REPUBBLICA ITALIANA

Regione Siciliana

ASSESSORATO DELLA SALUTE

La rete integrata del percorso nascita Definizione dei profili di rischio e modalità di integrazione tra ospedale e territorio

PREMESSA

Secondole indicazioni contenute nel Progetto Obiettivo Materno Infantile, nell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010, nel Piano Sanitario della Regione Sicilia 2011-2013, il Percorso Nascita è inteso come un *percorso assistenziale a forte integrazione territorio/ospedale, basato sulle evidenze scientifiche e sull'appropriatezza delle procedure assistenziali, che inizia nella fase preconcezionale, comprende il periodo della gravidanza e del parto , si conclude nei primi mesi di vita del bambino e che prevede percorsi differenziati in base al livello di rischio.*

Solo partendo da questa premessa è possibile soddisfare tutti i requisiti di qualità necessari, dalla sicurezza alla umanizzazione, dalla continuità assistenziale all'appropriatezza e all'utilizzo oculato delle risorse disponibili, dalla prevenzione all'empowerment dell'utenza. L'approccio pertanto non può che essere di tipo sistemico e considerare non soltanto gli aspetti strettamente clinici di gravidanza e parto, ma anche quelli di tipo psicosociale e di promozione della salute.

Di conseguenza il percorso va articolato all'interno di una rete che comprende a sua volta altre reti di servizi, territoriali e ospedalieri, afferenti sia all'area materno infantile che a quella dei distretti sanitari, ovvero:

la rete consultoriale, le reti dei punti nascita di 1° e di 2° livello, le reti STAM e STEN, la rete dei MMG e dei PLS, i Punti Unici di Accesso dei PTA, gli Uffici Territoriali dislocati nei presidi ospedalieri o altre articolazioni organizzative deputate al governo delle dimissioni protette e facilitate di cui al D.A. 723/2012.
Della rete dei punti nascita fanno parte a tutti gli effetti anche i punti nascita privati accreditati.

La rete del Percorso Nascita sopra descritta si integra e si avvale della collaborazione con la Rete Civica della Salute.

LE ATTIVITA' DEL PERCORSO NASCITA E I COMPITI DEI SERVIZI IN RETE

Il Percorso deve assicurare uniformità della presa in cura e dell'assistenza, in tutte le strutture accreditate del SSR, compresi i criteri di valutazione.

Deve quindi prevedere, nel suo complesso, alcune tappe basilari che devono essere garantite in tutte le province pur con possibili differenze organizzative legate alle peculiarità dei territori e alle risorse disponibili.

Non prendendo in considerazione le modalità e le procedure assistenziali che ruotano intorno all'evento "Parto" già ampiamente affrontate in altri documenti, le tappe basilari comprendono:

a) Gestione del periodo preconcezionale
b) Prima valutazione del livello di rischio, ostetrico e psicosociale (incluso il rischio di depressione postpartum), secondo procedure definite
c) Assistenza alla gravidanza a basso rischiosecondo le raccomandazioni delle linee guida (SNLG- Linea guida Gravidanza Fisiologica- agg. 2011) e normativa vigente (DM 10/09/98)

d) Assistenza alla gravidanza a rischio secondo le raccomandazioni delle linee guida e/o evidenze scientifiche per ciascuna condizione di rischio
e) Corsi di accompagnamento alla nascita con i requisiti indicati nei "*10 PASSI per gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita*" elaborati dall' Istituto Superiore di Sanità (Rapporto ISTISAN 2012)
f) Sostegno alle gravide con fragilità sociale o psicologica
g) Assistenza alla puerpera comprendente: valutazione del perineo, consulenza e sostegno dell'allattamento al seno, consulenza contraccezione, diagnosi precoce di depressione postpartum
h) Assistenza neonatale.

Tutti i territori devono inoltre assicurare ambulatori di ecografia "dedicati" e ambulatori di diagnosi prenatale in grado di soddisfare tutte le richieste.

La responsabilità dell'attuazione del Percorso Nascita è assegnata alle Direzioni Aziendali tra gli obiettivi dei Piani Attuativi Aziendali, con monitoraggio delle azioni e valutazione di risultato.

Ai servizi in rete vengono affidati compiti ben definiti e adeguati al proprio livello assistenziale, così come richiede l'appropriatezza organizzativa; pertanto sono di competenza dei vari servizi le seguenti attività:

Consultori:

1. Gestione del periodo preconcezionale, congiuntamente ai MMG, attraverso:
   → Counselling preconcezionale, prescrizione degli esami preconcezionali previsti dalle linee guida, vaccinazione antirosolia alle donne non immunizzate, prescrizione di acido folico (secondo il modello proposto dal Ministero della Salute gli interventi sono da proporre a tutte le donne/coppie in età fertile che non escludono una gravidanza).

2. Prima valutazione del livello di rischio della gravidanza (clinico e psicosociale) secondo procedure definite

3. Assistenza alla gravidanza a basso rischio fino a 36,6^ Wsecondo quanto previsto dalla normativa (DM 10/09/1998) e dalle raccomandazioni delle linee guida (SNLG- Linea guida Gravidanza Fisiologica- agg. 2011)
4. Organizzazione e regia dei Corsi di accompagnamento alla nascita (con la collaborazione attiva del personale dei punti nascita) secondo i "*10 PASSI per gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita*" elaborati dall'Istituto Superiore di Sanità (Rapporto ISTISAN 2012)

5. Sostegno alle gravide con fragilità sociale o psicologica

6. Invio guidato al punto nascita, scelto consapevolmente dalla donna, alla 37^ settimana e invio guidato al punto nascita di livello adeguato in caso di gravidanza a rischio, secondo le modalità previste dal progetto di PSN 2010 linea 8.1 "*Quaderno di Gravidanza*"

7. Assistenza in puerperio.

Punti nascita:

1. Assistenza alla gravidanza a basso rischio dalla 37^ W secondo le raccomandazioni delle linee guida ufficiali
2. Gestione della gravidanza a rischio secondo le raccomandazioni delle linee guida specifiche per ogni condizione di rischio e tenendo presente la necessità di integrazione continua con i servizi consultoriali per le attività di promozione della salute e in presenza di utenza fragile
3. Collaborazione con i consultori per i Corsi di accompagnamento alla nascita
4. Ecografie di approfondimento
5. Diagnosi prenatale
6. Assistenza al parto
7. Invio guidato ai servizi territoriali per l'assistenza in puerperio.
   → va garantito il necessario collegamento ospedale - territorio, fondamentale per la continuità assistenziale della puerpera e del neonato, ricorrendo alle articolazioni organizzative previste nel D.A. 723/2012 (vedi sotto) e a strumenti già disponibili come la *Scheda di adesione al Programma di assistenza territoriale in puerperio* contenuta nel *Quaderno di Gravidanza.*

La responsabilità di assicurare le ecografie di screening del 1°, 2° e 3° trimestre (DM 10/09/98) è demandata alle Aziende Sanitarie Provinciali che, in base alle proprie risorse disponibili, individuano o attivano ambulatori dedicati di ecografia ostetrica di primo livello (vedi progetto di PSN 2013 linea 10.9) in grado di soddisfare le richieste.

MMG:

1. gestione del periodo preconcezionale, congiuntamente ai consultori, attraverso:
   → informazioni sulle malattie a trasmissione sessuale; anamnesi per malattie ereditarie e malformative; consanguineità, genitorialità responsabile, anamnesi lavorativa, salute della donna e della coppia; vaccinazione antirubeolica, controllo della toxoplasmosi; somministrazione acido folico, ruolo della famiglia; abitudini alimentari, stile di vita; abitudini nocive per la gravidanza (alcool, fumo etc.), ruolo della attività fisica in gravidanza; significato e ruolo di patologie preesistenti che interferiscono con la gravidanza e loro gestione integrata (diabete, ipertensione, ipotiroidismo, etc.).
2. assistenza in puerperio (rilevazione di problemi relazionali e psicologici, sostegno dell'allattamento al seno, gestione di patologie preesistenti, etc.)
3. orientamento precoce delle donne ai consultori sia in gravidanza che in puerperio.

PLS:

1. collaborazione con i consultori per i Corsi di accompagnamento alla nascita
2. presa in carico precoce del neonato
3. orientamento della puerpera ai consultori.

Punti Unici di Accesso dei PTA:

1. Orientamento guidato dell'utenza al Percorso

Uffici Territoriali dislocati nei presidi ospedalieri o altre articolazioni organizzative deputate al governo delle dimissioni protette e delle dimissioni facilitate di cui al D.A. 723/2012.

1. *Dimissioni facilitate* dal punto nascita della puerpera e del suo bambino.

   Ogni Azienda Sanitaria elaborerà una procedura per le dimissioni facilitate dal punto nascita della puerpera e del suo bambino, in modo da garantire un collegamento "strutturato" nel momento delicato del passaggio tra l'ospedale e il territorio.

Rete Civica della Salute

1. Divulgazione capillare alle donne in concepimento della tutela assicurata dal Percorso Nascita Integrato per supportare, attraverso adeguata informazione, la libera scelta assistenziale e la valutazione della soddisfazione della qualità percepita.

A tutti i servizi coinvolti, ciascuno con modalità, tempi e strategie differenti, compete la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno.

Quanto sopra esposto è sintetizzato nella figura seguente.

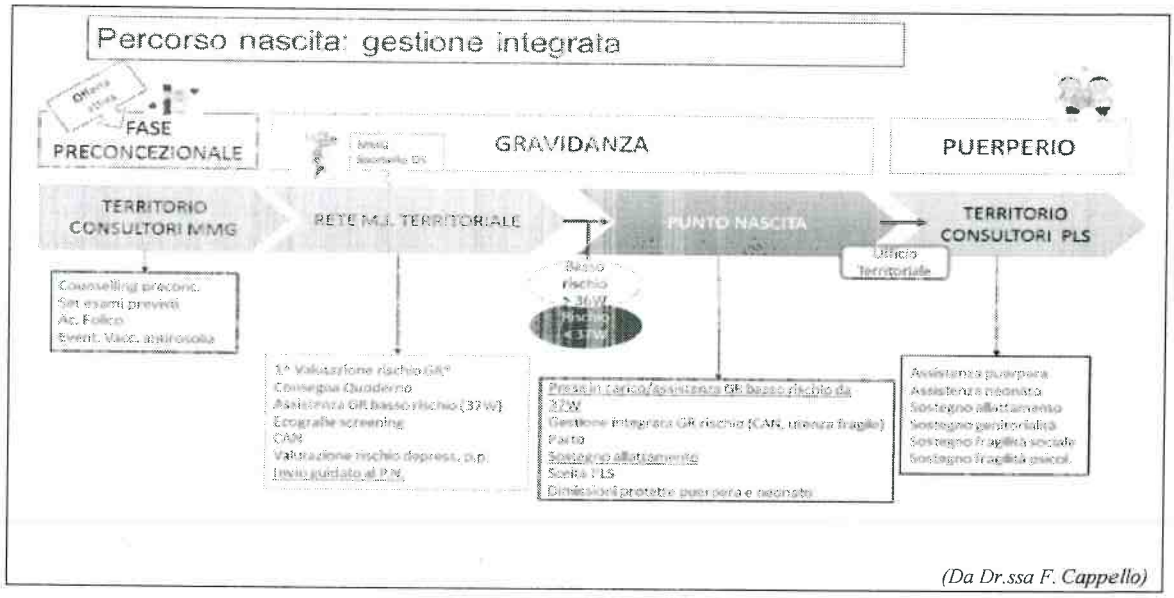

Figura 1

Quale strumento di collegamento tra i servizi e di continuità assistenziale dovrà essere utilizzato il Quaderno di Gravidanza (D.A. n. 991 del 28-5-2012 – GURS n. 25 del 22-6-2012) nelle more che siano realizzati i collegamenti telematici tra consultori e punti nascita come da progetto di PSN 2012 linea 1.8 (*Promozione dell'integrazione socio – sanitaria - Messa in rete dei Consultori familiari e informatizzazione del Percorso Nascita*).

DEFINIZIONE E CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO IN GRAVIDANZA IN RELAZIONE AL LIVELLO ASSISTENZIALE

Per quanto riguarda la parte del percorso nascita che coincide con l'assistenza in gravidanza, ai fini della costruzione di uno schema di rete in cui siano specificati i collegamenti tra i nodi della rete, è necessario definire preliminarmente i profili di rischio della madre e del feto al fine di indirizzare la gravida al servizio più appropriato al livello di rischio.

Una corretta valutazione del rischio va effettuata il più precocemente possibile ma è altresì necessario che, per tutta la durata della gravidanza, venga effettuata una rivalutazione continua e dinamica del profilo di rischio, al fine di gestire tempestivamente l'emersione di condizioni patologiche che impongono di reindirizzare la donna al livello di assistenza più adeguato.

Il documento finora utilizzato per differenziare le gravidanze a "basso" o ad "alto" rischio è il modello elaborato dal WHO nel 2002 "*Criteri per l'identificazione delle donne con gravidanza a basso rischio*" il cui scopo era però di identificare con certezza le gravidanze a basso rischio da inviare ad un modello di assistenza prenatale semplificato (*WHO antenatal care randomised trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care. Lancet 2001;357:1551-64*).
Tale modello, tuttavia, non suggerendo una graduazione del rischio, non si presta ad essere utilizzato in condizioni di rischio border line suscettibili di una sotto- o sopra-valutazione del rischio e quindi ad essere utilizzato per l'individuazione del livello assistenziale adeguato.
Il Comitato Percorso Nascita regionale ha pertanto proposto di adottare una classificazione del rischio in gravidanza che prevede la distinzione in 4 classi di rischio (0,1,2,3) ciascuna delle quali è in relazione con il livello assistenziale appropriato.
A supporto si allega il documento "*Classificazione del rischio in gravidanzae - livello assistenziale*" che ciascuna realtà territoriale può utilizzare in assenza della propria procedura.

CLASSIFICAZIONE DEL RISCHIO OSTETRICO IN GRAVIDANZA		
LIVELLO RISCHIO	DESCRIZIONE	LIVELLO ASSISTENZIALE
0	Assenza di rischio documentabile	Territoriale
1	Condizioni di rischio potenziale	Territoriale
2	Condizioni di rischio da valutare	Ospedaliero
3	Condizioni di rischio accertato	Ospedaliero

Utilizzando tale classificazione è stato elaborato il seguente modello organizzativo integrato:

(da Dr.ssa F. Cappello)

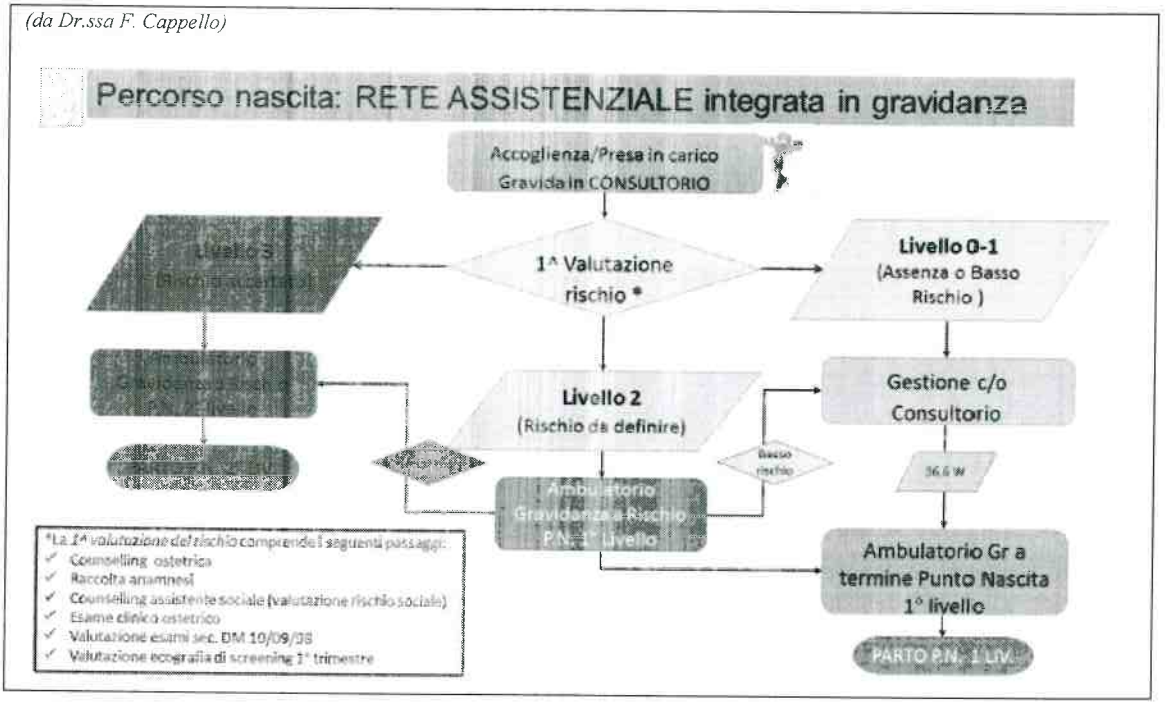

Figura 2 Modello organizzativo del Percorso Nascita

Il modello sopra illustrato prevede che il consultorio rappresenti il punto di accesso alla rete del Percorso Nascita cui compete la prima valutazione del rischio sia ostetrico che psicosociale e, di conseguenza, l'individuazione del livello assistenziale adeguato.
Qualora il punto di accesso alla rete sia un servizio diverso, questo dovrà comunque garantire il processo di valutazione del rischio (ostetrico e psicosociale) con le modalità previste.

In ogni caso tutti i servizi in rete dovranno garantire, ciascuno per la sua parte, tutte le attività previste nel percorso.

Se in seguito alla prima valutazione viene attribuito un livello di rischio ostetrico 0 o 1 è indicata l'assistenza territoriale.
Fermo restando che la gravida va rivalutata ad ogni successivo contatto, va comunque effettuata almeno una valutazione intermedia entro la 24^ settimana ed una tra la 35^ e la 37^ settimana (prima dell'invio al punto nascita) secondo le raccomandazioni delle linee guida.

L'invio guidato, alla 37^ settimana, verrà effettuato al punto nascita concordato con la donna/coppia dopo avere fornito completa informazione sui punti nascita presenti nel territorio.

Qualora sia attribuito un livello di rischio 2, la gravida va inviata ad un punto nascita (anche di primo livello) al fine di definire esattamente il livello di rischio (1 o 3).

In caso di rischio livello 3 la gravida va inviata e presa in carico presso un punto nascita che garantisce la gestione in sicurezza della specifica condizione di rischio.

VALUTAZIONE

Tutti i servizi della rete dovranno dotarsi di uno strumento di monitoraggio delle attività del percorso nascita.

Considerato che i consultori producono già un flusso dati (*flusso MCF*) attraverso un portale regionale dedicato, gli altri servizi utilizzeranno la griglia di monitoraggio del progetto *Quaderno di gravidanza* eventualmente modificata, nelle more che le aziende realizzino il collegamento telematico della rete e l'informatizzazione dell'intero percorso (progetto PSN 2012).

A sei mesi dall'emanazione delle direttive regionali saranno valutati i seguenti indicatori:

- Presenza di protocolli interaziendali (ASP – AA.OO. – AOUP – Ospedali class. – Case di Cura accreditate) per la gestione integrata del Percorso Nascita
- Presenza di procedure formalizzate per la valutazione del rischio in gravidanza nelle Aziende Sanitarie e nelle Case di Cura accreditate
- La presenza nelle reti provinciali di Ambulatori di Ecografia dedicati al Percorso Nascita integrato sopra descritto
- La presenza nelle reti provinciali di Ambulatori per la Diagnosi prenatale

Dopo dodici mesi sarà condotta una valutazione di risultato con indicatori di performance tra cui:

- N. donne in consulenza preconcezionale/N. donne 13-45 aa. non gravide
- N. gravide che partecipano a n. di incontri di CAN ≥ 3 / N. totale donne che partoriscono
- N. donne in gravidanza seguite c/o i Consultori (almeno 4 accessi) / N. totale donne che partoriscono (parti)
- N. donne seguite in puerperio (almeno 1 accesso) /N. donne che partoriscono (parti)

FORMAZIONE

L'avvio delle attività sarà supportato da un piano di formazione da agganciare al piano di formazione per gli operatori dei punti nascita presentato nel giugno u.s. .

RIFERIMENTI

1. *DM 24/04/2000 – POMI (Progetto Obiettivo Materno Infantile)*
2. *Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesare"*
3. *DA 2536/2011*
4. *Piano Sanitario Regionale 2011-2013*
5. *SNLG (Sistema Nazionale Linee Guida) - LINEA GUIDA 19: Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*
6. *SNLG (Sistema Nazionale Linee Guida) - LINEA GUIDA 20: Gravidanza fisiologica Agg. 2011*
7. *SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrica e Ginecologica)- Linea Guida SIEOG 2010*
8. *Rapporto ISTISAN n. 39/2012 – 10 Passi per gli incontri di accompagnamento alla nascita*
9. *Prevenzione primaria degli esiti avversi della riproduzione attraverso la promozione della salute preconcezionale: Pierpaolo Mastroiacovo, Dante Baronciani, Renata Bortolus - Quaderni ACP 2010; 17(4): 148-153*
10. *Department of Reproductive Health and Research RHR, World Health Organization. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for the Implementation of the New Model. WHO/RHR/01.30. Géneva: WHO; 2002. http://www.who.int/reproductive-health/publications/*

ALLEGATO

Classificazione del rischio in gravidanza e livello assistenziale	
(Elaborazione a cura del gruppo di lavoro del Dipartimento Salute della Donna e del Bambino ASP Palermo) Riferimenti: 1) Manual for the Implementation of the New Model". WHO/RHR/01.30. Géneva: WHO – 2002; 2) Linee guida ministeriali Gravidanza fisiologica; 3) www.saperidoc.it; 4) Linee guida AIPE 2013)	
RISCHIO LIVELLO 0 **ASSENZA DI RISCHIO DOCUMENTABILE**	
È indicata l'assistenza territoriale	
RISCHIO LIVELLO 1 **CONDIZIONI DI RISCHIO POTENZIALE**	
È indicata l'assistenza territoriale, applicando i protocolli previsti dalle linee guida per ciascuna delle condizioni sotto elencate, finché i parametri clinici e strumentali rimangono nella norma.	
FATTORE DI RISCHIO	NOTE
Età <16 >40 anni	
Altezza <150 cm	
Grande multiparità (>5)	
Anamnesi positiva per patologie genetiche/cromosomopatie	La donna va orientata verso Centri di riferimento per la definizione del rischio genetico
Precedenti neonati con disordini genetici o anomalie congenite	
Pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di setto uterino, conizzazione, cerchiaggio cervicale, TC longitudinale corporale)	
Infezioni cervicali e vaginali	
Batteriuria asintomatica/Infezione vie urinarie	
Precedente malformazione fetale	
Tre o più aborti spontanei	
Precedente figlio con peso alla nascita < 2500 gr.	
Precedente figlio con peso alla nascita > 4500 gr.	OGTT (75 mg) a 24 -28 W
Familiarità di 1° grado per diabete	
Anamnesi positiva per gestosi	Ogni 3-4 settimane prima di 32 W e ogni 2-3 settimane dopo 32 W valutare: PAO, creatininemia, esame urine.
Isoimmunizzazione Rh o AB0 in precedenti Gr	Monitoraggio test di Coombs
Epilessia	La donna va seguita insieme al neurologo

RISCHIO LIVELLO 2 **CONDIZIONI DI RISCHIO DA APPROFONDIRE**	
È indicato un approfondimento diagnostico in ambiente ospedaliero ai fini della definizione del livello di rischio e dell'individuazione del più adeguato livello assistenziale (territoriale o ospedaliero) che va ridefinito ad ogni successivo controllo	
FATTORE DI RISCHIO	
Perdite ematiche vaginali	Malformazioni uterine
Presenza di massa pelvica	Miomi uterini

[illegible]
È indicata l'assistenza in ambiente ospedaliero per la disponibilità immediata di esami di laboratorio e strumentali e consulenze specialistiche per le varie patologie

FATTORE DI RISCHIO	
Gravidanza gemellare	Patologia renale
Ritardo di crescita fetale (<10° percentile o flessione >40°)	Patologia cardiaca
Malformazioni fetali	Emoglobinopatie
Anomalie placentari	Patologie croniche dell'apparato respiratorio
Anomalie liquido amniotico	Patologie autoimmuni
Siero conversione TORCH	Abuso di sostanze (incluso alcool)
Incontinenza cervicale	Pregresso trapianto d'organo
Minaccia di parto pretermine	Patologie oncologiche
Precedente morte endouterina fetale o neonatale	Patologie epatiche
Pregresso parto pretermine o di neonati SGA	Patologie endocrine
Ipertensione cronica preesistente	Patologie psichiatriche
Gestosi	Patologie infettive croniche (HIV TBC sifilide)
Diabete preesistente	Patologie neurologiche gravi (SLA, ecc.)
Diabete gestazionale	Magrezza patologica (BMI <18)
Colestasi gravidica	Obesità (BMI >35)
Trombofilia	Isoimmunizzazione Rh o AB0
Coagulopatie	