ginecologia. I requisiti strutturali e tecnologici si applicano alle Aree funzionali alongside, mentre i requisiti organizzativi si applicano sia all'Area funzionale BRO, sia alla Gestione autonoma in U.O. di Ostetricia e Ginecologia.

AREA FUNZIONALE BRO alongside: si tratta di un'area a gestione autonoma a cura di personale ostetrico, dove, su richiesta della donna, accertato il basso rischio ostetrico sulla base di criteri predefiniti, è possibile partorire in un ambiente non medicalizzato, seguendo percorsi codificati.

È ubicata all'interno di un presidio ospedaliero sede di Punto nascita che rispetta i requisiti della DGR 1083/2012, nello stesso edificio dell'Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia, adiacente o direttamente collegata alla stessa, ma con separazione fisica. È in stretta contiguità con la Sala Parto in modo da garantirne un suo tempestivo e sicuro raggiungimento in caso di necessità.

L'Area Funzionale BRO è parte integrante del presidio ospedaliero stesso per la gestione del personale, delle prestazioni erogate e dei beni mobili ed immobili. Il personale è identificato in base ai bisogni ed è incardinato nell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia.

In una prima fase di implementazione del modello organizzativo parto BRO a gestione autonoma da parte delle ostetriche, la scelta sperimentale di attivare un'Area funzionale BRO è limitata alle Aziende del SSR con Punto Nascita conforme ai requisiti di autorizzazione e accreditamento, di cui alla DGR 1083/2012, che abbia un volume di attività medio di almeno 1000 parti/anno nell'ultimo biennio. A conclusione di tale fase, si esplorerà l'opportunità di estendere il campo di applicazione del modello, in base all'analisi dei dati di attività e di esito.

Le Aziende hanno facoltà di attivare o meno l'Area funzionale BRO sulla base di una valutazione costo/beneficio in rapporto alle risorse umane e logistiche disponibili.

I requisiti previsti dalle vigenti leggi in materia di sicurezza delle strutture (DGR 3586/2004) e prevenzione incendi del presidio ospedaliero si applicano anche all'Area funzionale BRO.

Le Aziende in possesso dei pre-requisiti sopra citati inoltrano la domanda di autorizzazione e accreditamento agli Uffici di pertinenza della Direzione Centrale Salute, politiche sociali e disabilità. L'accoglimento della domanda è subordinato alla conformità ai suddetti pre-requisiti.

GESTIONE AUTONOMA BRO all'interno dell'UO di Ostetricia e Ginecologia: è un modello organizzativo che prevede la gestione in autonomia da parte del personale ostetrico del travaglio, parto e puerperio all'interno dell'U.O. di Ostetricia e Ginecologia di un Punto nascita che rispetta i requisiti della DGR 1083/2012. Il percorso codificato e condiviso è attivato su richiesta della donna, previo accertamento del basso rischio ostetrico, secondo criteri predefiniti.

Le Aziende che intendono attivare questo modello organizzativo devono prevedere la conformità ai requisiti minimi organizzativi ai fini dell'accREDITAMENTO istituzionale.

REQUISITI STRUTTURALI: Area Funzionale BRO *alongside*

N.	Requisito	Nota
1.	L'Area funzionale BRO è situata: <ul style="list-style-type: none"> • all'interno di un presidio ospedaliero sede di Punto nascita che rispetta i requisiti della DGR 1083/2012 	
2.	<ul style="list-style-type: none"> • nello stesso edificio dell'Unità Operativa (U.O.) di Ostetricia e Ginecologia, adiacente o direttamente collegata ad essa, ma con separazione fisica 	si intende un'area a sé, con una chiara e distinta separazione fisica - strutturale: es. padiglione/ala/muro/porta ecc dal reparto di Ostetricia e Ginecologia (escluso paraventi o altri divisori mobili)
3.	<ul style="list-style-type: none"> • è in stretta contiguità con la Sala parto per garantirne un suo tempestivo e sicuro raggiungimento in caso di necessità 	
4.	L'accesso all'Area Funzionale deve essere facilmente accessibile e segnalato da adeguata cartellonistica	
5.	Eventuali trasferimenti della gravida e del neonato in caso di emergenza devono avvenire in sicurezza attraverso percorsi preferenziali e codificati	
6.	L'Area Funzionale è provvista di condizionamento ambientale che assicuri le seguenti caratteristiche igrotermiche: <ul style="list-style-type: none"> • Temperatura invernale ed estiva compresa tra 20 - 24° C • Umidità relativa estiva e invernale compresa tra i 30- 60% • Ricambi aria/ora (aria esterna senza ricircolo) 6 volumi/ora 	
7.	Devono essere previsti spazi/locali dedicati a: <ul style="list-style-type: none"> • accettazione e accoglienza 	
8.	<ul style="list-style-type: none"> • attività amministrative e archivio in condivisione con spazi già previsti nell'U.O. di Ginecologia e Ostetricia 	
9.	<ul style="list-style-type: none"> • attesa, soggiorno visitatori e area per giochi e attività di bambini; in presenza di giocattoli questi devono essere sanificabili 	
10.	<ul style="list-style-type: none"> • locale dedicato agli utenti per consumo pasti e tisaneria 	
11.	<ul style="list-style-type: none"> • servizi igienici dedicati all'utenza con almeno un servizio a norma disabili 	
12.	<ul style="list-style-type: none"> • deposito di materiale sporco dotato di vuotatoio 	
13.	<ul style="list-style-type: none"> • deposito del materiale pulito 	
14.	<ul style="list-style-type: none"> • deposito di materiale sanitario ed armadio per farmaci 	
15.	<ul style="list-style-type: none"> • spogliatoio con zona filtro per il personale provvisto di armadietto per DPI e servizi igienici dedicati con doccia, anche in comune con spazi già previsti nell'UO Ostetricia e Ginecologia 	
16.	<ul style="list-style-type: none"> • postazione per il personale dotata di computer, anche in comune con il reparto di Ostetricia e Ginecologia 	
17.	<ul style="list-style-type: none"> • locale ristoro per il personale, anche in condivisione con il reparto di Ostetricia e Ginecologia 	si intende tisaneria/cucina
18.	L'Area Funzionale usufruisce del servizio di sterilizzazione del presidio ospedaliero	
19.	L'Area Funzionale usufruisce del sistema di smaltimento dei rifiuti del presidio ospedaliero	
20.	L'Area Funzionale è dotata di: <ul style="list-style-type: none"> • 1 ambulatorio ostetrico per l'esecuzione delle prestazioni, che garantisca il rispetto della privacy dell'utente, in particolare con area separata per spogliarsi 	consentito paravento/tenda
21.	<ul style="list-style-type: none"> • almeno 2 stanze per il percorso travaglio/parto/post partum BRO dotate di servizi igienici dedicati, con doccia 	

22.	<ul style="list-style-type: none"> almeno 1 delle stanze è dotata di vasca per il travaglio/parto 	
23.	<p>L'ambulatorio ostetrico deve avere:</p> <ul style="list-style-type: none"> una dimensione minima di 16 mq 	
24.	<ul style="list-style-type: none"> pavimenti e pareti lavabili e sanificabili fino ad una altezza di 2 metri 	
25.	<ul style="list-style-type: none"> lavandino per l'igiene delle mani 	
26.	<p>Le stanze del percorso travaglio/parto/post partum BRO hanno:</p> <ul style="list-style-type: none"> una metratura non inferiore ai 25 mq, se presente la vasca non inferiore a 30 mq 	
27.	<ul style="list-style-type: none"> una disposizione degli arredi tali da consentire alla donna di muoversi liberamente in travaglio e il letto non occupa una posizione dominante 	il letto non deve essere posto al centro della stanza o comunque in una posizione che crei intralcio ai movimenti della donna in travaglio
28.	<ul style="list-style-type: none"> un allestimento (colori, arredi ecc.) tale da trasmettere un'atmosfera confortevole e familiare riconducibile ad una civile abitazione 	arredi tali da non riprodurre il tipico allestimento freddo, impersonale di una stanza ospedaliera
29.	<ul style="list-style-type: none"> materiali ed arredi facilmente sanificabili 	
30.	<ul style="list-style-type: none"> pareti con isolamento acustico (pannelli fonoassorbenti) 	nelle strutture di nuova costruzione
31.	Le attrezzature mediche sono prontamente disponibili, ma allocate in modo da essere nascoste alla vista dell'utente	
32.	<p>Le stanze sono dotate dei seguenti arredi:</p> <ul style="list-style-type: none"> letto matrimoniale con comodini 	
33.	<ul style="list-style-type: none"> culla/lettino per cosleeping 	
34.	<ul style="list-style-type: none"> poltrona per allattamento 	
35.	<ul style="list-style-type: none"> armadio per effetti personali partoriente ed accompagnatore 	
36.	<ul style="list-style-type: none"> materiali tessili ignifughi 	
37.	<ul style="list-style-type: none"> sistema di oscuramento sanificabile 	
38.	<p>Le stanze sono provviste di:</p> <ul style="list-style-type: none"> sistema per la regolazione della temperatura ambientale con gestione autonoma da parte dell'utente (con tolleranza $\pm 3^{\circ}\text{C}$) 	nelle strutture di nuova costruzione
39.	<ul style="list-style-type: none"> dispositivo certificato per chiamate di soccorso 	si intende certificazione elettrica
40.	<ul style="list-style-type: none"> regolatore di intensità dell'illuminazione 	
41.	<ul style="list-style-type: none"> strumentazione per musicoterapia 	presenza di apparecchiatura per riproduzione di musica (altoparlanti, registratore, lettore cd, mp3 ecc)
42.	Le stanze e le aree accessibili ai visitatori devono essere dotate di dispositivi/materiali per la prevenzione degli incidenti nei bambini con riferimento ad infissi, prese elettriche, arredi, fornelli, ecc.	
43.	Deve essere presente copertura per telefonia mobile o altri dispositivi di comunicazione e connessione Wi-Fi, compresa, su richiesta, una TV	se WiFi, presenza di indicazioni scritte per l'accesso
44.	All'interno dell'area funzionale BRO è garantita la sicurezza elettrica e continuità elettrica	

REQUISITI TECNOLOGICI Area Funzionale BRO *alongside*

N.	Requisito	Evidenza
45.	L'Area Funzionale deve essere dotata di applicativi gestionali tali da poter accedere, alimentare e gestire i dati informatizzati relativi ai percorsi di cura integrati ospedale-territorio di pertinenza (cartella informatizzata gravidanza)	collegamento applicazioni autorizzate dalla Regione
46.	La stanza per il travaglio/parto/post-partum è dotata di: <ul style="list-style-type: none"> • lampada scialitica mobile o faro mobile orientabile 	
47.	<ul style="list-style-type: none"> • orologio contasecondi a muro 	
48.	<ul style="list-style-type: none"> • apparecchio per telemetria BCF a tenuta d'acqua 	
49.	<ul style="list-style-type: none"> • rilevatore di pressione arteriosa incruenta per adulti e fonendoscopio 	
50.	<ul style="list-style-type: none"> • cardiocitografo 	
51.	<ul style="list-style-type: none"> • ecografo 	
52.	<ul style="list-style-type: none"> • 2 saturimetri pulsati 	
53.	<ul style="list-style-type: none"> • fasciatoio con vaschetta per lavaggio neonati 	
54.	<ul style="list-style-type: none"> • una termoculla riscaldata da trasporto 	
55.	<ul style="list-style-type: none"> • impianto erogazione gas medicale e aspirazione 	
56.	<ul style="list-style-type: none"> • un aspiratore portatile 	
57.	<ul style="list-style-type: none"> • carrello per l'emergenza attrezzato per adulti e per neonati anche provvisto di defibrillatore 	
58.	<ul style="list-style-type: none"> • 4 set pronti sterili per l'assistenza al parto 	
59.	<ul style="list-style-type: none"> • 4 set per sutura perineale 	
60.	<ul style="list-style-type: none"> • attrezzature per supportare il travaglio: materassini, poltrone puf, palle da parto, sgabello 	
61.	Pronta disponibilità di attrezzature atte a favorire il trasferimento rapido della donna alla Sala parto o all'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, se necessario (barelle, sedie a rotelle, ec.c)	
62.	Facilità e rapidità di accesso all'Isola neonatale, conforme ai requisiti di cui alla DGR 1083/2012, comunque dotata di sistemi di monitoraggio	superficie non inferiore a 8-12 mq, dotata di tutti i sistemi per l'assistenza intensivologica e per la stabilizzazione in loco (DGR 1083/2012) ed dotata di sistema di monitoraggio
63.	Tutte le attrezzature devono essere conformi alle direttive e regolamenti europei vigenti in materia di dispositivi medici e comunque marcate CE	
64.	Tutte le apparecchiature elettriche devono essere collaudate e conformi e sottoposte a verifica annuale di conformità elettrica	
65.	Deve esistere un inventario aggiornato delle apparecchiature con lo stato di manutenzione e collocazione	presso le Ingegnerie cliniche o eventuali altre localizzazioni da esse individuate (es. Ditte esterne)
66.	Esiste un piano di manutenzione preventiva, programmata e straordinaria/correttiva	
67.	Gli interventi di manutenzione sulle attrezzature sono documentati	

REQUISITI ORGANIZZATIVI Area Funzionale BRO *alongside* e Gestione autonoma in U.O. di Ostetricia e Ginecologia

N.	Requisito	NOTE
Struttura organizzativa e personale		
68.	Il personale ostetrico operante nell'Area Funzionale e nella Gestione autonoma, dipendente dalla U.O. di Ostetricia e Ginecologia del presidio ospedaliero, è chiaramente individuato all'interno del team dell'Unità Operativa ed è organizzato in maniera flessibile, in base ai volumi di attività e agli effettivi bisogni	organigramma, elenco personale, turnistica (personale presente in rapporto ai volumi di attività)
69.	E' garantita l'erogazione delle prestazioni h24, 7 giorni su 7, in base ai bisogni, anche attraverso l'istituto della pronta disponibilità	
70.	L'Azienda individua, con le modalità previste dal CCNL vigente in materia, un'ostetrica dipendente con funzioni di responsabilità del percorso travaglio/parto/puerperio BRO che possa dimostrare, oltre al possesso dei requisiti n. 71 e 72, di aver maturato competenza in ambito organizzativo-gestionale	
71.	Tutte le ostetriche individuate per operare nell'Area funzionale/Gestione autonoma devono aver svolto almeno 5 anni di documentata attività di sala parto in ambiente ospedaliero sede di Punto nascita autorizzato/accreditato	
72.	Tutte le ostetriche individuate devono aver espletato nell'assistenza al travaglio-parto in service, secondo il modello one to one, un volume di attività di non meno di 50 parti	
73.	La presenza di OSS e personale di supporto è attivabile in funzione dei bisogni e volumi di attività	
74.	Le competenze, i compiti e le responsabilità di ogni ruolo professionale sono chiare, ben documentate, aggiornate e sottoscritte	
75.	È garantita: <ul style="list-style-type: none"> • la presenza di almeno 2 ostetriche durante la seconda fase del travaglio e il parto 	
76.	<ul style="list-style-type: none"> • assistenza ostetrica <i>one-to-one</i> e la presenza continua durante il travaglio; 	
77.	<ul style="list-style-type: none"> • la visita da parte del pediatra/neonatologo entro le 24 ore successive alla nascita e al momento della dimissione 	
78.	<ul style="list-style-type: none"> • il pronto intervento del team di sala parto (ginecologo, anestesista, pediatra/neonatologo, personale di supporto) in caso di emergenza secondo modelli codificati e conosciuti da tutti gli operatori 	
79.	<ul style="list-style-type: none"> • disponibilità di esecuzione di esami ematici e/o strumentali, qualora indicato 	Servizio di Laboratorio analisi (anche dislocato)/Radiologia-ecografia, già presenti nella struttura
80.	<ul style="list-style-type: none"> • l'approvvigionamento di farmaci rilasciati dalla farmacia ospedaliera 	
81.	<ul style="list-style-type: none"> • la continuità assistenziale in puerperio, anche domiciliare, attraverso l'interazione con i servizi territoriali, i PLS e i MMG 	
82.	L'Area Funzionale BRO e la Gestione autonoma si avvalgono dell'U.O. di Pediatria/Neonatologia	
83.	È predisposto un piano annuale di formazione ed educazione continua del personale che comprenda i seguenti temi: <ul style="list-style-type: none"> • assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio fisiologico; valutazione del benessere materno, fetale e neonatale; somministrazione farmaci (es. ossitocina) 	

84.	<ul style="list-style-type: none"> diritti dei futuri genitori; conoscenza e gestione delle pratiche legate ad aspetti culturali e valoriali 	
85.	<ul style="list-style-type: none"> sostegno dell'allattamento 	
86.	<ul style="list-style-type: none"> assistenza al neonato sano, riconoscimento precoce delle problematiche neonatali più comuni, programmi di prevenzione (screening neonatali, vaccinazioni dell'infanzia, prevenzione incidenti e SIDS) 	
87.	<ul style="list-style-type: none"> emergenze/urgenze materne e neonatali in sala parto 	
88.	<ul style="list-style-type: none"> rianimazione materna (Basic Life Support - BLS) e neonatale (Neonatal Life Support - NLS) con retraining biennale 	
89.	<ul style="list-style-type: none"> trasporto in emergenza materno e neonatale: indicazioni, modalità di attivazione e stabilizzazione 	
90.	<ul style="list-style-type: none"> strategie di comunicazione: acquisizione di abilità e competenze per una comunicazione efficace e per la gestione dei conflitti 	
91.	<ul style="list-style-type: none"> modalità di monitoraggio e valutazione (indicatori, audit) 	
92.	<ul style="list-style-type: none"> sicurezza sui luoghi di lavoro 	
93.	Sono previsti aggiornamenti documentati e periodici, almeno annuali, interdisciplinari con il coinvolgimento di ostetriche, ginecologi, pediatri/neonatologi e anestesisti	
94.	E' presente, per il personale ostetrico, una scheda formalizzata di monitoraggio annuale delle competenze tecnico-professionali rispetto alla qualità e quantità delle prestazioni erogate	la scheda non si sovrappone a quella della valutazione del personale, ma valuta quali e quantitativamente indicatori di performance, previamente definiti (es. N. parti/operatore, esiti, ...)
95.	È disponibile una procedura specifica per l'inserimento e l'affiancamento del personale che tratta i seguenti temi: <ul style="list-style-type: none"> assistenza al travaglio/parto, in linea con le raccomandazioni in tema di parto indolore 	
96.	<ul style="list-style-type: none"> promozione dell'allattamento 	
97.	<ul style="list-style-type: none"> gestione delle situazioni emergenziali 	
98.	<ul style="list-style-type: none"> prevenzione delle infezioni e uso corretto DPI 	
99.	<ul style="list-style-type: none"> sicurezza del paziente 	
100.	<ul style="list-style-type: none"> procedure di raccordo con le altre unità funzionali 	
101.	<ul style="list-style-type: none"> strategie di comunicazione partoriente e familiari; aspetti culturali ed etici 	
102.	Sono identificati i professionisti che possono effettuare l'affiancamento dei neo inseriti	
103.	Il mantenimento delle competenze va favorito garantendo un'equa distribuzione dell'assistenza al travaglio/parto nel team individuato	l'obiettivo è di assicurare a tutte le ostetriche del team di operare secondo un'equa distribuzione dei parti al fine del mantenimento dell'expertise (desumibile dalla scheda annuale di monitoraggio di cui al requisito 94)

104.	Il team individuato è coinvolto nella turnazione della Sala Parto del Punto nascita al fine di favorire il mantenimento dell'expertise	
105.	E' garantita mediazione linguistica e/o comunicativa	
106.	E' garantito un orario di visita compatibile con il consenso della partoriente e autorizzato dal personale	
Percorso clinico		
107.	Durante tutte le fasi del travaglio/parto/puerperio può essere presente una persona cara indicata dalla partoriente	
108.	Devono essere presenti procedure/protocolli/check list scritti, formalizzati, condivisi e conosciuti da tutti gli operatori (ginecologi/ostetriche/anestesisti/ pediatri/neonatologi) basati sulle più recenti evidenze scientifiche e sottoposti a revisione periodica per tutte le fasi del percorso	
109.	È garantito un programma completo finalizzato all'assistenza alle gravidanze a basso rischio per travaglio/parto che comprende le seguenti attività: <ul style="list-style-type: none"> • corretta informazione alla donna/ coppia al momento dell'avvio del percorso "Parto BRO" sui percorsi assistenziali, sui rischi e benefici, sulle modalità di un eventuale trasferimento e sui servizi offerti (<i>informativa scritta</i>) 	
110.	<ul style="list-style-type: none"> • accoglienza alla donna/coppia possibilmente all'inizio della gravidanza e comunque non oltre la 36^a settimana di gestazione 	
111.	<ul style="list-style-type: none"> • registrazione, nella documentazione clinica, della valutazione del rischio materno e feto-neonatale da effettuarsi ai fini dell'ammissione, congiuntamente da parte del medico ginecologo e dell'ostetrica del Punto nascita, al controllo attorno alle 36 settimane di gestazione e al momento dell'accesso in travaglio 	
112.	<ul style="list-style-type: none"> • somministrazione di informativa a carico dell'ostetrica e/o del medico e acquisizione del consenso per donna e neonato da parte del medico di pertinenza, per le procedure che lo richiedono 	parto BRO a gestione ostetrica, screening neonatali ecc
113.	<ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio delle fasi di travaglio, parto e puerperio, la valutazione del benessere materno, fetale e neonatale e l'identificazione precoce di eventuali scostamenti dalla fisiologia 	
114.	<ul style="list-style-type: none"> • monitoraggio del dolore ad intervalli adeguati 	
115.	<ul style="list-style-type: none"> • la gestione dell'emergenza, l'attivazione del team di Sala parto, le modalità di trasferimento della donna e/o del neonato nella U.O. ospedaliera di riferimento o, nel caso di necessità di trasferimento ad un II livello, le modalità di attivazione dello STAM e dello STEN 	
116.	<ul style="list-style-type: none"> • l'effettuazione degli screening neonatali, della profilassi e la cura del neonato 	
117.	<ul style="list-style-type: none"> • le informazioni da assicurare per donna e neonato al momento del rientro a domicilio con stesura alla dimissione di una relazione con indicazioni assistenziali per donna e per il neonato 	
118.	<ul style="list-style-type: none"> • la continuità assistenziale con le strutture territoriali 	
119.	La documentazione clinica cartacea e/o la scheda informatizzata per la gravidanza BRO, non appena disponibile, sono aggiornate e complete	attraverso la verifica di un parto appena avvenuto, se possibile
120.	Tutte le attività sono riconducibili all'operatore che le ha effettuate	
121.	La relazione sull'assistenza ostetrica conclusiva contiene gli elementi tali da tracciare il percorso assistenziale effettuato e le condizioni della puerpera al momento del rientro a domicilio e ogni elemento utile al follow-up ed è parte costitutiva della documentazione della dimissione	
122.	La relazione clinica del neonato redatta dal pediatra/neonatalogo comprende gli esiti della valutazione clinica e ogni elemento riferito a	

	screening neonatali, misure di prevenzione, programmazione controlli, ecc. ed è parte costitutiva della documentazione della dimissione	
123.	E' prevista la permanenza della donna nell'Area funzionale/Gestione autonoma per tutta la durata del travaglio e almeno nelle 36 ore successive	
Qualità dell'assistenza e rischio clinico		
124.	L'Area funzionale/Gestione autonoma seguono le procedure aziendali per il controllo delle infezioni	
125.	Nell'Area funzionale/Gestione autonoma vengono seguite le procedure aziendali per la corretta igiene delle mani	
126.	Sono presenti ed applicate procedure di corretta sanificazione e disinfezione degli ambienti e attrezzature anche in funzione del rischio di contaminazione	
127.	Il trattamento dei dati personali è conforme alla normativa vigente in materia di privacy in relazione a: <ul style="list-style-type: none"> • acquisizione del consenso o del diniego al dossier sanitario elettronico e fascicolo sanitario elettronico 	
128.	<ul style="list-style-type: none"> • accesso ai dati solo da parte del personale autorizzato 	
129.	Sono raccolti ed elaborati dati di attività tali da garantire l'auditing su attività ed esiti	
130.	È disponibile un sistema di raccolta e monitoraggio di: <ul style="list-style-type: none"> • eventi sentinella, eventi avversi e non conformità 	
131.	<ul style="list-style-type: none"> • reclami 	
132.	E' svolto almeno un audit clinico annuale con il coinvolgimento di tutti i professionisti del percorso assistenziale, i cui esiti sono documentati e comunicati alla Direzione aziendale	
133.	Sono previste indagini di qualità percepita al fine di migliorare l'offerta in funzione dei fabbisogni dell'utenza almeno biennali	
134.	L'Area funzionale e la Gestione autonoma provvedono al monitoraggio, raccolta e analisi dei dati sugli indicatori definiti tra cui volumi di attività, interventi, <i>outcome</i> clinici, trasferimenti e producono un report annuale alla Direzione aziendale	
135.	I dati su attività ed esiti sono resi pubblici nella Carta dei servizi sul percorso nascita aziendale con aggiornamenti almeno biennali	

INDICATORI PARTO BRO§

<i>Volumi di attività</i>	N. parti BRO > 50/anno
<i>Lingua parlata</i>	N. mediazioni linguistiche attivate/ N. donne straniere (per etnia) con insufficiente conoscenza lingua italiana /anno
<i>Criteri di accesso</i>	N. donne che soddisfano i criteri di accesso /N. donne valutate Parto BRO
<i>Rapporto ostetrica donna</i>	N. donne assistite con rapporto 1:1/N. donne Parto BRO
<i>Accelerazione travaglio</i>	N. travagli accelerati/N. donne Parto BRO
<i>Episiotomie</i>	N. episiotomie/N. donne Parto BRO
<i>Perineo integro</i>	N. donne con perineo integro/N. donne Parto BRO
<i>Lacerazioni III-IV grado</i>	N. donne con lacerazione III-IV grado/N. donne Parto BRO
<i>Prevenzione attiva EPP</i>	N. donne con gestione attiva III fase travaglio/ N. donne Parto BRO
<i>Trasferimento donna in travaglio per gestione medica*</i>	N. donne trasferite in travaglio/N. donne Parto BRO
<i>Trasferimento donna in espulsivo per gestione medica*</i>	N. donne trasferite in espulsivo/N. donne Parto BRO
<i>Trasferimento donna in secondamento e post-partum per gestione medica*</i>	N. donne trasferite in secondamento e post-partum/N. donne Parto BRO
<i>Trasferimenti per richiesta analgesia epidurale*</i>	N. donne trasferite per analgesia epidurale/N. donne Parto BRO
<i>Trasferimenti che esitano in parto operativo*</i>	N. donne trasferite con parto operativo/ N. donne Parto BRO
<i>Trasferimenti che esitano in taglio cesareo*</i>	N. donne trasferite con parto con TC/ N. donne Parto BRO
<i>Trasferimento neonato per gestione medica *</i>	N. neonati trasferiti /N. donne Parto BRO
<i>Contatto pelle-pelle</i>	N. neonati pelle-pelle per almeno 2 ore /N. neonati Parto BRO
<i>Apgar</i>	N. neonati con Apgar < 4 al 1 min/N. neonati Parto BRO
	N. neonati con Apgar < 7 al 5 min/N. neonati Parto BRO
<i>Calo ponderale neonato</i>	N. neonati con calo ponderale >10%/ N. neonati/Parto BRO
<i>Allattamento</i>	N. neonati con allattamento esclusivo alla dimissione/N. neonati Parto BRO
<i>Ricovero UO Ostetricia</i>	N. donne ricoverate entro 21 gg dalla dimissione/N. donne Parto BRO
<i>Ricovero Pediatria/neonatologia</i>	N. neonati ricoverati entro 28 giorni dalla dimissione/N. neonati Parto BRO

NOTE:

§ per Parto BRO si intende il parto sia nelle Aree funzionali BRO alongside che nelle modalità organizzative Gestione autonoma

* le indicazioni/motivazioni del trasferimento sono oggetto di monitoraggio

IL PRESIDENTE

IL SEGRETARIO GENERALE