

**DALLA CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO ALLA  
INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI NEL PERCORSO  
NASCITA**

**Bologna 5-26/10 e 9/11 2016**

---

**PERCORSO NASCITA: IL NUOVO  
PARADIGMA ASSISTENZIALE**

Maria D.Vezzani

Responsabile Consultori familiari Area Nord Ausl  
Modena



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**



# Paradigma

---

- In Linguaggio comune : modello di riferimento, termine di paragone
- In Filosofia della Scienza : è la matrice disciplinare di una comunità scientifica che si traduce in visione globale condivisa del mondo in cui si opera ( o si indaga)
  - “ ..un risultato scientifico .. che per un dato periodo di tempo, fornisce un modello e soluzioni per una data comunità di scienziati....(T.Kuhn La struttura delle rivoluzioni scientifiche.1962)

# All'inizio...

A cura dell'ostetrica durante il primo colloquio e validazione da parte dello specialista

**SCHEDA 3** 12

**FACSIMILE**

**Criteria per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° incontro/visita**

**NOME E COGNOME della donna** \_\_\_\_\_

Epoca gestazionale settimane: .....

**Gravidanze pregresse**

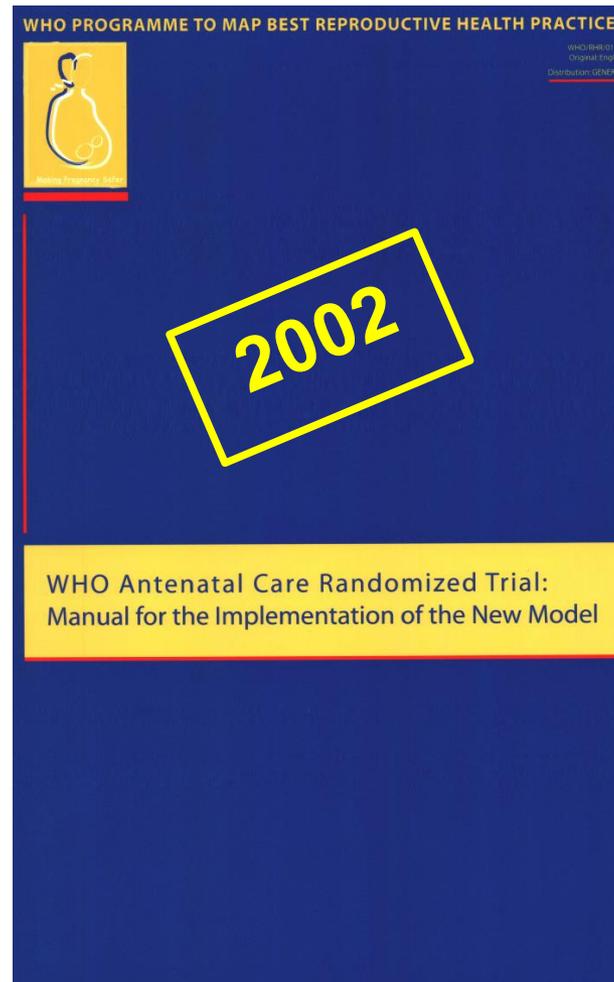
Malformazioni uterine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aborto abituale > di 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cerchiaggio, TC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Morte fetale o morte perinatale-Aborto tardivo-Parto Pretermine-pregresso nato con basso peso alla nascita e ricoverato in T.I. neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperensione in gravidanza, Preeclampsia o Eclampsia, HELLP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Isoimmunizzazione M-F	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emorragia Post-parto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placenta ritenuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psicosi puerperale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pregresso nato anomalia congenita o patologia genetica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Gravidanza attuale**

Età < 16 e > 40	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Donne con crisi epilettiche o in terapia anticonvulsivante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perdite ematiche vaginali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidanza multipla attuale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogni altra patologia ostetrica o fetale presente o dubbia al momento del 1° colloquio o della 1° visita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Condizioni o patologie presenti o sospette al momento del 1° colloquio o della 1° visita**

Malnutrizione BMI < 18. Obesità BMI > 35 attuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ecstasy) attuali o pregresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuso di fumo o alcool attuali o pregresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie oncologiche attuali o pregresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Condizione sociale sfavorevole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sifilide - HIV - Malattie sessualmente trasmesse. Attuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie ereditarie e congenite anche relative al partner alla sua famiglia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Epatopatie attive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie psichiatriche attuali e pregresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Endocrinopatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie autoimmuni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Precedenti tromboembolici/coagulopatie attuali e pregresse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Iperensione attuale e pregressa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiopatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nefropatie/Uropatie attuali	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ogni altra grave patologia o condizione di rischio, specificare quale _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



DALLA CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO ALLA INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI  
NEL PERCORSO NASCITA

Bologna 5 ottobre, 26 ottobre , 6 Novembre 2016

# All'inizio...

---

**2010-11** AUSL Modena Formazione DCP: revisione della gestione della gravidanza Fisiologica (implementazione DGR 533), Metodologia PRJ Work Gruppo interprofessionale propone criteri di elegibilità per assistenza di base o integrativa

**2011** DGR 1097, DGR 1108

**2012-15** Progetto AVEN: Miglioramento della gestione della gravidanza fisiologica nelle Aziende dell'Area Vasta

# L'ANALISI DELL'ESISTENTE 2013-4 (Progetto AVEN)

All'avvio del Progetto ( il SSR aveva individuato il DSA2 come strumento appropriato per la presa in carico della gravidanza a basso rischio da parte dell'ostetrica)

- l'implementazione operativa era realizzata in modo eterogeneo e parziale nelle Aziende Sanitarie dell'Area Vasta
- necessario un cambiamento organizzativo per una pratica clinica improntata all'applicazione uniforme e coerente dei percorsi di presa in carico della gravidanza a basso rischio secondo la normativa indicata.

- Strumento per identificare le gravidanze fisiologiche : scheda 3 allegato DGR 27 luglio 2011, N. 1097
- Modello organizzativo individuato: lavoro d'équipe all'interno di una rete multiservizi

# SNODI CRITICI DA TRASFORMARE (progetto AVEN)

- Superare la Rigidità della Categorizzazione del rischio individuata dal DSA2
- Chiarire significato e modalità della validazione del rischio da parte dello specialista alla presa in carico e in caso di necessità durante la gravidanza
- Chiarire significato e modalità della presa in carico congiunta con conduzione dello specialista dopo accertamento della presenza di fattori di rischio
- Migliorare appropriatezza dell'utilizzo delle risorse mediche ed ostetriche nel lavoro di equipe rispettando l'autonomia professionale
- Dare coerenza al percorso ospedaliero “in entrata “ e “in uscita”

# CAMBIARE SGUARDO

---

~~Rischio Assente = Fisiologia = Conduzione Ostetrica~~

~~Rischio Presente = Patologia = Conduzione Medica~~

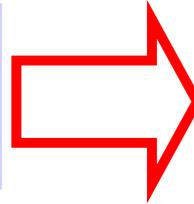
Si perpetua uno schema rigido e oppositivo tra modello tecnologico e modello ritenuto più olistico

Rischiamo di trascurare la persona-gestante e il suo “bisogno” di cure.

Da **Valutare il rischio** A **Individuare il bisogno di cura**  
(profilo di assistenza): non chi, ma cosa e come

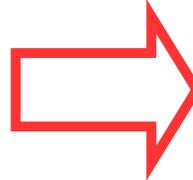
# CAMBIARE SGUARDO

**Da gravidanza  
Fisiologica / A Rischio**



**Eleggibilità per assistenza  
di Base o integrativa**

**DA ESPRIMERE UN  
GIUDIZIO**



**A DEFINIRE CHI  
PRENDE LE DECISIONI  
CLINICHE**

**Con strumenti omogenei e criteri riproducibili  
Definendo i gradi di autonomia mantenendo il  
valore del lavoro in equipe**

# Da Rischio a Bisogno di cure: I profili d'assistenza

Abbiamo considerato la gravidanza e la maternità come processi evolutivi che richiedono un adattamento progressivo della gestante, comportano interazione con il Sistema sanitario e possono richiedere aggiustamenti delle strategie adottate.

**Strategie di prevenzione primaria** per il mantenimento dello stato di salute o di strategie anticipatorie (medicina delle persone sane)

**Strategie prevenzione secondaria** con interventi terapeutici di intensità variabili

**Strategie relazionali complesse** con compartecipazione di più servizi.

**Profili di  
assistenza**

# Da Rischio a Bisogno di cure: Competenze professionali

Il mandato “ Individuazione dei criteri di selezione della gravidanza fisiologica da quella patologica” è stato **trasformato** in “individuare i criteri di elegibilità per uno specifico profilo d'assistenza”, centrando la conduzione clinica sulla professionalità che ha le competenze appropriate a

**Proteggere la normalità,**  
**Individuare lo scostamento dalla fisiologia,**  
**Condurre il percorso diagnostico e fornire le terapie appropriate**  
**Mantenere il raccordo multiservizi**

**Competenze professionali**

# Da Rischio a Bisogno di cure: Competenze professionali e profili di assistenza

**Mantenere il raccordo  
multiservizi**

**Condurre il percorso  
diagnostico e fornire  
terapie appropriate**

**Individuare lo  
scostamento dalla  
fisiologia**

**Proteggere la normalità**



# Da Rischio a Bisogno di cure: Competenze professionali e profili di assistenza

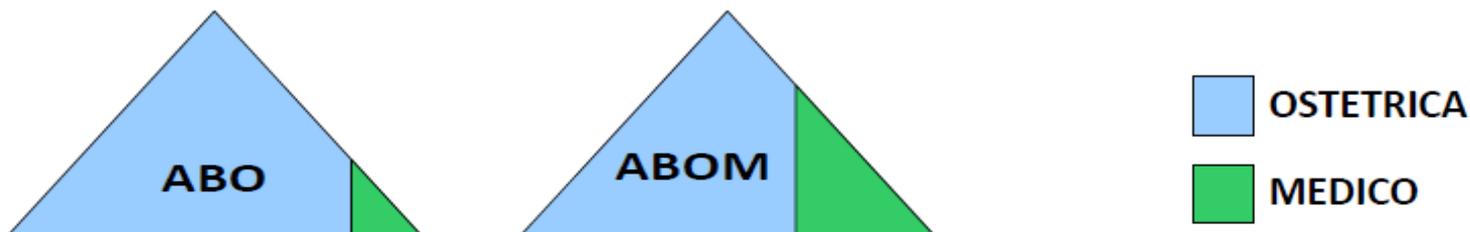
**Strategie di prevenzione primaria** (medicina delle persone sane)

**Strategie prevenzione secondaria** interventi terapeutici di intensità variabili

**Strategie relazionali complesse**



# Attribuire una condizione ad un profilo di assistenza



## ASSISTENZA DI BASE OSTETRICA:

Potenziare fisiologica  
capacità della donna di far  
nascere il proprio figlio

Minimo di interventi

Protezione della normalità

Strategie di prevenzione  
primaria o anticipatorie

Raccordo interservizi

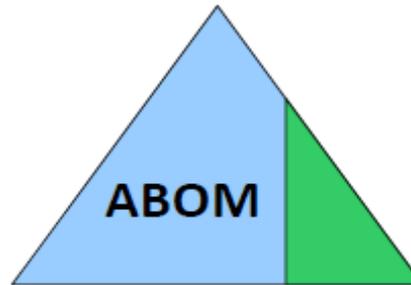
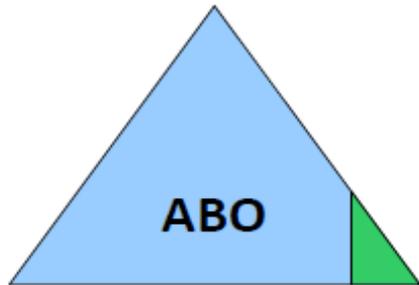
## CONDUZIONE CLINICA OSTETRICA (DSA2 APERTO )

Fattori rischio assenti ABO

FR. contenuti/ risolvibili ABOM,  
protocolli di sorveglianza  
concordati in equipe

Contributo del medico per  
validazione iniziale o per  
necessità di conclusione  
diagnostica in itinere

# Attribuire una condizione ad un profilo di assistenza



**Presa in carico  
(ostetrica)**

**1° visita validazione  
profilo assistenza  
(medico)**

**6 controlli ostetrica,  
diagnostica come da  
DSA2**

**Assistenza al puerperio e  
all'allattamento**

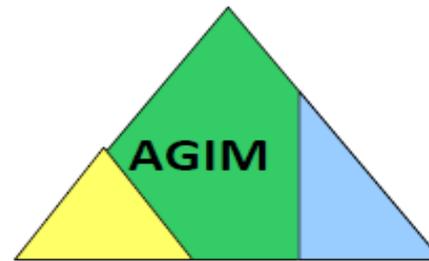
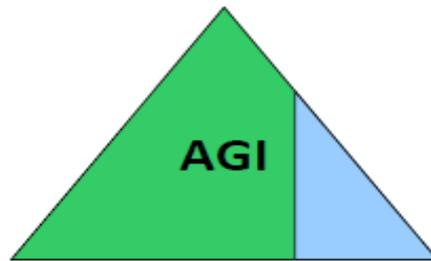
**Presa in carico (ostetrica)**

**1° visita validazione profilo  
assistenza (medico)**

**Controlli ostetrica e  
diagnostica DSA2 + incontri  
e diagnostica indicati da  
protocolli d'equipe**

**Assistenza al puerperio e  
all'allattamento**

# Attribuire una condizione ad un profilo di assistenza



## ASSISTENZA INTEGRATIVA (CONGIUNTA):

Necessità di valutazione diagnostico-terapeutica

Monitoraggio più frequente o approfondito

Protezione della normalità o recupero della normalità

Raccordo interservizi ed eventuali piani personalizzati

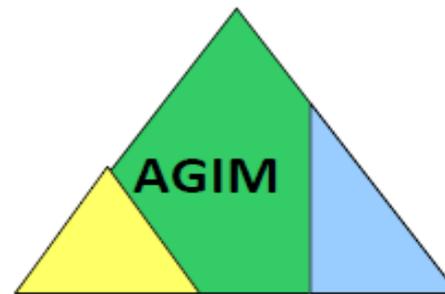
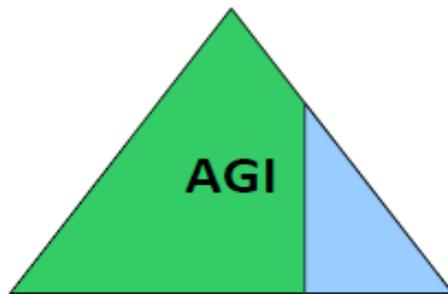
## CONDUZIONE CLINICA MEDICO (DSA2 CHIUSO)

Target terapeutico tecnologico – medico

Contributo dell'ostetrica per potenziare la fisiologia ancora presente su obiettivi definiti

AGIM: Target terapeutico non risolvibile in ambito tecnologico-medico, fattori di complessità relazionale (sociale o interservizi)

# Attribuire una condizione ad un profilo di assistenza



**Presa in carico (ostetrica)  
1° visita validazione profilo  
assistenza (medico)**

**6 o più controlli con il  
medico e almeno 2 incontri  
con l'ostetrica ( 2° e 3°  
trimestre)**

**Assistenza al puerperio e  
all'allattamento**

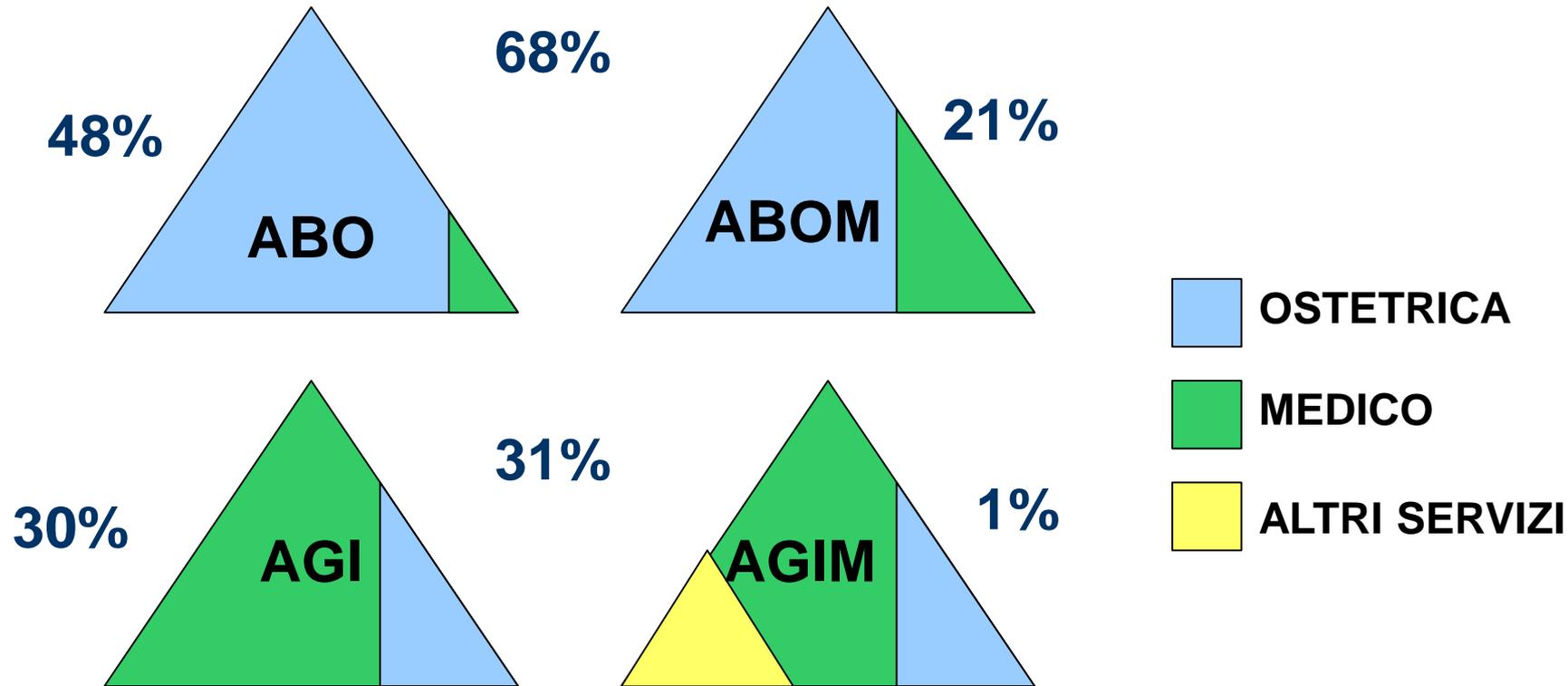
**Presa in carico (ostetrica)  
1° visita validazione profilo  
assistenza (medico)**

**Numero variabile di incontri con  
medico e ostetrica**

**Incontri di valutazione interservizi  
per progetto dedicato**

**Assistenza al puerperio e  
all'allattamento**

# % Attribuzione 4 profili assistenza alla presa in carico

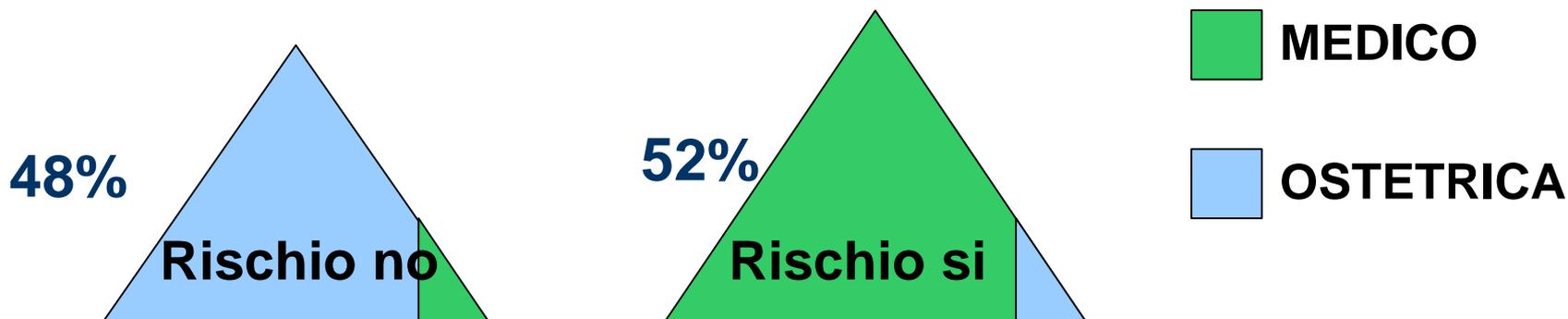


## % REGISTRATE NEL DISTRETTO DI CARPI

# Definizione Binaria del Rischio vs 4 profili assistenza

**Rischio Assente = Fisiologia = Conduzione Ostetrica**

**Rischio Presente = Patologia = Conduzione Medica**



**% REGISTRATE NEL DISTRETTO DI  
CARPI**

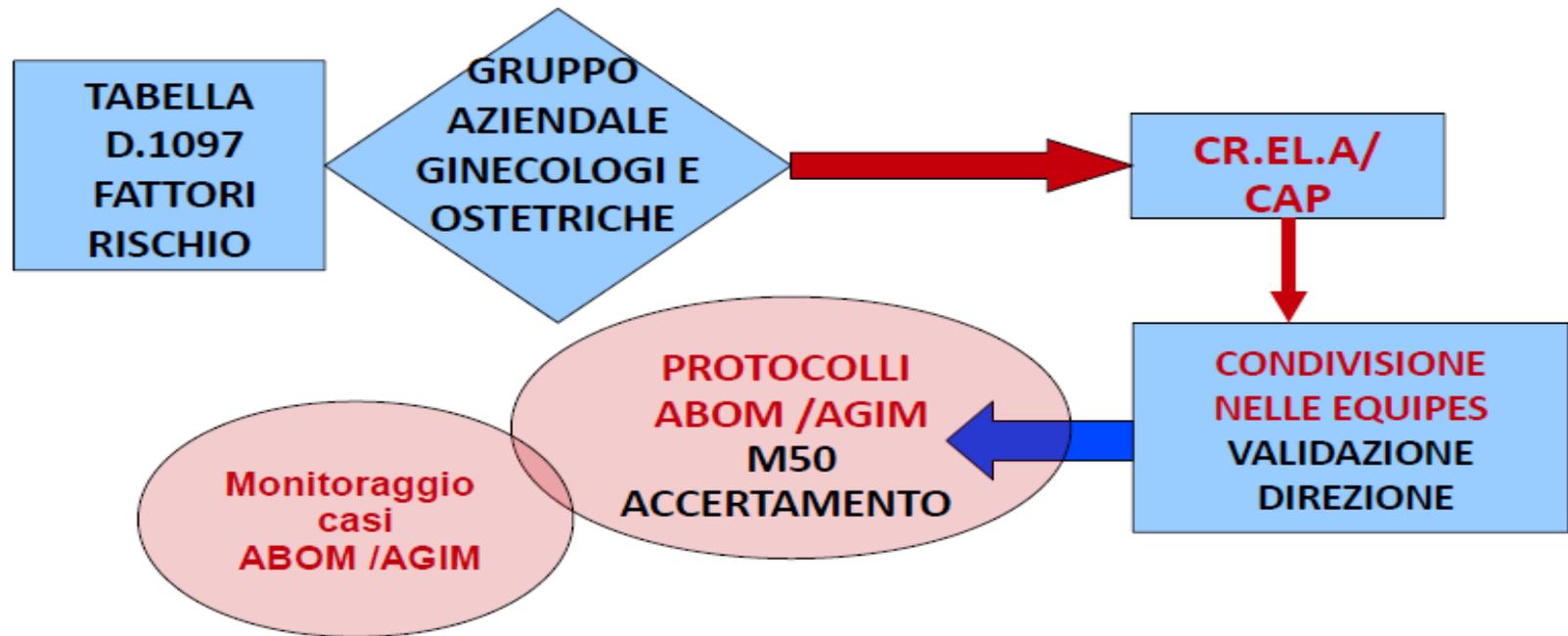
DALLA CATEGORIZZAZIONE DEL RISCHIO ALLA INDIVIDUAZIONE DEI BISOGNI ASSISTENZIALI  
NEL PERCORSO NASCITA

Bologna 5 ottobre, 26 ottobre , 6 Novembre 2016

# Attribuire una condizione ad un profilo di assistenza: Delineare Innovazioni organizzative

## Organizzazione del lavoro di equipe

### Elaborazione Criteri Eligibilità per i profili di assistenza



# Attribuire una condizione ad un profilo di assistenza: Criteri di Eligibilità

## FACSIMILE

### Criteri per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° incontro/visita

**NOME E COGNOME della donna** \_\_\_\_\_

Epoca gestazionale settimane: .....

#### **Gravidanza attuale**

Età < 16 e > 40

Donne con crisi epilettiche o in terapia anticonvulsivante

Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza

Perdite ematiche vaginali

Gravidanza multipla attuale

Ogni altra patologia ostetrica o fetale presente o dubbia al momento del 1° colloquio o della 1° visita

Si	No

#### **Condizioni o patologie presenti o sospette al momento del 1° colloquio o della 1° visita**

Malnutrizione BMI < 18. Obesità BMI > 35 attuali

Uso di droghe (come cocaina, crac, eroina, ecstasy) attuali o pregresse

Abuso di fumo o alcool attuali o pregresse

Patologie oncologiche attuali o pregresse

Condizione sociale sfavorevole

Si	No

# Attribuire una condizione ad un profilo di assistenza: Criteri di Eligibilità

Tab 2 CONDIZIONI PRESENTI NELLA GRAVIDANZA ATTUALE		
In assenza delle condizioni elencate nella tabella sarà assegnato il profilo ABO	PROFILO ASSISTENZA	
	I profili AGI o AGIM comportano chiusura del DSA2	
Malformazioni uterine non corrette	AGI	
Età < 16 anni	AGIM	
Età fra 16 e 20		ABOM
Età > 40 anni	AGI secondo condizioni associate	ABOM
Donne affette da epilessia o in terapia anticonvulsivante	AGI	
Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza		ABOM
Perdite ematiche genitali	AGI (se non risolta o legata ad altra condizione di rischio)	ABOM ( in corso di accertamenti, o dopo risoluzione)
Gravidanza Multipla	AGI	
BMI <18	AGI o AGIM	ABOM per magrezza costituzionale
BMI >35	AGI	

# DARE COERENZA ALL'ASSISTENZA NELLE TAPPE DEL PERCORSO NASCITA

## IN SETTING CON OBIETTIVI DI ASSISTENZA DIFFERENTI:

### **In gravidanza:**

Dare sostegno all'autocura nelle condizioni di fisiologia della nascita, informare e proporre gli screening efficaci in gravidanza, individuare condizioni di rischio per l'armonico sviluppo fetale e la salute psicofisica materna, identificare la necessità di terapie per madre e feto, informare sulle scelte possibili per il parto e il neonato.

### **Nella gravidanza a termine:**

Identificare il rischio ipossico o di adattamento postnatale per il neonato, i rischi per la salute psicofisica materna e dare informazione sulle scelte possibili.

# DARE COERENZA ALL'ASSISTENZA NELLE TAPPE DEL PERCORSO NASCITA

## IN SETTING CON OBIETTIVI D'ASSISTENZA DIFFERENTI:

### **Dopo la nascita:**

Aiutare la neo-madre a ricostruire la propria storia di parto, avviare l'esperienza della genitorialità, consentire ad altri professionisti dell'assistenza di offrirle l'aiuto appropriato, preparare ulteriori scelte riproduttive

Non ci sono strategie di screening validate da applicare, ma c'è spazio per la “cura” e per la medicina “d'iniziativa”, con offerta attiva di strategie di protezione della salute.

# DARE COERENZA ALL'ASSISTENZA NELLE TAPPE DEL PERCORSO NASCITA

## IN SETTING CON OBIETTIVI D'ASSISTENZA DIFFERENTI:

**In gravidanza**

**Nella gravidanza a termine**

**Dopo la nascita**

La coerenza delle proposte di assistenza per intensità di cura negli snodi del percorso nascita non può essere lineare trasferendo da uno all'altro una proposta di assistenza analoga a quella già adottata poiché solo in parte condizioni di rischio precedenti si mantengono in fasi successive, al contrario possono essere presenti situazioni nuove e impreviste nelle fasi antecedenti (es: un postparto complicato in gravidanza ABO).

# DARE COERENZA ALL'ASSISTENZA NELLE TAPPE DEL PERCORSO NASCITA

**Implementare l'autonomia ostetrica in 4 fasi del percorso  
Dare coerenza in setting e organizzazioni differenti:**

## **In gravidanza:**

possibili due linee organizzative in 4 profili ( ABO, ABOM, AGI, AGIM) per l'assistenza ostetrica in autonomia e l'assistenza integrativa nel lavoro d'equipe.

**Nella gravidanza a termine** La presa in carico ostetrica è comune alle situazioni di fisiologia e di deviazione , necessità organizzativa di differenziare spazi e tempi.

# DARE COERENZA ALL'ASSISTENZA NELLE TAPPE DEL PERCORSO NASCITA

**Implementare l'autonomia ostetrica in 4 fasi del percorso in setting e organizzazioni differenti :**

## **Dopo la nascita**

L'autonomia ostetrica alla dimissione ospedaliera non si manifesta in un percorso alternativo ma come contenuti da fornire a tutte le donne (lettera di dimissione ostetrica, criteri per l'assistenza appropriata in puerperio)

## **Puerperio Consultoriale**

Non ci sono strategie di screening, ma offerta attiva di strategie di protezione.

# Per concludere...

---

**Se dopo aver riflettuto sul “paradigma” che oggi vi ho esposto vi sembrerà interessante porvi queste 8 domande alla presa in carico di una gestante e dare loro risposta credo che lo avrete fatto un po' vostro.**

1. Il minimo di interventi ritenuti efficaci possono potenziare la fisiologica capacità di questa donna di far nascere suo figlio?
2. Come posso proteggere la normalità di questo processo?
3. Ho a disposizione strategie di prevenzione utili per lei?
4. Come posso trasmettere a lei e agli altri professionisti dell'assistenza le informazioni utili?

# Per concludere...

---

1. Ha la necessità di un percorso diagnostico terapeutico dedicato ad un fattore di possibile complicazione?
2. Se sono presenti complicanze come posso recuperare gli ambiti di fisiologia ancora presenti?
3. Ho bisogno di condividere strategie che possano anticipare situazioni che interverranno successivamente?
4. Ha condizioni di particolari fragilità che suggeriscano di dedicarle un progetto individuale di presa in carico?



[m.vezzani@ausl.mo.it](mailto:m.vezzani@ausl.mo.it)