

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

ASL
VITERBO



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Corso di Laurea in Ostetricia

Sede Viterbo

I LUOGHI DEL PARTO

nella gravidanza B.R.O.

Dott. Carlo Carriero MD PhD

IL PARTO SPONTANEO DOVE E PERCHE'

- *E' possibile partorire in luoghi diversi dalle sale parto degli ospedali?*
- *Quali sono i luoghi dove si partorisce in Italia ed in Europa?*
- *E' più sicuro partorire in ospedale?*
- *Centro Nascita o Casa del Parto?*
- *Si può partorire nella propria abitazione?*
- *Esperienza di un Centro Nascita.*

Lg
LINEA GUIDA

Sistema nazionale
per le linee guida



Ultima versione 2014

Gravidanza fisiologica

Estratto dei quesiti e delle raccomandazioni



Ministero della Salute



CeVEAS
CENTRO PER LA VALUTAZIONE
DELL'EFFICACIA DELL'ASSISTENZA SANITARIA

Diapositiva 3

CC1

Carlo Carriero; 23/05/2021

L'organizzazione dell'assistenza alla donna in gravidanza

Professionisti coinvolti

- **Quesito 2** • Quali professionisti devono offrire l'assistenza?

Raccomandazione

- ▶ Alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica/o. In collaborazione con l'ostetrica/o, il medico di medicina generale, i consultori e le altre strutture territoriali costituiscono la rete di assistenza integrata alla donna in gravidanza. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in ostetricia e di altri specialisti.

Raccomandazioni per la ricerca

- ▶ È necessario condurre in Italia studi clinici controllati per valutare l'efficacia dell'assistenza alla gravidanza fisiologica fornita da figure professionali diverse.
- ▶ È necessario condurre in Italia studi qualitativi mirati a indagare le preferenze delle donne nei confronti delle figure professionali che le assistono in gravidanza.

**Modello
assistenziale basato
sulla presa in carico
da parte
dell'ostetrica**

- **PREFERENZA
DELLE DONNE**
- **FIGURE
PROFESSIONALI
DIVERSE**

B.R.O. Basso Rischio Ostetrico

Ministero della Salute 2017



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)**

GESTIONE AUTONOMA NELLA SALA PARTO DELL'U.O. DI OSTETRICA

AREE FUNZIONALI PER LE GRAVIDANZE B.R.O. (Centri Nascita Alongside)

In quest'ottica si pongono le presenti *Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO): AREE FUNZIONALI PER LE GRAVIDANZE BRO E GESTIONE AUTONOMA BRO IN UU.OO. DI OSTETRICA E GINECOLOGIA*

Attualmente, ai modelli organizzativi di *Gestione autonoma BRO* in UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, si affiancano altre due modalità nelle quali viene data alle ostetriche altrettanta piena autonomia di assistenza a gravidanze BRO: i cosiddetti centri nascita “*freestanding*”, cioè esterni ai presidi sanitari e gli “*alongside*”, ossia aree collocate nello stesso edificio dell'Unità Operativa (UO) di ostetricia o adiacenti e direttamente collegati ad esso. Le *Aree funzionali BRO*, cui fanno riferimento le presenti Linee di indirizzo, appartengono a questa seconda tipologia.

Protocolli e check list: presso i PN in cui sono attive sia le Aree funzionali BRO che modalità di Gestione autonoma BRO da parte delle ostetriche, è necessaria la predisposizione di protocolli e di specifiche check list condivise con tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza materno/neonatale, finalizzati **all'inquadramento del rischio della gravidanza, in relazione sia alla madre che al feto e al neonato**. L'utilizzo di questi strumenti, gestiti in autonomia dalle ostetriche, permette, nell'ultimo periodo della gravidanza, un corretto inquadramento del livello di rischio, in modo da **selezionare le donne** che possono accedere alle Aree funzionali BRO o che possono essere gestite in autonomia dalle ostetriche.

Rivalutazione del rischio: poiché la gravidanza è un **evento evolutivo**, il suo andamento fisiologico richiede valutazioni ripetute nel tempo. Gravidanze decorse fisiologicamente possono presentare fattori di rischio importanti al momento del travaglio o, al contrario, gravidanze ad alto rischio sulla base dell'anamnesi, possono presentarsi in travaglio di parto con condizioni totalmente fisiologiche. Pertanto, al **momento del travaglio deve essere effettuata una rivalutazione** del rischio materno e feto-neonatale, da parte del medico e dell'ostetrica ai fini dell'ammissione all'Area funzionale BRO, in questo caso mediante check list condivise, o alla Gestione autonoma BRO. **Durante il travaglio** la rivalutazione del rischio deve essere a cura dell'ostetrica che ha in carico la donna.

LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO PER L'ATTRIBUZIONE DEL BRO

AL MOMENTO DEL RECLUTAMENTO DELLA DONNA
(CHECK POINT – BILANCIO DI SALUTE)

AL MOMENTO DELL'ACCOGLIENZA NELLA STRUTTURA
(ACCETTAZIONE)

AL MOMENTO DELL'INIZIO DEL TRAVAGLIO
(SALA PARTO)

DURANTE TUTTO IL TRAVAGLIO
(OSTETRICA!!!!!!)

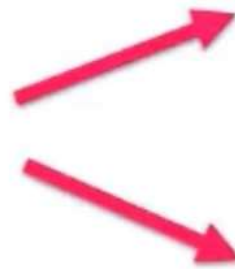


I MODELLI DI CENTRI NASCITA

Un Centro nascita è una struttura di maternità che offre un modello sociale di cura, dove il parto è visto primariamente come un evento fisiologico e l'attenzione viene posta sul supporto alla donna e alla famiglia

(Walsh and Newburn, 2002)

**2 TIPI DIVERSI
DI CENTRI
NASCITA**



**CENTRO NASCITA ALONGSIDE
(INTRAOSPEDALIERO)**



**CENTRO NASCITA FREESTANDING
(TERRITORIALE)**



1 luoghi del parto

- **PROPRIO DOMICILIO**
- **CASA DA PARTO / CASA MATERNITA'**

- **CENTRO NASCITA FREESTANDING**

- **CENTRO NASCITA ALONGSIDE**
- **SALA PARTO DELL'OSPEDALE**

1 luoghi del parto

- **PROPRIO DOMICILIO**
- **CASA DA PARTO / CASA MATERNITA'**

Personale privato liberi professionisti

Ambiente non appartenente al SSN

Non si fa riferimento agli standards dei centri nascita

Spesso ampia offerta di servizi non inerenti la gravidanza ed il parto

- **CENTRO NASCITA FREESTANDING**
- **CENTRO NASCITA ALONGSIDE**
- **SALA PARTO DELL'OSPEDALE**

**SISTEMA
SANITARIO
PUBBLICO**

1 luoghi del parto

DOVE SONO

- **PROPRIO DOMICILIO**
- **CASA DA PARTO / CASA MATERNITA'**

TERRITORIO

- **CENTRO NASCITA FREESTANDING**

- **CENTRO NASCITA ALONGSIDE**
- **SALA PARTO DELL'OSPEDALE**

OSPEDALE

1 luoghi del parto

GESTIONE AUTONOMA DELL'OSTETRICA

- **PROPRIO DOMICILIO**
- **CASA DA PARTO / CASA MATERNITA'**
- **CENTRO NASCITA FREESTANDING**
- **CENTRO NASCITA ALONGSIDE**



GESTIONE NON AUTONOMA DELL'OSTETRICA

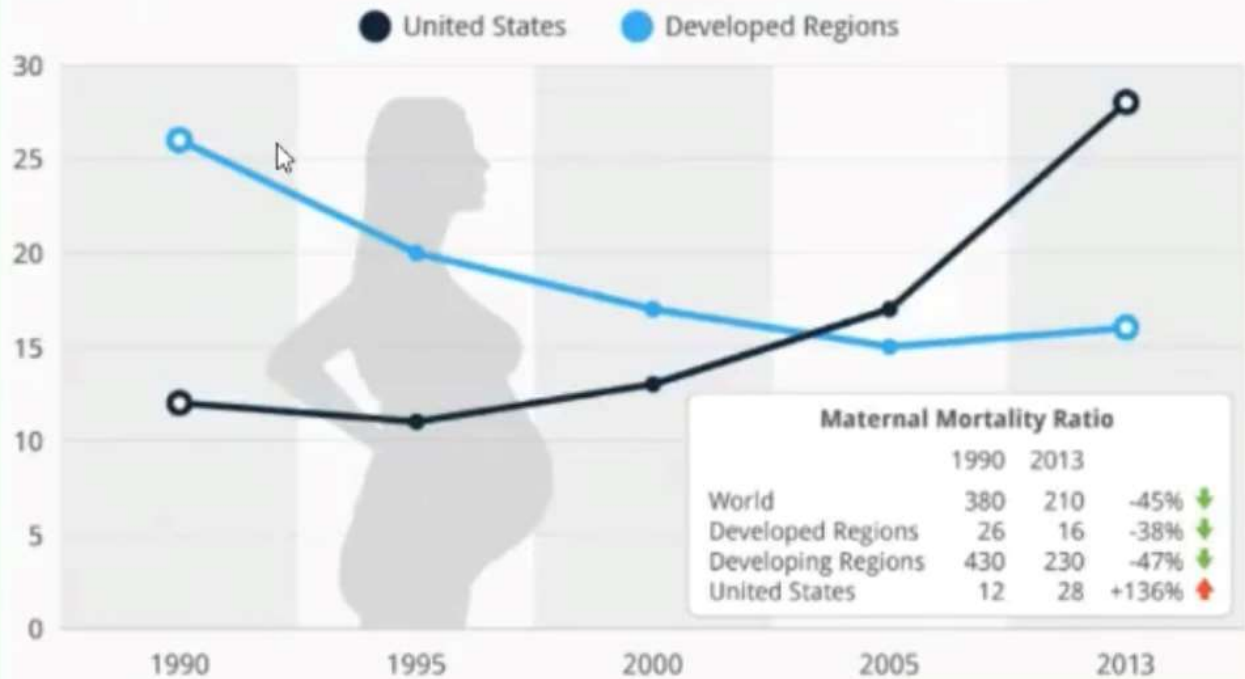
- **SALA PARTO DELL'OSPEDALE (B.R.O.)**



Does this intervention/
spending result
in better
outcomes?

Maternal Deaths in the U.S. Are on the Rise

Maternal mortality ratio (number of maternal deaths per 100,000 live births)



Conrad P, Mackie, T Mehrotra A (2010)



Source: World Health Organization

Mashable statista

MIDWIFE-LED UNIT (CENTRI NASCITA): ITALY vs ENGLAND



(2010) **2 AMUs + 4 FMUs***

(2017) **3 AMUs + 10 FMUs**



59 FMUs

61 FMUs



53 AMUs (Birth Place, 2011)

97 AMUs (Walsh et al, 2018)

I LUOGHI DEL PARTO NEL PERCORSO NASCITA (IT)



I LUOGHI DEL PARTO NEL PERCORSO NASCITA (UK)-2017



Birthplace in England Collaborative Group

BMJ 2011;343:d7400 doi: 10.1136/bmj.d7400 (Published 24 November 2011)

“Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study”

Conclusions:

*The results support a policy of offering healthy women with low risk pregnancies a **choice** of birth setting. Women planning birth in a **midwifery unit** and **multiparous** women planning birth **at home** experience fewer interventions than those planning birth in an obstetric unit with **no impact on perinatal outcomes**. For **nulliparous** women, planned home births also have fewer interventions but have **poorer perinatal outcomes***

BIRTHPLACE STUDY - 2011

A multi-disciplinary research programme



Composto da piu' studi:

- Mapping Survey of NHS Trusts in England
- Prospective Cohort Studies
- Cost-Effectiveness Studies
- Organisational Case Studies

The Birthplace national cohort study was designed to answer questions about the risks and benefits of giving birth in different settings, focusing in particular on birth outcomes in healthy women with straightforward pregnancies who are at 'low risk' of complications.

RISULTATI DEL BIRTHPLACE STUDY- 1

Partorire e' molto sicuro in generale

For 'low risk' women the incidence of adverse perinatal outcomes (intrapartum stillbirth, early neonatal death, neonatal encephalopathy, meconium aspiration syndrome, and specified birth related injuries including brachial plexus injury) was low (4.3 events per 1000 births).

IL SENSO DI SICUREZZA



Enzo Ferrari









RISULTATI DEL BIRTHPLACE STUDY-2

I centri nascita sono sicuri per il bambino e offrono benefici per la madre

- For planned births in freestanding midwifery units and alongside midwifery there were no significant differences in adverse perinatal outcomes compared with planned birth in an obstetric unit.
- Women who planned birth in a midwifery unit (AMU or FMU) had significantly fewer interventions, including substantially fewer intrapartum caesarean sections, and more 'normal births' than women who planned birth in an obstetric unit.

RISULTATI DEL BIRTHPLACE STUDY-3

Per le multi/pluripare il parto a domicilio e in centri nascita appare sicuro per il bambino e offre benefici per la madre

- For multiparous women, there were no significant differences in adverse perinatal outcomes between planned home births or midwifery unit births and planned births in obstetric units.
- For multiparous women, birth in a non-obstetric unit setting significantly and substantially reduced the odds of having an intrapartum caesarean section, instrumental delivery or episiotomy.

RISULTATI DEL BIRTHPLACE STUDY- 4

Il parto a casa puo' essere piu' rischioso per il bambino nella nullipare

For nulliparous women, there were 9.3 adverse perinatal outcome events per 1000 planned home births compared with 5.3 per 1000 births for births planned in obstetric units, and this finding was statistically significant.

RISULTATI DEL BIRTHPLACE STUDY- 5

For women having a first baby, there is a fairly high probability of transferring to an obstetric unit during labour or immediately after the birth

- For nulliparous women, the peri-partum transfer rate was 45% for planned home births, 36% for planned FMU births and 40% for planned AMU births

For women having a second or subsequent baby, the transfer rate is around 10%

- For women having a second or subsequent baby, the proportion of women transferred to an obstetric unit during labour or immediately after the birth was 12% for planned home births, 9% for planned FMU births and 13% for planned AMU births.

IL PARTO FUORI DAL CONTESTO OSPEDALIERO RISULTA RIDURRE

- Epidurali o spinali
- Anestesiie generali
- Episiotomie
- Uso di ossitocina per accelerare il travaglio
- Parto operativo
- Tagli cesarei non programmati

AUMENTANDO

- Normal birth
- Women's positive birth experience
- Midwives' satisfaction

PARE POCO?

E ANCHE RISPARMIO ECONOMICO



Planned freebirth: ?

Planned OU birth: £1631

Planned AMU birth: £1461

Planned FMU birth: £1435

Planned home birth: £1067



Azienda
Ospedaliero
Universitaria
Careggi

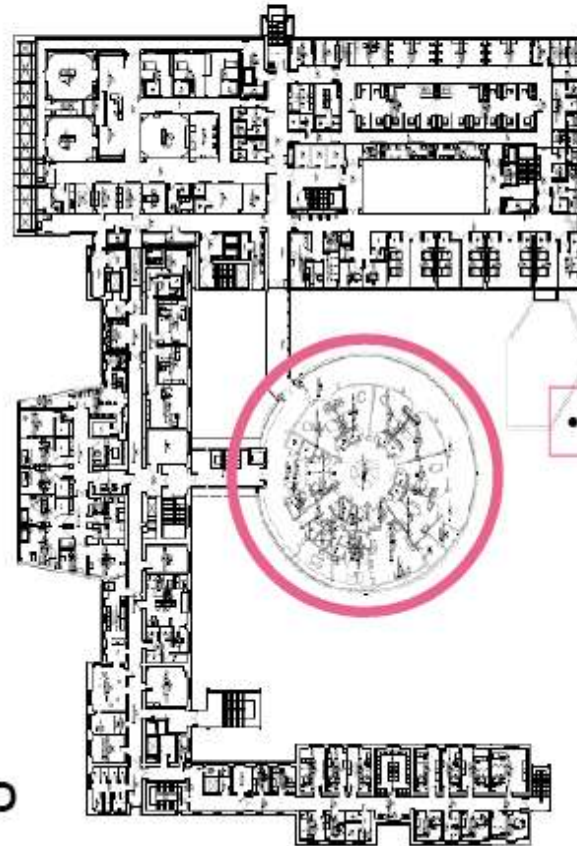
LE ATTIVITÀ

CENTRO NASCITA MARGHERITA



- CAN
- SOSTEGNO ALLATTAMENTO

- PRESA IN CARICO PRESSO TERMINE GRAVIDANZA



- TRIAGE TELEFONICO E IN SEDE
- ASSISTENZA INTRA-ANTE-POST PARTO ALLA FAMIGLI

- PARTI FISIOLGICI

- COUNSELLING

- EDUCAZIONE-FORMAZIONE

- PROMOZIONE SALUTE

CENTRO NASCITA

- **Rigore ed evidenze scientifiche**
- **Scrupolo e attenzione**
- **Procedure e protocolli**
- **Partogramma**

	Azienda Ospedaliera - Università Cattolica, Largo P. Saverio 3 - 00184 - PIAZZA	M/2008/1/DO06
	Dipartimento Materno Infantile	Rev. 2
	Dr. G. Pozzini	Rev. 1 di 1
Centro Nascita Margherita		

COGNOME / NOME:

U.M. D.P.P. E.G.

- da segnalare

anamnesi			
anno			
gravidanza			
settimana al parto			
parto/secundamento			
peso / sesso			
episiotomia			
alimenti*			
TGS			
aborti			

gravidanza seguita da:	
consulto	
percorso Margherita	
ginecologo privato	

c. preparazione nascita	
AUL	
territo	
altro	

alimento 3 mesi: E escluso, M misto, A artificiale

- controllo esami di laboratorio:
- controllo ecografia:
- tampone vagino/rettale:
- GCT U: B0: OGTT U: B0: L20: L80:

- pressione frequenza cardiaca
- peso attuale: aumento ponderale: BMI:
- presenza di edemi: sede:
- misurazione sinfisi fondo:
- manovre di Leopold: PP:

scarto PP	-3	-2	-1/0	+1/+2
distensione	+	1/2	3/4	+
posizione	postero	antero	transv	transv
rotazione	antero	postero	compreso	compreso
consistenza	regio	molto	molto	molto

- presenza di MAF:
- rilevazione BCF:
- colloquio con informazioni sul percorso assistenziale:
- compilazione consenso:
- appuntamento successivo il:

data firma medico: firma ostetrica:

STRUMENTI

	Azienda Ospedaliera - Università Cattolica, Largo P. Saverio 3 - 00184 - PIAZZA	M/2008/1/DO06
	Dipartimento Materno Infantile	Rev. 1
	CONTROLLI GRAVIDANZA A TERMINE	Pag. 1 di 1
Centro Nascita Margherita		

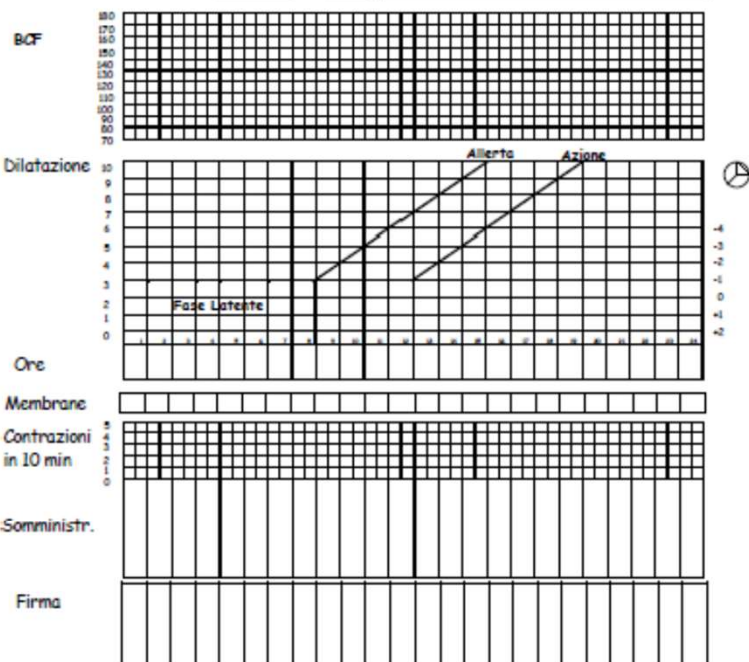
settimana	40 w				40 + 6 w				41 + 2 w				41 + 6 w				
controllo esami																	
ad contratto																	
MAF																	
PA / FC																	
peso																	
sinfisi fondo																	
manovre Leopold																	
edemi																	
note	rot. capo	antero	postero	transv	antero	postero	transv	antero	postero	transv	antero	postero	transv	antero	postero	transv	
	scostate	postero	antero	transv	antero	postero	transv	antero	postero	transv	antero	postero	transv	antero	postero	transv	
	consistenza	regio	molto	molto	molto	regio	molto	molto	regio	molto	molto	regio	molto	molto	regio	molto	molto
	distensione	0	1/2	3/4	+	0	1/2	3/4	+	0	1/2	3/4	+	0	1/2	3/4	+
scarto PP	-3	-2	-1/0	+1/+2	-3	-2	-1/0	+1/+2	-3	-2	-1/0	+1/+2	-3	-2	-1/0	+1/+2	
BCF / OTG																	
AFI																	
rischio ostetrico																	
note																	
data																	
firma																	

nome cognome: D.G.:

Azienda Ospedaliera - Universitaria Careggi, via delle Oblate 1 - 50141 - FIRENZE		M/1007/01A
PARTOGRAMMA		
Dipartimento Materno Infantile		
<input type="checkbox"/> CENTRO NASCITA	<input type="checkbox"/> AREA NASCITA	Rev. 0 Pag. 1 di 2

Cognome _____
 Nome _____
 N.C. _____ Grav. ___ Par. ___
 Ingresso il _____ ore _____
 Rottura membrane il _____ ore _____

VALUTAZIONE RISCHIO:	
Iniziale ore _____ : BASSO	ALTO
MBS _____	OST _____
Modifica ore _____ : BASSO	ALTO
MBS _____	OST _____



Note _____

STRUMENTI CHE PARLANO

Azienda Ospedaliera - Universitaria Careggi, via delle Oblate 1 - 50141 - FIRENZE		M/1007/01A
PARTOGRAMMA		
Dipartimento Materno Infantile		
<input type="checkbox"/> CENTRO NASCITA	<input type="checkbox"/> AREA NASCITA	Rev. 0 Pag. 2 di 2

I e II stadio del TRAVAGLIO	DATA								
	ORA								
	IDRATAZIONE								
	ALIMENTAZIONE								
	ANNOSSIONE								
	FC MATERNA								
	PA								
	TD°								
	SpO ₂								
	POSIZIONE MATERNA								
	MODUBUSTIONE								
	USO DELL'ACQUA								
	PREMITO								
	MODALITA' DI SPINTA								
FIRMA OSTETRICA									

Inizio prodromi ore	
Inizio travaglio ore	
Inizio fase espulsiva ore	
Parto ore	
Secondamento ore	

Posizione al parto	
Esiti perineali	
Sutura	
Anestesia locale	
Perdita ematica	

Ostetrica A	
Ostetrica B	
Altro:	

Tabella 1 - Confronto tra dati dei CN di Torino, Genova, Firenze al 31 dicembre 2016

	TORINO (2015-2016) = dati a 1 anno dall'apertura	GENOVA (2001-2016) = dati a 15 anni dall'apertura	FIRENZE 2007-2016 = dati a 9 anni dall'apertura	TOTALE 3 CN (IT)	BIRTHPLACE STUDY (UK)
Numero di parti in Centro nascita	161 (78,1% delle donne in travaglio; 70,3% delle donne ricoverate)	3,275 (75,4% delle donne in travaglio)	3,314 (80,3% delle donne in travaglio; 74,7% delle donne ricoverate)	6,750	28.000
Numero di trasferimenti <i>peripartum</i> (%)	32,3%	24,1%	22,5%	26,3%	26,4% (media)
Numero di parti vaginali / Numero di donne ricoverate in travaglio (%)	91,7%	92,1%	92,6%	92,1%	86,6%
Numero di parti operativi / Numero di donne ricoverate in travaglio (%)	4,8%	3,1%	3,2%	3,7%	9,1%
Numero di TC / Numero di donne ricoverate in travaglio (%)	3,8%	9,6%	4,2%	5,8%	4,3%
Numero di episiotomie / Numero di parti in CN (%)	1,2%	10,8%	1,4%	4,5%	12,5%
Numero di lacerazioni di III-IV grado / Numero di parti	-	0,5%	0,1%	0,2%	NP
Numero di nati ricoverati per patologie gravi / Numero di nati in CN	0,1%	0,1%	0,4%	0,2%	0,4%
Numero di nati con APGAR <7 v min / Numero di nati	-	0,3%	0,3%	0,1%	NP
Numero di perdite ematiche <500 cc / Numero di parti	98,1%	95%	92%	95,0%	NP

LE ATTIVITA' DEI CENTRI NASCITA

- ASSISTENZA ANTE-INTRA-POST PARTO ALLA FAMIGLIA

- PARTI FISIOLGICI

- COUNSELLING

- EDUCAZIONE-FORMAZIONE

- TRIAGE TELEFONICO E IN SEDE

- CORSI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

- SOSTEGNO ALLATTAMENTO

- PROMOZIONE SALUTE

- COLLEGAMENTO COL TERRITORIO

To be continued...

Perché nel basso rischio ostetrico l'esperienza dei centri nascita rispetto alla sala parto, anche utilizzando la stessa equipe ostetrica, da risultati differenti?

DIFFERENTE MODELLO ASSISTENZIALE

**MODELLO
BIOMEDICO**

**MODELLO
BIO-PSYCHOSOCIALE**

Un aspetto importante per implementare un'assistenza alla maternità basata sulle evidenze scientifiche è sviluppare strutture assistenziali a gestione ostetrica e aumentare l'accesso delle donne a tali strutture (Renfrew et al., 2014; Miller et al., 2016; WHO, 2016). Il Midwifery Unit Network (MUNet) e l'European Midwives Association (EMA) hanno collaborato influenzando l'attuazione delle politiche relative alla maternità che riguardano la sicurezza, la salute delle donne e dei loro bambini e l'accesso ad un'assistenza ostetrica basata sulle evidenze scientifiche.

Esistono gli standards europei ed un network che promuove il corretto modello di approccio e di lavoro nei centri nascita. (2018)

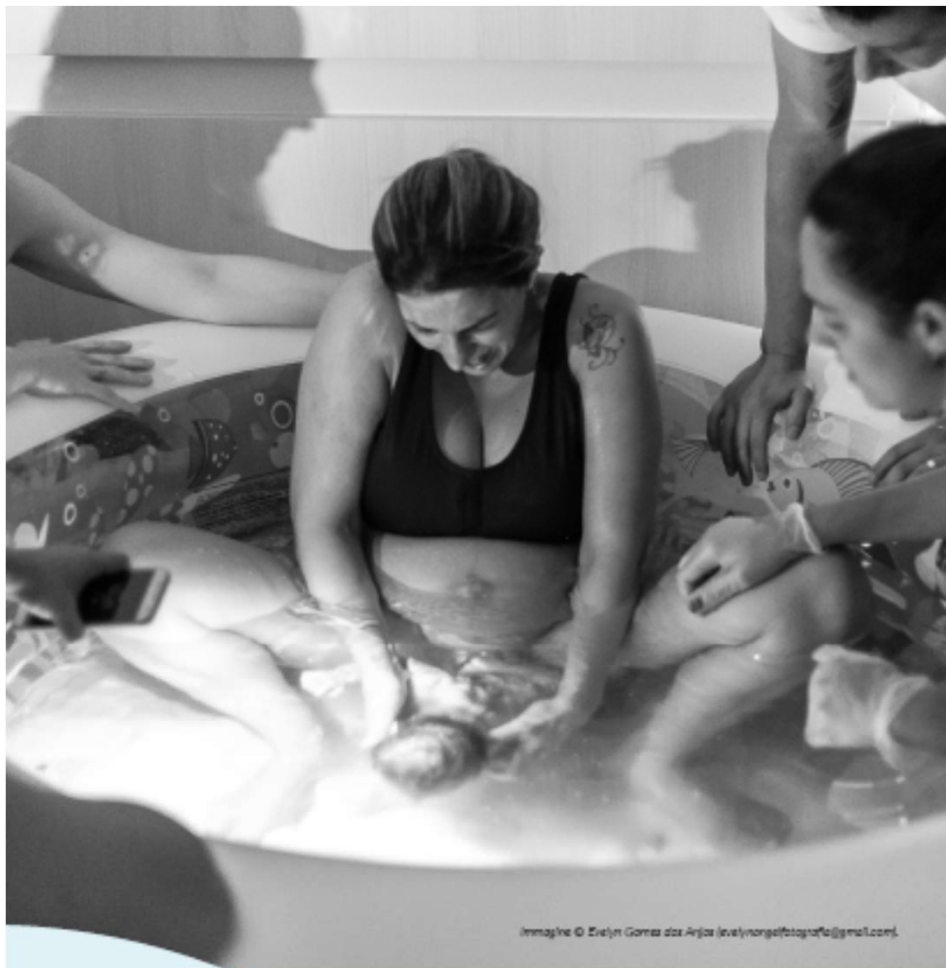


Immagine © Evelyn Gomez daz Ariza (evelynogomezfoto@gmail.com)

Standard Europei per le Midwifery Units



Tema 1	Modello bio-psico-sociale della nascita
Standard 1	La MU ha una filosofia assistenziale scritta e pubblicamente accessibile basata su valori e principi condivisi
Tema 2	Uguaglianza, diversità e inclusione sociale
Standard 2	La MU ha una politica specifica in tema di rispetto, diversità e inclusione
Tema 3	Lavorare oltre i confini professionali e fisici
Standard 3	All'interno della struttura è presente un documento condiviso dal personale basato sull'impegno a lavorare nel rispetto reciproco integrando i servizi di maternità
Standard 4	La MU ha un'Ostetrica, un Medico Ginecologo e un Neonatologo di riferimento
Standard 5	Sono presenti procedure e protocolli ben definiti per i trasferimenti
Tema 4	Percorsi assistenziali per la donna
Standard 6	La MU si impegna ad offrire informazioni il prima possibile, permettendo di maturare la scelta durante il percorso nascita
Standard 7	La MU è un centro di riferimento per la comunità integrato col territorio locale
Standard 8	Il percorso assistenziale per un'assistenza ostetrica personalizzata e individualizzata nella MU è aperto a tutte le donne
Standard 9	La MU ha procedure di trasferimento specifiche verso altri servizi di riferimento
Tema 5	Personale e carico di lavoro
Standard 10	Il personale essenziale per una MU include un team fisso e una leader ostetrica al suo interno per promuovere alti standards, senso di appartenenza e una filosofia assistenziale appropriata
Standard 11	La valutazione dell'impegno delle attività assistenziali ostetriche di una MU include tutte le attività svolte e non soltanto l'assistenza intraparto e il numero di nascite
Tema 6	Conoscenza, competenze e formazione
Standard 12	All'interno della struttura è disponibile un documento condiviso che delinea le conoscenze e le competenze richieste alle ostetriche per poter lavorare in una MU
Standard 13	La MU ha programmi di formazione e di educazione continua del personale
Standard 14	La MU ha una procedura specifica per l'inserimento e l'affiancamento del personale
Tema 7	Ambiente e strutture
Standard 15	La MU offre un ambiente che promuove un modello di assistenza bio-psico-sociale e la creazione di relazioni
Standard 16	La MU offre un ambiente che supporta la mobilità e il parto attivo
Standard 17	Una MU offre un ambiente che protegge e che promuove il rilassamento, la privacy e la dignità
Standard 18	La struttura fisica e il design della MU ne trasmettono i valori del modello bio-psico-sociale di assistenza
Standard 19	La MU è facilmente visibile e accessibile alla comunità
Tema 8	Autonomia e responsabilità
Standard 20	La MU ha una politica che riconosce l'autonomia e la responsabilità delle ostetriche
Standard 21	La MU ha una politica che riconosce chiaramente l'autonomia delle donne
Tema 9	Leadership
Standard 22	Nella MU è presente una leadership visibile e consistente
Standard 23	La MU ha una leadership di alta qualità e trasformativa
Standard 24	È presente un gruppo tecnico multidisciplinare consultivo con rappresentanza dell'utanza con il quale viene delineata la visione della MU
Tema 10	Governance clinica
Standard 25	La MU ha linee guida, protocolli e procedure basati sulle più recenti evidenze scientifiche e sottoposti a revisioni regolari
Standard 26	La MU ha una procedura che definisce criteri di ammissione e sulla scelta del luogo della nascita
Standard 27	La MU dimostra impegno verso il miglioramento continuo
Standard 28	La MU ha un sistema informatico efficiente e sicuro
Standard 29	La MU dispone di programmi per gestire la comunicazione ed il marketing

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 23 dicembre 2016, n. U00395

Adozione del documento tecnico inerente "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità", redatto ed approvato dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Parti a Domicilio ed in Casa di Maternità, istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e Det. n. G11586 del 28/9/2015.

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO, IN CENTRO NASCITA ED IN CASA MATERNITÀ

Documento redatto ed approvato* dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Parti a Domicilio ed in Casa di Maternità

Componenti del Gruppo di Lavoro istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e Det. n. G11586 del 28/9/2015

Domenico Di Lallo - Dirigente Area Programmazione rete ospedaliera e risk management, Regione Lazio

Valentino Mantini - Dirigente Area Cure primarie, Regione Lazio

Eleonora Macci - Area Programmazione rete ospedaliera e risk management, Regione Lazio

Simona Asole - Area Programmazione rete ospedaliera e risk management, Regione Lazio

Iolanda Rinaldi - Presidente Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma

Patrizia Proietti - Vice Presidente Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma

Ivana Arena - Ostetrica libero-professionista Collegio Provinciale delle Ostetriche di Roma

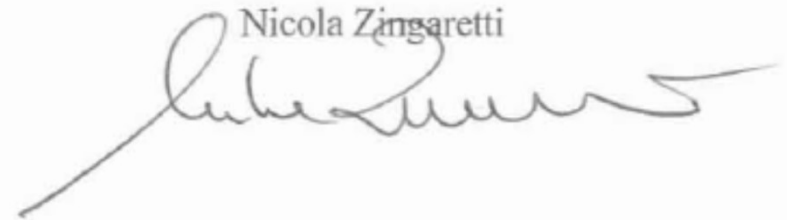
Stefania Nichinonni - Dipartimento Professioni Sanitarie, ASL RM 3

Pierluigi Palazzetti - UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. G.B. Grassi, ASL RM 3

Enrico Vizza - Segretario della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia (SIGO)

Elsa Buffone - Presidente della Società Italiana di Neonatologia (SIN) del Lazio

Nicola Zingaretti



Roma, li 23 DIC. 2016

INDICE

pag.

PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO A DOMICILIO	
CRITERI DI ELEGGIBILITÀ.....	1
PRESA IN CARICO DELLA DONNA CHE SCEGLIE IL PARTO A DOMICILIO	1
REQUISITI PROFESSIONALI DELL'OSTETRICA.....	2
ITER PROCEDURALE PER LA RICHIESTA DI RIMBORSO.....	3
FLUSSO INFORMATIVO DEI CedAP E SISTEMA DI MONITORAGGIO.....	4
PROTOCOLLO ASSISTENZIALE PER IL PARTO IN CENTRO NASCITA E IN CASA MATERNITÀ	
REQUISITI STRUTTURALI E TECNOLOGICI DEL CENTRO NASCITA E DELLA CASA MATERNITÀ.....	5
REQUISITI ORGANIZZATIVI DEL CENTRO NASCITA.....	6
REQUISITI ORGANIZZATIVI DELLA CASA MATERNITÀ.....	6
ALLEGATO 1 PROTOCOLLO CLINICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DELLA GRAVIDANZA, TRAVAGLIO, PARTO A BASSO RISCHIO E PUERPERIO	7
ALLEGATO 2 DOTAZIONE MATERIALI/STRUMENTAZIONE E FARMACI PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E PARTO	11
ALLEGATO 3 INDICAZIONI PER IL TRASFERIMENTO DELLA DONNA E/O DEL NEONATO IN OSPEDALE	12
ALLEGATO 4 MODULISTICA	14

CRITERI DI ELEGGIBILITÀ

- Età gestazionale compresa fra le 37settimane+1giorno e le 41 settimane+6 giorni
- Feto singolo in presentazione cefalica di vertice e con battito cardiaco regolare
- Peso fetale presunto compreso fra il 10° e 90° percentile
- Assenza di patologia fetale nota e di rischi neonatali prevedibili
- Placenta normalmente inserita
- Assenza di patologia materna e/o di anamnesi ostetrica che rappresenti una controindicazione al travaglio di parto e che richieda una sorveglianza intensiva
- Insorgenza spontanea del travaglio
- Liquido amniotico limpido, in caso di rottura di membrane
- Rottura prematura delle membrane da meno di 24 ore
- Esame batteriologico vaginale e rettale negativo per colonizzazione da Streptococco gruppo B.

REQUISITI PROFESSIONALI DELL'OSTETRICA

L'assistenza al travaglio e parto a domicilio deve essere fornita da due ostetriche regolarmente iscritte all'Albo. E' necessaria la presenza di due ostetriche per consentire un costruttivo scambio di opinioni e brevi periodi di riposo a turno, al fine di garantire alla donna la migliore assistenza possibile.

La "prima" ostetrica, negli ultimi 5 anni: deve avere effettuato almeno 20 parti in ambito extra-ospedaliero e/o deve aver maturato una esperienza di assistenza al parto in autonomia presso una Sala parto di struttura ospedaliera pubblica/privata. Ove richiesto, la professionista fornisce, ai sensi del DPR 445/00, artt. 46, 47 e 76, autocertificazione dei requisiti. Deve disporre, inoltre, della strumentazione e dei farmaci indicati in Allegato 2.



Procedura per il rimborso del Parto a Domicilio e in Casa Maternità Privata	Revisione 1 del	Edizione 2 del 2018	Pag. 1 di pag 21
---	-----------------	---------------------	------------------

PROCEDURA PER IL RIMBORSO DEL PARTO A DOMICILIO E IN CASA MATERNITA' PRIVATA			Cod. PO / Pag. 01/
Rev. 0	Data	Edizione 1	Data 20/04/2017
Rev. 1	Data	Edizione 2	Data 06/11/2018
Distribuito in forma		<input checked="" type="checkbox"/> Cartacea	<input checked="" type="checkbox"/> Informatica
A	Direzione Amministrativa, Rete Consultori, U.O. Ostetricia e Ginecologia, Farmacia Aziendale, Direzione Sanitaria Polo ospedaliero, U.O. Pediatria, MMG, PLS.		
<input checked="" type="checkbox"/> Copia controllata (soggetta ad aggiornamento)			N°
• Copia non controllata			
DATA	06/11/2018		
REDATTO DA GOPS Area Ostetrica		FIRMA	
Ostetrica	D.ssa Antonella Ambrosini		
Ostetrica	D.ssa Grazziella Ceccarelli		

IL PARTO SPONTANEO DOVE E PERCHE'

- *E' possibile partorire in luoghi diversi dalle sale parto degli ospedali?*
- *Quali sono i luoghi dove si partorisce in Italia ed in Europa?*
- *E' più sicuro partorire in ospedale?*
- *Centro Nascita o Casa del Parto?*
- *Si può partorire nella propria abitazione?*
- *Esperienza di un Centro Nascita.*

NICE INTRAPARTUM CARE GUIDELINES: PLACE OF BIRTH

Table 1 Rates of spontaneous vaginal birth, transfer to an obstetric unit and obstetric interventions for each planned place of birth: low-risk multiparous women (sources: Birthplace 2011; Blix et al. 2012)

	Number of incidences per 1,000 multiparous women giving birth			
	Home	Freestanding midwifery unit	Alongside midwifery unit	Obstetric unit
Spontaneous vaginal birth	964*	900	967	927*
Transfer to an obstetric unit	115*	94	125	10**
Regional analgesia (epidural and/or spinal)***	28*	40	60	121*
Episiotomy	15*	23	35	56*
Caesarean birth	7*	8	10	35*
Instrumental birth (forceps or ventouse)	9*	12	23	38*
Blood transfusion	4	4	5	8

* Figures from Birthplace 2011 and Blix et al. 2012 (all other figures from Birthplace 2011).

** Estimated transfer rate from an obstetric unit to a different obstetric unit owing to lack of capacity or expertise.

*** Blix reported epidural analgesia and Birthplace reported spinal or epidural analgesia.

Table 3 Rates of spontaneous vaginal birth, transfer to an obstetric unit and obstetric interventions for each planned place of birth: low-risk nulliparous women (sources: Birthplace 2011; Blix et al. 2012)

	Number of incidences per 1,000 nulliparous women giving birth			
	Home	Freestanding midwifery unit	Alongside midwifery unit	Obstetric unit
Spontaneous vaginal birth	794*	813	765	688*
Transfer to an obstetric unit	450*	363	402	10**
Regional analgesia (epidural and/or spinal)***	218*	200	240	349*
Episiotomy	165*	165	216	242*
Caesarean birth	80*	69	76	121*
Instrumental birth (forceps or ventouse)	126*	138	159	191*
Blood transfusion	12	8	11	16

* Figures from Birthplace 2011 and Blix et al. 2012 (all other figures from Birthplace 2011).

** Estimated transfer rate from an obstetric unit to a different obstetric unit owing to lack of capacity or expertise.

*** Blix reported epidural analgesia and Birthplace reported spinal or epidural analgesia.

2014 – updated 2017

NICE INTRAPARTUM GUIDELINES: PLACE OF BIRTH RECOMMENDATIONS

Explain to both multiparous and nulliparous women that they may choose any birth setting (home, freestanding midwifery unit, alongside midwifery unit or obstetric unit), and support them in their choice of setting wherever they choose to give birth.

Advise low-risk multiparous women that planning to give birth at home or in a midwifery-led unit (freestanding or alongside) is particularly suitable for them because the rate of interventions is lower and the outcome for the baby is no different compared with an obstetric unit.

2014 – updated 2017

PERCHE' QUESTI RISULTATI?

Systematic search of qualitative research literature in the area of midwife-led care, then applied the metasynthesis method to integrating and synthesizing themes from 11 articles.

**3 MAIN THEMES
Across studies**

- Relationally Mediated Benefits for Women
- Problematic Interface With Host Units:
Clash of Models and Culture
- Greater Agency for Midwives

