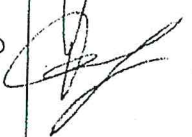
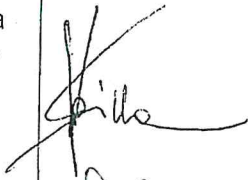
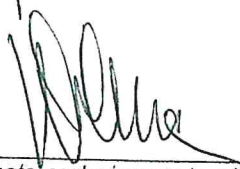


 ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
	Pag. 1 di 21	

**DAPS DIPARTIMENTO PROFESSIONI SANITARIE - U.O.C. TUTELA DELLA SALUTE MATERNO
INFANTILE – U.O.C. OSTETRICA E GINECOLOGIA**

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
Direttore DAPS Dott.ssa A. Barsacchi			
Incarico Organizzativo Percorso Nascita Dott.ssa F. Ciferri		U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing	
Direttore UOC Tutela della Salute Materno Infantile Dott. V. Spina		Dott.ssa Antonella Stefania Morgante	Direzione Sanitaria Dott. A. Barbato
Direttore UOC Ostetricia/Ginecologia Dott. C. Oliva			
Il presente documento è destinato esclusivamente all'utilizzo interno aziendale. Per eventuali necessità di utilizzo anche parziale da parte di terzi è necessario richiedere formale autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.			

Gruppo di Lavoro:

Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie - Dott.ssa A. Barsacchi
 Incarico Organizzativo Percorso Nascita Ospedale-Territorio - Dott.ssa F. Ciferri
 Direttore UOC Tutela della Salute Materno Infantile - Dott. V. Spina
 Direttore UOC Ostetricia/Ginecologia Sala Parto – Dott. C. Oliva
 Direttore UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing – Dott.ssa A. S. Morgante
 Staff UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing – Dott.ssa C. Graziani

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
07/11/2018	00	Emissione
21/03/2025	01	Revisione

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
		Pag. 2 di 21

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SCOPO	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	4
5. MODALITA' OPERATIVE.....	5
5.1 PIANIFICAZIONE DELLE ATTIVITA' OSTETRICHE IN BASE ALL'EPOCA GESTAZIONALE.....	5
5.2 COLLOQUIO.....	7
5.3 IDENTIFICAZIONE DEI FATTORI DI RISCHIO.....	7
5.4 VALIDAZIONE DEL RISCHIO AL PRIMO INCONTRO.....	7
5.5 PRESCRIZIONI DEGLI ESAMI PER LA SORVEGLIANZA E L'ASSISTENZA ALLA GRAVIDANZA.....	7
5.6 PRESA IN CARICO PRESSO AMBULATORIO BRO A TERMINE.....	9
5.7 PRIMA DELLA VALUTAZIONE OSTETRICA A TERMINE.....	9
5.8 SECONDA VALUTAZIONE OSTETRICA A TERMINE.....	9
5.9 TERZA VALUTAZIONE OSTETRICA A TERMINE.....	10
5.10 QUARTA VALUTAZIONE OSTETRICA A TERMINE.....	10
5.11 VALUTAZIONE CONGIUNTA OSTETRICA/GINECOLOGO.....	12
5.12 PARTO BRO.....	12
5.13 AUDIT CLINICI.....	12
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ.....	13
7. INDICATORI	14
8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO	14
9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO.....	15
10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA.....	15

ALLEGATI

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
		Pag. 3 di 21

1. PREMESSA

L'Accordo siglato il 16-12-2010, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente *«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 l'avvio nel nostro Paese, della riorganizzazione della rete dei Punti Nascita (PN)»*.

Pur non potendosi definire concluso, il processo di riorganizzazione della rete dei PN, che ha subito una accelerazione anche grazie al DM 70/2015 e DM 77/22 e s.m.i. (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), è una realtà concreta, che vede l'impegno delle Istituzioni regionali e locali e dei professionisti, consapevoli della necessità di implementare opportune strategie organizzative per garantire livelli di qualità e sicurezza del percorso nascita sempre più elevati, anche al fine di migliorare la percezione e la soddisfazione delle donne. In tal senso, il ruolo dell'Ostetrica appare centrale.

Il Comitato Percorso Nascita nazionale che coadiuva e supporta le regioni nella costruzione della nuova rete dei PN, anche sulla scorta delle indicazioni della letteratura internazionale, ritiene utile promuovere linee di indirizzo di tipo organizzativo per l'offerta di modelli assistenziali per la donna con gravidanza e travaglio/parto a basso rischio. Tali modelli non devono essere considerati sostitutivi di quelli in essere, bensì in grado di affiancarsi ad essi con l'obiettivo di promuovere soluzioni organizzative che rispondano non solo a criteri di qualità e sicurezza ma garantiscano una maggiore continuità nell'assistenza in gravidanza, parto e puerperio, offrendo alla donna, debitamente informata, la possibilità di scelta del setting assistenziale, ferma restando la valutazione clinica delle condizioni e dello specifico rischio.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari prioritari a livello mondiale raccomandando che "l'assistenza al percorso nascita garantisca una mamma e un bambino in perfetta salute con il livello di cure più basso possibile compatibilmente con la sicurezza". Nonostante l'evento nascita rientri nella maggioranza dei casi nella fisiologia, nei Paesi maggiormente industrializzati negli ultimi decenni è stato promosso un modello clinico/organizzativo fondato prevalentemente sul contrasto ai fattori di rischio e sull'approccio tecnologico alla patologia ostetrica. Questo modello, se da un lato ha inciso positivamente sul tasso di morbosità e mortalità materno/infantile, nel tempo ha determinato un approccio a volte eccessivamente medicalizzato al percorso gravidanza/travaglio/parto/nascita. In tal modo, si è perso parzialmente di vista il carattere fisiologico dell'evento nascita, con il rischio di interventi assistenziali inappropriati rispetto all'evoluzione naturale del percorso. E' necessario, pertanto, che l'assistenza, nell'accompagnamento alla gravidanza, al parto e al post partum/puerperio, per donne e neonati, sia modulata nel rispetto della sua natura fisiologica, sapendo eventualmente cogliere e individuare la patologia da indirizzare a strutture adeguate.

E' in tal senso che va intesa la promozione di modelli di tipo organizzativo/assistenziale in cui la gravidanza e il parto a basso rischio siano gestiti in autonomia da personale ostetrico.

La Direzione Aziendale ha inteso promuovere le attività di cui al presente documento di regolamentazione, in un'ottica di facilitazione complessiva del percorso nascita, di innovazione dei modelli assistenziali ospedalieri, con l'attuazione anche del nuovo Modello Assistenziale a Conduzione Ostetrica presso la UOC Ostetricia/Ginecologia-Sala Parto, e sul territorio con il

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
		Pag. 4 di 21

riconoscimento dei livelli di autonomia professionale del personale Ostetrico, in una logica di team e di integrazione con il personale medico.

2. SCOPO

Il presente regolamento ha la finalità di standardizzare un percorso volto al rispetto della nascita nella sua naturalità, attraverso un'assistenza demedicalizzata che offra, nel contempo, tutti i requisiti di sicurezza.

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 percorso assistenziale 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 percorso BRO a gestione e responsabilità ostetrica, secondo gli indirizzi del presente documento, nella nostra struttura 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;
- favorire l'integrazione dei percorsi assistenziali territorio-ospedale-territorio, l'assistenza e il supporto a donna e neonato, dopo il parto, da parte dell'ostetrica, anche attraverso l'attivazione del servizio domiciliare e territoriale;
- valutare il grado di soddisfazione materna.

IL PERCORSO A BASSO RISCHIO" ha inoltre come obiettivo quello di definire le modalità organizzative della gestione ostetrica delle donne che afferiscono al Punto nascita, la cui gravidanza è a basso rischio, identificando le relative responsabilità e il coinvolgimento dei professionisti di riferimento.

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 valutati secondo *check-list* condivisa (*check-list* 1).

Tale percorso assistenziale trova indicazione nei seguenti ambiti organizzativi /clinici:

- Ambulatorio gravidanza BRO INIZIALE E A TERMINE.

Accettazione ostetrico/ginecologica a termine.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutto il personale Ostetrico afferente al Percorso Nascita Ospedale-Territorio, restante personale sanitario afferente, gestanti a Basso Rischio Ostetrico.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

BRO: Basso Rischio Ostetrico

MAF: Movimenti Attivi Fetali

PN: Punto Nascita

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025
		Rev. 01
	Del 21/03/2025	
		Pag. 5 di 21

5. MODALITA' OPERATIVE

Presa in carico Ambulatorio BRO territoriale dalla ottava-12esima settimana di gestazione **Ambulatorio BRO iniziale, attivo presso il Consultorio di Rieti, svolto da Ostetriche con esperienza e competenza nell'ambito dello specifico campo di attività e responsabilità, il livello di esperienza delle Ostetriche facenti parte del team del percorso a Gestione autonoma BRO deve essere individuato e definito in base ad esperienza (almeno 5 anni) e volumi di attività effettivamente svolta; (Rev 0: del 18/10/2018 delibera del Direttore generale n. 822 del 07/11/2018).**

Per accedere all' Ambulatorio **BRO iniziale**, la settimana di gestazione è tra l'ottava e la decima, se una gestante desidera essere presa in carico presso l'Ambulatorio BRO iniziale con una gravidanza avanzata, quindi non entro la decima settimana (come da delibera 822 del 07/11/2018) ma dopo la decima settimana ed entro la 18esima settimana, deve produrre un certificato dello specialista o di altro percorso BRO, (altra Azienda) che attesti la fisiologia della gravidanza al momento della presa in carico da parte dell'Ostetrica.

5.1 Pianificazione delle attività ostetriche in base all'epoca gestazionale

Incontri	Epoca gestazionale	Attività	Programmazione esami di laboratorio (da prescrivere)	Programmazione ecografie e tamponi vaginali (da prescrivere)
1° incontro	8-12° settimana	• Accogliere la gestante, rassicurarla e rispondere ai dubbi espressi dalla donna • Compilare l'anamnesi e valutare il rischio ostetrico • Rilevare PA, Peso, BMI • Dare informazioni sul percorso assistenziale • Fornire informazioni sulle tecniche di diagnosi prenatale e prescrizione di esami diagnostici • Pianificare il successivo incontro • Appuntamento per amniocentesi	• Emocromo • Glicemia • Transaminasi • Esami urine • RPR – TPHA • HIV • Toxo-test • Rubeo-test • HbsAg • HCV • HSV-test Gruppo e fattore Rh • Coombs indiretto	• Ecografia 1° trimestre (da effettuarsi entro le 11-12 settimane di gestazione)
2° incontro	12° settimana	• Accogliere la gestante, rassicurarla e rispondere ai dubbi espressi dalla donna • Valutare esami eseguiti • Effettuare visita ostetrica, eventuale pap-test (se sono passati tre anni dall'ultimo esame effettuato) • Controllare il seno • Rilevare PA, Peso, BMI • Rivalutare il rischio ostetrico • Prescrivere gli esami strumentali e di laboratorio (da parte del medico ginecologo disponibile alla prescrizione su personale ricettario o esami da far prescrivere al medico di famiglia) • Aggiornare la cartella clinica • Pianificare incontro successivo		

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI		
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO		Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
			Pag. 6 di 21

3° incontro	18°- 20°settimane	• Accogliere la gestante, rassicurarla e rispondere ai dubbi espressi dalla donna • Rilevare PA, Peso, BMI • Controllare lo sviluppo uterino • Rivalutare il rischio ostetrico • Auscultare il BFC • Prescrivere gli esami strumentali e di laboratorio • Aggiornare la cartella clinica • Pianificare incontro successivo	• Esame urine • urinocoltura	• ecografia del 2° trimestre 19°-22° settimane
4° incontro	24°- 26°settimane	• Accogliere la gestante, rassicurarla e rispondere ai dubbi espressi dalla donna • Rilevare PA, Peso, BMI • Controllare lo sviluppo uterino • Rivalutare il rischio ostetrico • Auscultare il BFC • Dare indicazioni per inizio corso preparazione al parto • Prescrivere gli esami strumentali e di laboratorio. Aggiornare la cartella clinica • Pianificare incontro successivo	• Emocromo • Esame delle urine • Curva da carico (OGTT) • Gruppo e fattore Rh • Coombs indiretto	
5° incontro	28°-30° settimane	• Accogliere la gestante, rassicurarla e rispondere ai dubbi espressi dalla donna • Rilevare PA, Peso, BMI • Controllare lo sviluppo uterino • Rivalutare il rischio ostetrico • Auscultare il BFC • Inizio corso preparazione al parto • Aggiornare la cartella clinica • Pianificare incontro successivo	• Emocromo • Ferritina • Esame urine	• Ecografia del 3° trimestre 30-34 settimane • ECG e visita cardiologica • Somministrazioni immunoprofilassi anti-D a 28 settimane in donne Rh D negative
6° incontro	32°- 34°settimane	• Accogliere la gestante, rassicurarla e rispondere ai dubbi espressi dalla donna • Rilevare PA, Peso, BMI • Controllare lo sviluppo uterino • Rivalutare il rischio ostetrico • Auscultare il BFC • Aggiornare la cartella clinica • Pianificare incontro successivo	• Emocromo • Esame urine • Gruppo e fattore Rh • Coombs indiretto	Visita anestesiológica per epidurale

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
		Pag. 7 di 21

PRIMO E SECOND O incontro BRO A TERMINE	36°-38° settimana	• Accogliere la gestante, rassicurarla e rispondere ai dubbi espressi dalla donna • Dare informazioni circa la preparazione del pavimento pelvico, l'allattamento al seno, il travaglio e il parto e quando recarsi in ospedale • Rilevare PA, Peso, BMI • Controllare lo sviluppo uterino • Rivalutare il rischio ostetrico • Auscultare il BFC • Aggiornare la cartella clinica • Pianificare incontro successivo	• Emocromo • Esame delle urine • Gruppo e fattore Rh • Coombs indiretto • HbsAg • HCV • HIV	tampone vagino-rettale streptococco Gr.B 35-37 settimane
		• Accogliere la gestante, rassicurarla e rispondere ai dubbi espressi dalla donna • Rilevare PA, Peso, BMI • Controllare lo sviluppo uterino • Rivalutare il rischio ostetrico • Auscultare il BFC • Aggiornare la cartella clinica • Pianificare incontro successivo	MONITORAGGIO STRUMENTALE	
TERZO E QUARTO incontro BRO A TERMINE	39°-40° settimana			
41° settimana+1gg		RICOVERO		CTG

5.2 Colloquio

Il tempo dedicato ad ogni visita deve poter permettere il dialogo con la donna, la possibilità di rispondere alle sue domande e di fornire adeguate informazioni sulla gravidanza, la gestante va rassicurata sulla possibilità di ricorrere ai sanitari in qualsiasi momento di bisogno.

5.3 Identificazione dei fattori di rischio

L'assistenza di base della gravidanza fisiologica è responsabilità dell'ostetrica, **check-list: (all. check list 1)** se nel corso degli incontri l'ostetrica evidenzia una condizione patologica che rappresenta criterio di esclusione dal piano di cure programmato, la gestante viene inviata in relazione alla condizione rilevata, presso il pronto soccorso o presso l'ambulatorio ostetrico ginecologico.

5.4 Validazione del rischio al primo incontro

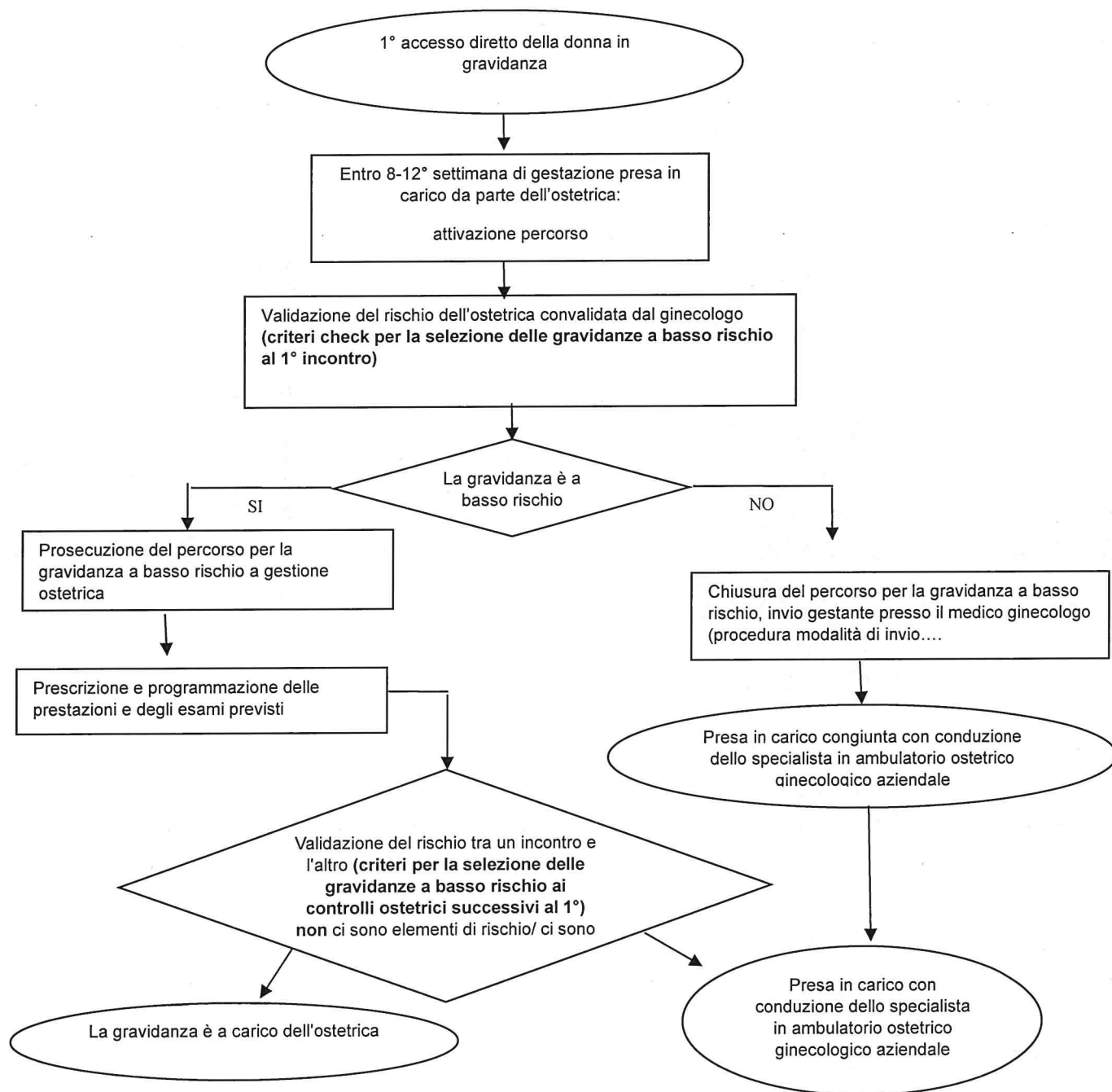
Una o più risposte ad una qualsiasi delle domande contenute nella, **check-list:(all. check list 1)** "Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° incontro", comporta l'esclusione della donna dal programma di assistenza alla gravidanza fisiologica.

5.5 Prescrizioni degli esami per la sorveglianza e l'assistenza alla gravidanza

L'ostetrica pianificherà gli esami da eseguire e chiederà la prescrizione ad un medico specialista ginecologo o un medico di medicina generale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
		Pag. 8 di 21

DIAGRAMMA DI FLUSSO BRO INIZIALE



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
		Pag. 9 di 21

Ambulatorio **BRO a termine** (Ambulatorio nuova attivazione 08/01/2024). Si raccomanda, a tal proposito, un deciso raccordo tra la gestione della gravidanza BRO iniziale presso il territorio, UOC Tutela della Salute Materno Infantile e la presa in carico della donna da parte dell'Ostetrica presso l'Ambulatorio BRO a Termine, presso il Presidio Ospedaliero, UOC di Ostetricia e Ginecologia.

Con la presente procedura si determina la costituzione della rete integrata di assistenza ostetrica alla donna in gravidanza a basso rischio; finalizzata all'inquadramento del rischio della gravidanza, in relazione sia alla madre che al feto/neonato. L'utilizzo di questo strumento, **la check-list: (all. check list 1)** permette alle Ostetriche di valutare il grado di rischio sia in gravidanza iniziale che a termine e di prendere in carico le gestanti BRO

5.6 Presa in carico presso Ambulatorio BRO a termine

Condizione indispensabile per l'accesso all'ambulatorio BRO è l'avvenuta compilazione della *check-list* (vedi check-list 1). La presenza anche di un solo fattore di rischio, controindica l'accesso al percorso BRO. L'accesso al percorso BRO, inoltre, può avvenire attraverso le seguenti modalità:

- donne già inserite nell'ambito del percorso nascita BRO iniziale (seguite in Consultorio dall'Ostetrica): l'accesso all'Ambulatorio di gravidanza **a termine** BRO è pianificato dalla stessa Ostetrica che ha seguito la gravidanza;
- donne che rientrano nel percorso BRO, ma che sono state seguite da Ginecologi della struttura in libera professione: invio all'Ambulatorio a termine di gravidanza BRO previa valutazione dei criteri e compilazione della *check-list* da parte dello specialista;
- donne che rientrano nel percorso BRO, ma che sono state seguite in percorsi fiduciari o in altre strutture: l'accesso all'Ambulatorio gravidanza a termine BRO deve avvenire previa valutazione dei criteri e compilazione della *check-list* con il raccordo anamnestico congiuntamente Ostetrica/ Ginecologo.

Nell'ambulatorio BRO a termine sono previsti almeno quattro accessi di valutazione ostetrica dalla 36esima settimana di gestazione fino alla 41 settimana.

5.7 Prima valutazione ostetrica a termine

Questo incontro verrà svolto dall'Ostetrica intorno alla 36-37 settimane di gestazione presso l'Ambulatorio ospedaliero dedicato. Durante tale incontro verrà compilata la cartella clinica, valutati tutti i dati clinici utili quali la misurazione della distanza sinfisi-fondo, la misurazione dei parametri vitali della donna, l'auscultazione del battito cardiaco fetale, il controllo dell'incremento ponderale, degli esami ematochimici e dell'anamnesi.

Fondamentale sarà discutere insieme alla donna il suo piano del parto, dando ampio spazio al confronto con la professionista, al fine di rispondere alle domande e risolvere i dubbi. L'incontro sarà quindi occasione per instaurare un rapporto di conoscenza e fiducia reciproche fra la donna e la professionista ostetrica.

5.8 Seconda valutazione ostetrica a termine

Il secondo incontro verrà fissato attorno alla 38- 39esima settimana di gestazione per un nuovo bilancio di salute ed una conseguente rivalutazione della sussistenza dei criteri BRO.

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025
		Rev. 01
		Del 21/03/2025
		Pag. 10 di 21

Questo momento sarà anche occasione per ribadire alla donna le modalità di contatto e accesso al reparto con il riconoscimento dei segni che lo richiedono (rottura del sacco, perdite ematiche, ridotti maf, ecc).

5.9 Terza valutazione ostetrica a termine

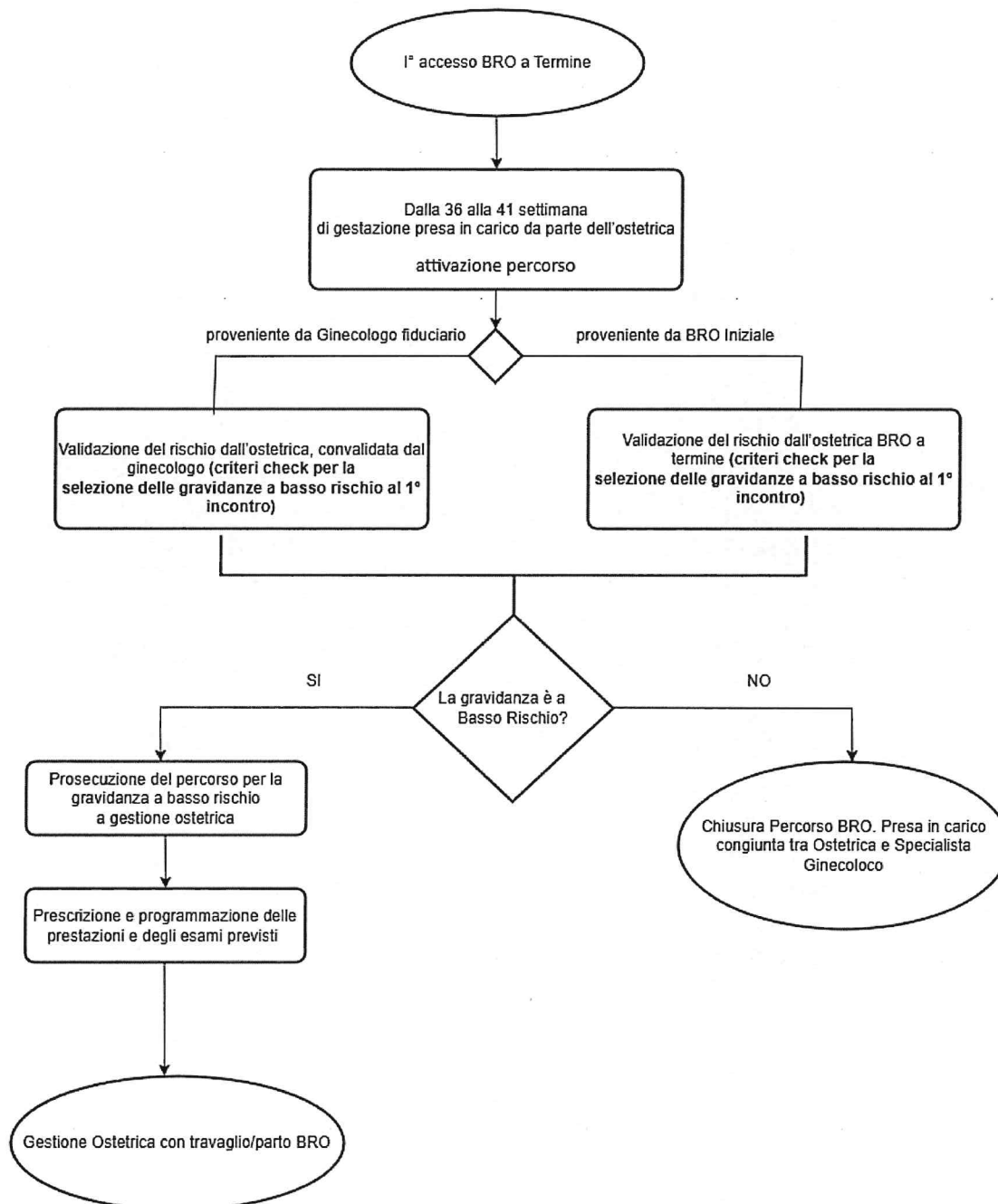
La donna accederà all'ambulatorio di gravidanza a termine BRO 39-40 settimana di gestazione, per eseguire un'ulteriore valutazione e il primo tracciato cardiotocografico di controllo.

5.10 Quarta valutazione ostetrica a termine

La donna accederà all'ambulatorio di gravidanza a termine BRO a 41+0 settimane per eseguire un'ulteriore valutazione e il secondo tracciato cardiotocografico di controllo.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025 Pag. 11 di 21

DIAGRAMMA DI FLUSSO BRO A TERMINE



	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
		Pag. 12 di 21

5.11 Valutazione congiunta Ostetrica/Ginecologo

Alla 41° settimana + 2 giorni, la gestante uscirà dal percorso BRO per aver superato il periodo di fisiologia, e verrà inserita nel percorso gravidanza a termine non BRO, che prevede una gestione condivisa tra Ostetrica e Ginecologo, per una valutazione clinica dello stato di benessere materno-fetale, attraverso valutazione della quantità del liquido amniotico e dei flussi.

A 41+ 2 giorni verrà predisposto il ricovero e l'eventuale induzione.

5.12 Parto BRO

La check list (allegato 2 check list 2) permette di definire il PARTO BRO durante il travaglio la rivalutazione del rischio deve essere congiunta tra ginecologo ed ostetrica;

5.13 Audit clinici

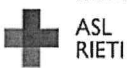
Nel contesto delle attività di Audit Clinico delle UU.OO. nelle quali è attivo il percorso a *Gestione autonoma BRO*, si svolgeranno con cadenza almeno semestrale/annuale, Audit che coinvolgano le ostetriche che operano nell'ambito di questi modelli organizzativi e tutti i professionisti delle UU.OO. di Ostetricia e Tutela della Salute Materno Infantile. Il ricorso all'Audit, attraverso il confronto sistematico con gli indicatori disponibili e monitorabili, nonché con l'evoluzione delle best practice sarà determinante per l'individuazione del posizionamento aziendale e le ipotesi di miglioramento da adottare formalmente

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI		
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO		Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
			Pag. 13 di 21

6. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

FUNZIONI ATTIVITÀ	OSTETRICA BRO INIZIALE	OSTETRICA BRO A TERMINE	GINECOLOGO	DIRETTORE DAPS	INCARICO ORGANIZZATIVO PERCORSO NASCITA
VALUTAZIONE LIVELLO DEL RISCHIO BRO TERRITORIALE PRIMO INCONTRO	R	I	I		
RIVALUTAZIONE RISCHIO INCONTRI SUCCESSIVI TERRITORIALI	R	I	I		
INVIO DELLA GESTANTE BRO INIZIALE ALLO SPECIALISTA PER RISCHIO MEDIO ALTO	R	I	C		
INVIO DELLA GESTANTE DA BRO INIZIALE AL BRO A TERMINE	R	C	I		
VALUTAZIONE RISCHIO BRO A TERMINE PROVENIENTE DA BRO TERRITORIALE	C	R	I		
VALUTAZIONE LIVELLO DEL RISCHIO BRO A TERMINE PRIMO INCONTRO PROVENIENTE DA SPECIALISTA	I	R	C		
RIENTRO NEL PERCORSO BRO DOPO DEVIAZIONE DEL RISCHIO DA BASSO A MEDIO ALTO E RIENTRO A BASSO RISCHIO	R	I	C		
INVIO GESTANTE BRO A TERMINE ALLO SPECIALISTA PER RISCHIO MEDIO ALTO	I	R	C		
RESPONSABILITA' PERCORSO BRO INIZIALE E A TERMINE	R*	R*	I		
MONITORAGGIO INDICATORI	C	C	I		R
FORMAZIONE PERSONALE			R		
RESPONSABILITA' ORGANIZZATIVO GESTIONALE				R	
RESPONSABILITA' ASSISTENZIALE					R

Legenda: R: Responsabile R*: Responsabile (per gli ambiti di competenza) C: Coinvolto I: Informato

	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025 Pag. 14 di 21

Per accedere all'Ambulatorio **BRO a Termine** si contatta la degenza di Ostetricia, l'Ostetrica in servizio concorda il primo incontro. Si accede tramite invio diretto dall' Ambulatorio BRO Iniziale o da invio da parte dello specialista di fiducia, con valutazione del rischio, compilata da quest'ultimo. L'Ostetrica dell'Ambulatorio BRO a Termine per prendere in carico una gestante senza valutazione del rischio dello specialista di fiducia o da percorso medico Aziendale, deve compilare la check list 1 per la valutazione del rischio congiuntamente al Ginecologo.

7. Indicatori

Report annuale tramite strumento excel sui dati di attività:

- n. near miss /Eventi avversi rilevati e inviati all'Incident Reporting/numero gestanti prese in carico/anno.
- numero gestanti prese in carico complessivamente in percorso ostetrico BRO/n gestanti che partoriscono presso il nostro punto nascita/anno.

Il monitoraggio degli indicatori è integrato dall'attività di monitoraggio dei dati di attività di seguito riportati con emissione di reportistica semestrale.

- numero di donne prese in carico presso BRO Iniziale Territoriale;
- numero donne prese in carico presso BRO a Termine Presidio Ospedaliero;
- numero totale prese in carico/anno;
- % di parti spontanei delle gestanti BRO;
- % parti cesarei tra le gestanti BRO;
- numero gestanti inviate all'ambulatorio specialistico;
- numero near miss /Eventi avversi rilevati e inviati all'Incident Reporting/numero gestanti prese in carico/anno;
- numero gestanti prese in carico complessivamente in percorso ostetrico BRO/numero gestanti che partoriscono presso il nostro punto nascita/anno.

8. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO

Il presente documento è pubblicato sull'intranet Aziendale. Apposita comunicazione viene inviata da parte della segreteria Risk Management a tutti i Direttori/Responsabili UU.OO./Coordinatori/Posizioni Organizzative coinvolti, i quali hanno la responsabilità della diffusione a tutti gli operatori interessati, con richiesta di presa visione della stessa mediante raccolta delle firme attraverso il modulo "lista di distribuzione".

Copia di tale modulo firmato, il cui originale che andrà conservato presso la U.O. a cura del Coordinatore/Coordinatrice, deve essere trasmesso alla segreteria della U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing.

I Direttori, gli Incarichi Organizzativi, gli Incarichi Organizzativi con sole funzioni di Coordinamento e i Facilitatori del Rischio Clinico, provvedono alla formazione del personale sul presente documento, lasciandone opportuna traccia agli atti interni.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025 Pag. 15 di 21

9. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO

L'aggiornamento del documento avverrà su base triennale o in base ad eventuali nuove prove di efficacia emerse in letteratura, e/o ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

L'aggiornamento è cura del GDL.

10. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA

Bibliografia

1. Sandra Morano, Fiorenza Cerutti, Emanuela Mistrangelo, Daniela Pastorino, Monica Benussi, Sergio Costantini, Nicola Ragni. Outcomes of the first midwife-led birth centre in Italy: 5 years' experience Archives of Gynecology and Obstetrics October 2007, Volume 276, Issue 4, pp 333-337
2. Accordo Stato-Regioni, 16 dicembre 2010, Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo.
3. Midwifery 2020 Programme. Core Role of the Midwife Workstream. Final Report. 31 March 2010. Testo integrale: http://www.nes.scot.nhs.uk/media/1891153/core_role.pdf
4. SNLG-ISS. Gravidanza fisiologica. Linea guida. Roma: ISS, 2011. Testo integrale: http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Gravidanza.pdf Birthplace in England Collaborative Group, Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study, BMJ 2011;343:d7400 (2011)
5. Rowe R. Birthplace terms and definitions: consensus process. Birthplace in England research programme. Final report part 2: NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2011.
6. Redshaw M, Rowe R, Schroeder L, Puddicombe D, Macfarlane A, Newburn M, et al. Mapping maternity care. The configuration of maternity care in England. Birthplace in England research programme. Final report part 3: NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2011.
7. Hollowell J, Puddicombe D, Rowe R, Linsell L, Hardy P, Stewart M, et al. The Birthplace national prospective cohort study: perinatal and maternal outcomes by planned place of birth. Birthplace in England research programme. Final report part 4: NIHR Service Delivery and Organisation programme; 2011.
8. Schroeder L, Petrou S, Patel N, Hollowell J, Puddicombe D, Redshaw M, et al. Birthplace cost-effectiveness analysis of planned place of birth: individual level analysis. Birthplace in England research programme. Final report part 5: Service Delivery and Organisation programme; 2011.
9. McCourt C, Rance S, Rayment J, Sandali J. Birthplace qualitative organisational case studies: how maternity care systems may affect the provision of care in different settings. Birthplace in England research programme. Final report part 6: NIHR

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
		Pag. 16 di 21

Service Delivery and Organisation programme; 2011.

10. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - DM 77/2022 - Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. (22G00085) (GU Serie Generale n.144 del 22-06-2022) - <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2022/06/22/22G00085/SG>
 11. Sabatelli G, Di Lallo D, Guzzo AS, Marsella LT, Musolino M, Silvestri A - Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi - Regione Lazio - chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcgicfindmkaj/https://www.regione.lazio.it/sites/default/files/2021-03/Implementazione-racc-minist-6-16-2018.pdf
 12. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - DM 70/2015 - Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. (15G00084) (GU Serie Generale n.127 del 04-06-2015) - <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2015/06/04/15G00084/sq>
 13. Lauria L, Lamberti A, Buoncristiano M, Bonciani M e Andreozzi S. Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2012 (Rapporti ISTISAN 12/39).
 14. Sutcliffe K, Caird J, Kavanagh J, Rees R, Oliver K, Dickson K, et al. Comparing midwife- led and doctor-led maternity care: a systematic review of reviews. J Adv Nurs 2012; 68:2376-86
 15. Ministero della Salute, Direzione Generale della Digitalizzazione, del Sistema Informativo Sanitario e della Statistica- Ufficio di statistica. Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2013.
 16. Antenatal Care NICE Clinical Guideline, London: National Institute for Health and Clinical Excellence (2014)
 17. Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth Issued: December 2014 NICE clinical guideline 190 guidance.nice.org.uk/cg190
 18. Renfrew MJ et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. Lancet 2014; 384:1129-45
 19. Homer CS et al. The projected effect of scaling up midwifery. Lancet 2014; 384:1215- 25
 - 20 - Van Lerberghe W et al. Country experience with strengthening of health systems and deployment of midwives in countries with high maternal mortality. Lancet 2014; 384:1215- 25
 - 21- ten Hoope-Bender P et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. Lancet 2014; 384:1226-35
- The State of the World's Midwifery 2014" (UNFPA, ICM, WHO, 2014)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	
	MODELLO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE AUTONOMA OSTETRICA OSPEDALE-TERRITORIO DELLE GRAVIDANZE A BASSO RISCHIO OSTETRICO	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 21/03/2025
		Pag. 17 di 21

22 - Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database System Rev 2016.4: CD004667 4.

23 - Jill Alliman, Julia C. Phillippi, Maternal Outcomes in Birth Centers: An Integrative Review of the Literature. J Midwifery Womens Health 2016; 61:21–51

24- Long Q, Allanson ER, Pontre J, et al. Onsite midwife-led birth units (OMBUs) for care around the time of childbirth: a systematic review. BMJ Global Health 2016; 1 25

[www.regione.calabria.it/.../8.17_requisiti_accreditamento_ostetricia_e_ginecologia.p
d...](http://www.regione.calabria.it/.../8.17_requisiti_accreditamento_ostetricia_e_ginecologia.pdf)

26 - [http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/normativa/autorizzazione-e-
accreditamento/normativa-regionale/requisiti-specifici-accreditamento/req-s-
ostetricia-ginecologia](http://assr.regione.emilia-romagna.it/it/servizi/normativa/autorizzazione-e-accreditamento/normativa-regionale/requisiti-specifici-accreditamento/req-s-ostetricia-ginecologia)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	AMBULATORIO A GESTIONE OSTETRICA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLE OSTETRICHE E MODALITA' DI INVIO ALLO SPECIALISTA	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 20/03/2025
		Pag. 18 di 21

ALLEGATO 1

Check-list 1 valutazione del rischio in gravidanza iniziale e a termine

CHECK LIST dalla 8ava settimana e dalla 36esima SETTIMANA GESTAZIONALE:		
ANAMNESI OSTETRICA REMOTA		
	SI	NO
MEU, nato morto, morte neonatale		
Abortività: 3 o più aborti spontanei consecutivi o un aborto tardivo		
Grande multiparità (5 o più parti)		
Peso neonatale < 2500 grammi o > 4500 grammi AMMISSIBILE A BRO SE CRESCITA REGOLARE		
Peso per età gestazionale < 5th percentile o > 95th percentile AMMISSIBILE A BRO SE CRESCITA REGOLARE		
Parto pretermine AMMISSIBILE A PARTO BRO SE A TERMINE		
Malformazioni fetali/neonatali, alterazioni cromosomiche o patologia genetica		
Isoimmunizzazione materno-fetale		
Ipertensione/pre-eclampsia/eclampsia/HELLP		
Pregresso evento tromboembolico		
Patologia placentare (distacco, accretismo, placenta ritenuta, ecc.)		
Pregressa distocia di spalle		
Pregressa lacerazione perineale di III o IV grado		
Pregressa EPP		
Pregressa chirurgia ostetrico-ginecologica (miomectomia, cerchiaggio, conizzazione, TC, rottura d'utero)		
Malformazione uterina		

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	AMBULATORIO A GESTIONE OSTETRICA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLE OSTETRICHE E MODALITA' DI INVIO ALLO SPECIALISTA	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 20/03/2025 Pag. 19 di 21

ANAMNESI MATERNA	SI	NO
Malattie eredo-familiari/congenite anche relative al partner e famiglia clinicamente rilevanti		
Patologia cardiovascolare		
Iipertensione attuale o pregressa		
Asma severa/patologia respiratoria cronica		
Emoglobinopatie/disordini ematologici, compresa anemia		
Coagulopatie attuali o pregresse		
Episodi tromboembolici attuali o pregressi e/o anamnesi familiare o personale di rischio		
Malattie endocrinologiche SCOMPENSATE		
Diabete		
Malattie autoimmuni (es. LES ecc.)		
Epatite C/B, HIV, TBC, LUE (specificare) _____		
Malattia gastrointestinale cronica		
Patologia epatica		

Patologie renali e/o urologiche		
Patologia oncologica in atto o pregressa		
Patologia neurologica (es. epilessia ecc.)		
Patologia psichiatrica attuale o pregressa		
Uso/abuso/dipendenza di sostanze illegali		
Abuso consumo alcool/fumo/tabacco		
Assunzione cronica di farmaci		
Vulnerabilità/disagio/violenza/mancanza di supporto sociale		
Altre patologie o condizione di rischio (specificare) _____		

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	AMBULATORIO A GESTIONE OSTETRICA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLE OSTETRICHE E MODALITA' DI INVIO ALLO SPECIALISTA	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 20/03/2025
		Pag. 20 di 21

	SI	NO
GRAVIDANZA ATTUALE		
Età donna < 18 anni o > 40 anni		
BMI ≥ 30 kg/m ² o < 18 kg/m ²		
Gravidanza multipla		
Gravidanza da PMA RIENTRA CON DECORSO FISILOGICO		
Emoglobina < 10,5 g/dl nel terzo trimestre		
Piastrinopenia con valori PLT < 100.000 mm ³		
Diabete gestazionale		
Colestasi gravidica		
Iperensione/pre-eclampsia/eclampsia/HELLP		
Tromboflebite profonda		
Alloimmunizzazione		
Sieroconversione per toxoplasmosi/rubeo/CMV		
Infezione da varicella in gravidanza o storia di Herpes genitalis		
Malattie infettive sistemiche/infezioni virali/infezioni urinarie/genitali in atto		
Assunzione di farmaci che possono avere ripercussioni sul neonato (es. SSRI, BDZ, ecc.)		
Perdite ematiche vaginali significative (due o più episodi) nel II-III trimestre		
Patologia placentare presente o sospetta (accretismo/vasa previa, ecc.)		
Oligo o polidramnios		
Malformazione fetale, alterazione cromosomica o m. genetica fetale, patologia fetale nota		
Peso fetale stimato < 2500 grammi o > 4000 grammi		
Ritardo di crescita intrauterino accertato o sospetto		
Sproporzione feto pelvica		
Alterazioni flussimetria fetale		
Altra patologia ostetrica o fetale presente o dubbia (specificare) _____		

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	AMBULATORIO A GESTIONE OSTETRICA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO PROCEDURA PER LA PRESA IN CARICO DA PARTE DELLE OSTETRICHE E MODALITA' DI INVIO ALLO SPECIALISTA	Cod. REG/110/02/2025 Rev. 01 Del 20/03/2025
		Pag. 21 di 21

ALLEGATO 2

Check-list 2 TRAVAGLIO-PARTO

CHECK LIST AL MOMENTO DEL TRAVAGLIO: (Fattori di rischio che controindicano l'accesso)	SI	NO
Epoca gestazionale <37 o $\geq 41+3$ sett		
Sproporzione feto/pelvica accertata o sospetta		
Peso fetale stimato < 2500 grammi o > 4000 grammi		
Ritardo di crescita intrauterino accertato o sospetto		
Presentazione anomala		
Alterata velocimetria arteria ombelicale		
Oligo o polidramnios		
Tampone vaginale/rettale non eseguito in presenza di fattori di rischio		
Febbre materna e/o sospetto clinico di infezione amniotica		
PROM ≥ 18 ore		
Liquido tinto se rottura membrane, indipendentemente dalla durata		
Infezione da Herpes genitale in fase attiva		
Perdite ematiche clinicamente significative e non riconducibili alla dilatazione		
Alterazioni cardiotocografiche		
Altro a giudizio del professionista (specificare) _____		