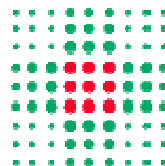


**UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PARMA**



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

---

# **BRO nelle linee di indirizzo del CPNn**

**Tiziana Frusca, Università di Parma**  
**Direttore Clinica Ostetrica e Ginecologica**

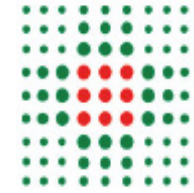
# *da dove nasce il problema?*

---

- Dal parto come evento sociale naturale al parto come evento che si riferisce all'area della salute della madre e del bambino
- Progressiva medicalizzazione del parto  
conflittualità ruolo medico ruolo ostetrica  
responsabilità di equipe vs responsabilità e autonomia  
definita / problemi medicolegali



# *Perché il parto a domicilio non è la risposta corretta alla richiesta di demedicalizzazione*



OBSTETRICS

## **Perinatal risks of planned home births in the United States**

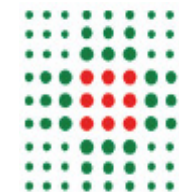
Amos Grünebaum, MD; Laurence B. McCullough, PhD; Robert L. Brent, MD, PhD, DSc (Hon);  
Birgit Arabin, MD; Malcolm I. Levene, MD, FRCP, FRCPH; Frank A. Chervenak, MD

---

## **Obstetric Ethics**

*An Essential Dimension of Planned Home Birth*

*Frank A. Chervenak, MD, Laurence B. McCullough, PhD, and Birgit Arabin, MD*



# *Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

*Comitato Percorso Nascita nazionale*

## **LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA IN AUTONOMIA DA PARTE DELLE OSTETRICHE ALLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)**

Ministero della Salute

DGPROGS

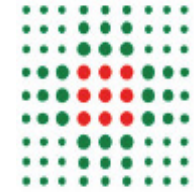
0034949-P-31/10/2017



253606404



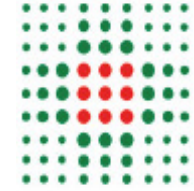
## Gravidanza a Basso Rischio Ostetrico



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



## Midwife-led care

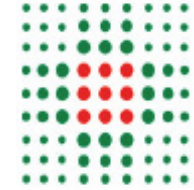


- ▶ Le **gravidanze a basso rischio** seguite dalle ostetriche sono **meno esposte al rischio di ricovero in epoca prenatale e di interventi ostetrici durante il parto** (episiotomia, ventosa, forcipe, taglio cesareo),
- ▶ Maggiore **soddisfazione** delle donne, in un contesto di **“umanizzazione” della nascita.**
- ▶ **Riduzione del rapporto costi-efficacia,**

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



## Midwife-led Birth Units



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

▶ **Outcome materno equivalente o migliore**

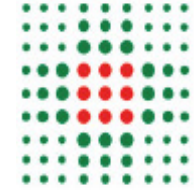
- riduzione tagli cesarei e riduzione parti operativi con ventosa o forcipe → aumento parti vaginali
- riduzione episiotomia, aumento perineo integro
- riduzione uso di ossitocina per augmentation
- riduzione uso analgesia farmacologica
- maggior soddisfazione delle donne, self-confidence, empowerment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

▶ **Outcome neonatale equivalente**

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



# Midwife-led Birth Units:



## ▶ Free-standing Units (stand alone unit)

Centri nascita esterni ai presidi sanitari.

## ▶ Along-side Units:

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

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

## ▶ Gestione Autonoma BRO: da parte delle ostetriche

Modalità assistenziali condivise all'interno della U.O. con spazi dedicati





Long Q, *et al. BMJ Glob Health* 2016;1:e

BMJ Global Health

# Onsite midwife-led birth units (OMBUs) for care around the time of childbirth: a systematic review

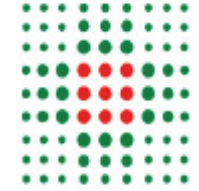
- ▶ In response to potential efficiency and safety concerns of stand-alone low-risk units, onsite midwife-led birth units (OMBUs) that are adjacent to higher level care obstetric units have been introduced in some countries.

## Recommendations for policy

- ▶ Being adjacent to the obstetric unit for managing complications occurring in the intrapartum period is particularly important in many low- and middle-income countries where large numbers of maternal and neonatal deaths occur in health facilities because of failure to detect complications or lack of timely transfer of a woman to a facility with comprehensive emergency care.
- ▶ In the introduction of OMBUs, targeted pro-poor interventions should be developed to ensure equality in accessing such care.



## *Cosa caratterizza la assistenza al parto a gestione esclusivamente ostetrica*



liberta di movimento in travaglio

Assistenza one to one

Ascoltazione intermittente

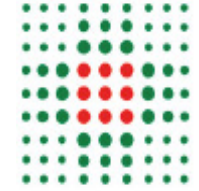
Ricorso a tecniche analgesiche alternative

Non uso di farmaci e ossitocina

Conoscenza e rispetto della fisiologia



# *Quali i problemi*



Intero percorso gestito da ostetriche (midwifery care+ midwifery unit)

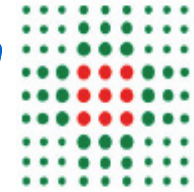
Rivalutazione dei fattori di rischio all'inizio del travaglio e ridefinizione

Richiesta di partoanalgesia

Rivalutazione continua in travaglio e richiesta di intervento del medico o trasferimento della donna



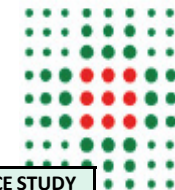
# Trasferimenti da Midwife-led Birth Units a Obstetrician-led Birth Units:



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

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

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

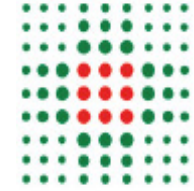


	<b>TORINO (2015-2016)</b> =dati a 1 anno dall'apertura	<b>GENOVA (2001-2016)</b> = dati a 15 anni dall'apertura	<b>FIRENZE 2007-2016</b> = dati a 9 anni dall'apertura	<b>TOTALE 3 CN (IT)</b>	<b>BIRTHPLACE STUDY (UK)</b>
N. PARTI IN CENTRO NASCITA	<b>161</b> (78.1% delle donne in travaglio; 70.3% delle donne ricoverate)	<b>3275</b> (75.4% delle donne in travaglio)	<b>3314</b> (80.3% delle donne in travaglio; 74.7% delle donne ricoverate)	<b>6750</b>	28,000
N. TRASFERIMENTI PERIPARTUM (%)	<b>32.3%</b>	<b>24.1%</b>	<b>22.5%</b>	<b>26.3%</b>	<b>26.4% (media)</b>
N. PARTI VAGINALI/ N. DONNE RICOVERATE IN TRAVAGLIO (%)	<b>91.7%</b>	<b>92.1%</b>	<b>92.6%</b>	<b>92.1%</b>	<b>86.6%</b>
N. PARTI OPERATIVI/ N. DONNE RICOVERATE IN TRAVAGLIO (%)	<b>4.8%</b>	<b>3.1%</b>	<b>3.2%</b>	<b>3.7%</b>	<b>9.1%</b>
N. TC/N. DONNE RICOVERATE IN TRAVAGLIO (%)	<b>3.8%</b>	<b>9.6%</b>	<b>4.2%</b>	<b>5.8%</b>	<b>4.3%</b>
N. EPISIOTOMIE/N. PARTI IN CN (%)	<b>1.2%</b>	<b>10.8%</b>	<b>1.4%</b>	<b>4.5%</b>	<b>12.5%</b>
N. LACERAZIONI DI III-IV GRADO/N. PARTI	-	<b>0.5%</b>	<b>0.1%</b>	<b>0.2%</b>	<b>NP</b>
N. NATI RICOVERATI PER PATOLOGIE GRAVI/N. NATI IN CN	<b>0.1%</b>	<b>0.1%</b>	<b>0.4%</b>	<b>0.2%</b>	<b>0.4%</b>
N. NATI CON APGAR < 7 V MIN/N.NATI	-	<b>0.3%</b>	<b>0.3%</b>	<b>0.1%</b>	<b>NP</b>
N. PERDITE EMATICHE < 500cc /N. PARTI	<b>98.1%</b>	<b>95%</b>	<b>92%</b>	<b>95.0%</b>	<b>NP</b>

*Tab n.1: confronto tra dati dei CN di Torino, Genova, Firenze  
al 31.12.2016.*



# ***Gestione Autonoma BRO AZ Ospedaliera universitaria Parma***



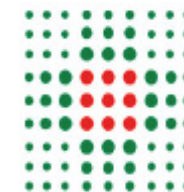
## Elaborazione PDTA BRO nel 2015

- Check list del travaglio
- Modalita di gestione del travaglio
- Condizioni per le quali richiedere intervento medico (conversioni)

Inizio attivita BRO 2016



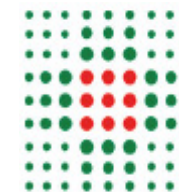
# Gestione autonoma delle ostetriche in BRO-Parma



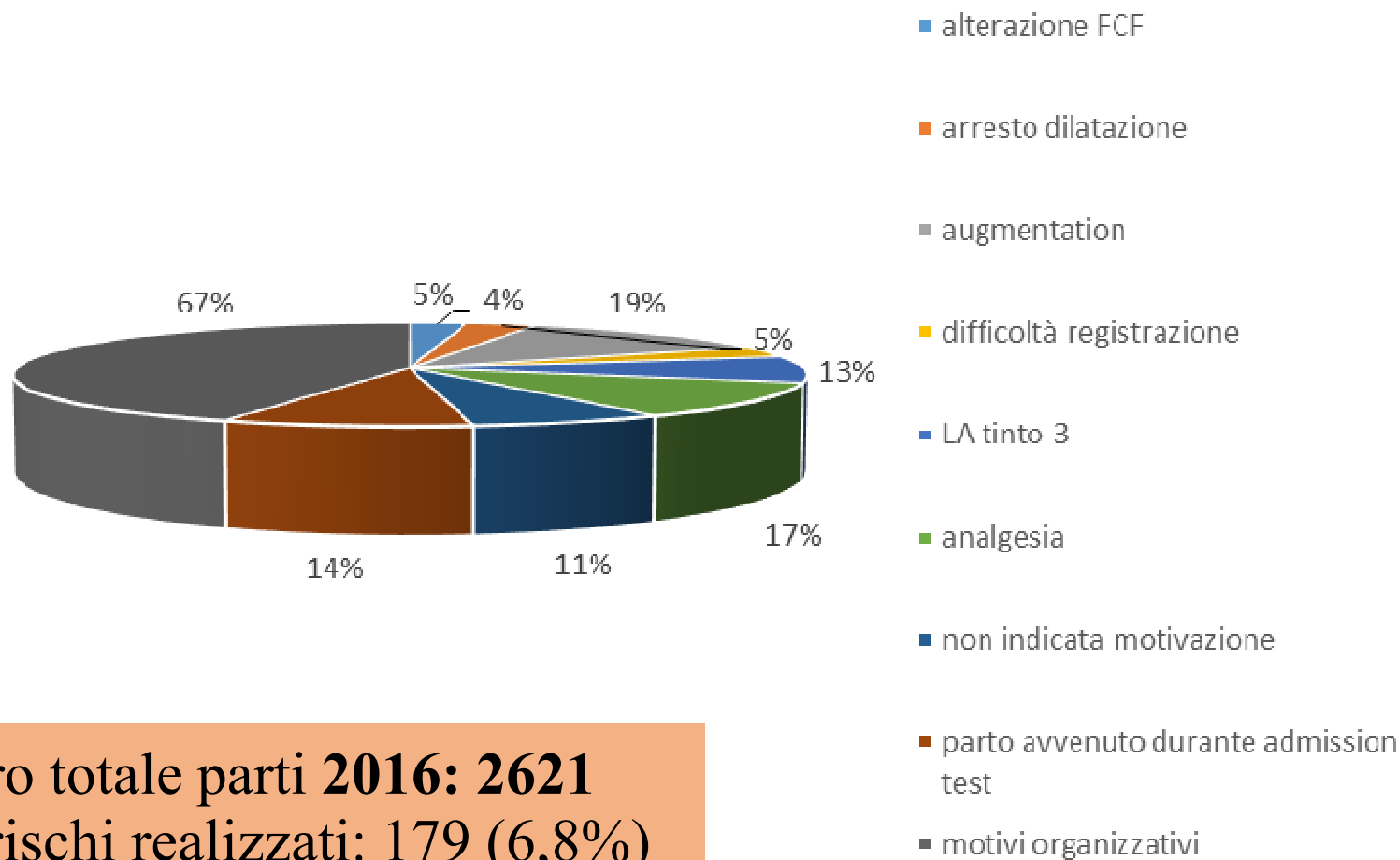
	<b>N parti totali</b>	<b>BRO in travaglio</b>	<b>BRO parto</b>	<b>BRO conversioni</b>
2016	2621	356	175 (6,6%)	181 (51%)
2017	2553	453	181 (6,6%)	272 (55%)
6mesi2018	1301		155 (12%)	



# Gestione Autonoma BRO AZ Ospedaliera universitaria Parma



## MOTIVI DI CONVERSIONE DEI TRAVAGLI A BASSO RISCHIO

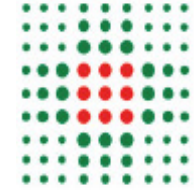


Numero totale parti **2016: 2621**  
Bassi rischi realizzati: 179 (6,8%)





## Midwife-led Birth Units:



### Monitoraggio FCF in travaglio di parto (definizione OMS 1996):

▶ **Auscultazione intermittente:** dopo una contrazione, per almeno 60",  
ogni 15' nel I stadio, ogni 5' nel II

→ semplice, economico, sempre disponibile, libertà di movimento

▶ **CTG in continuo:** trasduttore esterno o interno (dopo RPM), più  
accurato ma difficoltà di interpretazione

→ *outcome materno:* aumento tagli cesarei, aumento  
partoanalgesia, aumento falsi + nel basso rischio → interventi non  
necessari

→ *outcome neonatale:*

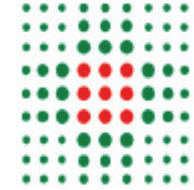
- equivalente per morte perinatale, Apgar score < 7 al 5', paralisi  
cerebrale;

- riduzione convulsioni neonatali (mancano studi a lungo termine)

(Alfirevic et al. Cochrane 2017)



# *Percorsi assistenziali per la gravidanza a basso rischio ostetrico*

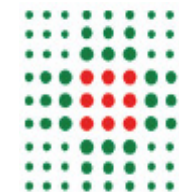


► **Obiettivo:** offrire un alto standard di cure che garantisca qualità e sicurezza, continuità assistenziale in gravidanza parto e puerperio, possibilità di scelta da parte della donna per la **tutela della maternità e l'appropriatezza del percorso nascita**

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

promossa da:

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



# *Ministero della Salute*

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

*Comitato Percorso Nascita nazionale*

## **LINEE DI INDIRIZZO PER LA DEFINIZIONE E L'ORGANIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA IN AUTONOMIA DA PARTE DELLE OSTETRICHE ALLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)**

Ministero della Salute

DGPROGS

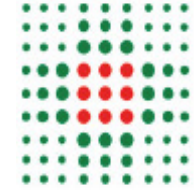
0034949-P-31/10/2017



253606404



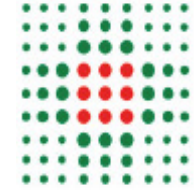
## *Aree Funzionali BRO:*



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



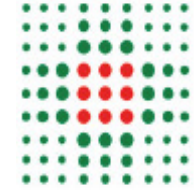
## *Aree Funzionali BRO:*



- ▶ **Protocolli e check list condivisi** da tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza materno-neonatale, finalizzati all'inquadramento della gravidanza ed alla stratificazione del rischio ostetrico. Tali strumenti sono gestiti autonomamente dalle ostetriche e hanno lo scopo di selezionare le donne che possono accedere alle Aree Funzionali BRO o che comunque possono essere gestite in maniera autonoma da parte delle ostetriche.
  
- ▶ **Rivalutazione del rischio** dinamica e ripetuta nel tempo. Al momento dell'accettazione della donna in travaglio, questa viene effettuata:
  - in maniera congiunta **da parte del medico e dell'ostetrica nel caso di Gestione Autonoma BRO all'interno del PN** stesso;
  - **da parte dell'ostetrica autonomamente nel caso delle Aree Funzionali BRO**, sulla base di check list e protocolli condivisi.→ In entrambi i casi, durante tutto il travaglio, rivalutazione continua del rischio da parte dell'ostetrica.



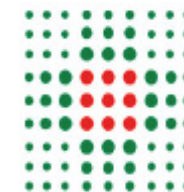
## *Aree Funzionali BRO:*



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



# Aree funzionali BRO

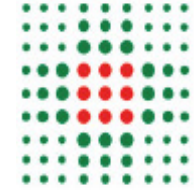


- Aree BRO funzionalmente collegate e adiacenti alla U.O. di Ostetricia e Ginecologia ma con separazione fisica: i cosiddetti centri nascita “*alongside*”, ossia aree collocate nello stesso edificio dell’Unità Operativa (UO) di ostetricia o adiacenti e direttamente collegati ad esso. Questo modello

In alternativa, qualora non fosse prevista la predisposizione di Aree funzionali per le gravidanze “a basso rischio ostetrico”, si raccomanda l’implementazione di modelli organizzativi di *Gestione autonoma BRO* previa definizione di protocolli clinico/assistenziali e check list che possano offrire alle partorienti l’assistenza esclusiva da parte delle ostetriche all’interno delle tradizionali Unità Operative di ostetricia e ginecologia.

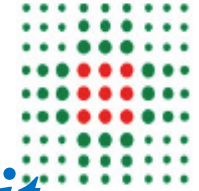


## *Aree Funzionali BRO:*



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





# *Quali criticità nelle aree funzionali separate/alongside unit*

## • **Separazione dei percorsi clinico assistenziali**

- Pro: rispetto di autonomia delle ostetriche e maggiore responsabilizzazione medicolegale
- Contro: scarsa integrazione medici/ostetriche e maggiori difficoltà nella formazione di ostetriche e specializzandi
- Formalizzazione in Unità Operative semplici?  
Responsabilità di direttore di UOC

