

Deliberazione n° 170 del 22.03.2018

Oggetto: PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO.

IL REFERENTE U.O.C. Risk Management

Premesso che

- la sicurezza del paziente all'interno delle organizzazioni sanitarie è obiettivo rilevante dei processi assistenziali in ragione del fatto che detti processi possono essere gravati da incidenti non voluti prevenibili attraverso interventi preventivi che riguardano la struttura, le procedure e la formazione degli operatori;
- la morte materna rappresenta un evento drammatico che può essere determinato anche da standard assistenziali inappropriati;
- il Ministero della Salute ha divulgato la Raccomandazione n° 6 del marzo 2008 per la prevenzione dell'evento sentinella "Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" come strumento metodologico di supporto a tutti gli operatori sanitari per la prevenzione di detto evento;
- a tal proposito, è stato chiesto al Direttore UOC Ginecologia ed Ostetricia di provvedere alla redazione di una procedura che tenga conto di quanto consigliato nella predetta Raccomandazione Ministeriale.

Considerato che

la morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto rientrano tra gli eventi sentinella tracciati dal Ministero della Salute ed assoggettati al Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella del luglio 2009.

Visto che

Nel giugno 2011 sono state emanate le linee guida Ministeriali per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità.

Ritenuto che

- la messa in sicurezza di una pratica tanto determinante e delicata come quella delle prevenzioni della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto è di convenienza universale (del Paziente, dell'Azienda, del SSN e della collettività);
- è doveroso e conveniente per l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta implementare la Raccomandazione Ministeriale n° 6 del marzo 2008;
- la U.O.C. Risk Management ha preso atto della "Procedura per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" redatta dal Direttore della U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia.

Attestata

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia;

PROPONE

1. di adottare la "Procedura per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" redatta dal Direttore della U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di demandare al Direttore dell'U.O.C. Ostetricia e Ginecologia il compito di divulgarla a tutti gli operatori sanitari coinvolti;

3. di trasmettere copia del presente atto a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/responsabili delle UU.OO. clinico-assistenziali, all'Ufficio Affari Generali e Legali, nonché al Collegio Sindacale, ai sensi di legge;
4. di rendere la stessa immediatamente eseguibile, per l'urgenza rappresentata in premessa.

IL REFERENTE U.O.C. Risk Management
Dott. Danilo Lisi

Vista la suestesa proposta di deliberazione, si esprime parere favorevole.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Antonietta Siciliano

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Gaetano Gubitosa

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante
nominato con D.G.R.C. n. 297 del 23.05.2017
impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.212 del 30.05.2017
deliberazione D.G. n. 1 del 31.05.2017 – immissione in servizio

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Referente U.O.C. Risk Management;
- Visto i pareri favorevoli resi sulla stessa dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

DELIBERA

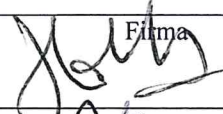
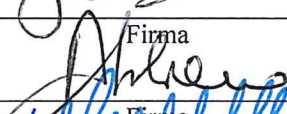
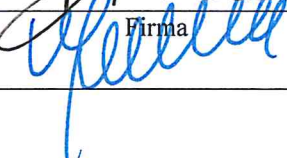
per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l'effetto, di:

1. **ADOTTARE** la "Procedura per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" redatta dal Direttore della U.O.C. Ginecologia ed Ostetricia che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. **DEMANDARE** al Direttore dell'U.O.C Ostetricia e Ginecologia il compito di divulgarla a tutti gli operatori sanitari coinvolti;
3. **TRASMETTERE** copia del presente atto a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/responsabili delle UU.OO. clinico-assistenziali, all'Ufficio Affari Generali e Legali, nonché al Collegio Sindacale, ai sensi di legge;
4. **RENDERE** la stessa immediatamente eseguibile, per l'urgenza rappresentata in premessa.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante

Procedura per la prevenzione della morte materna

o malattia grave correlata al travaglio e/o parto

Redazione	Prof. Luigi Cobellis	Direttore u.o.c. Ginecologia ed Ostericia	 Firma
Approvazione	Dott.ssa Antonietta Siciliano Direttore Sanitario Aziendale		 Firma
Adozione	Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante Direttore Generale		 Firma

INDICE

1. Introduzione e rationale dell'attività
2. La nostra realtà
3. Ambiti di applicazione
4. Descrizione delle attività e modalità operative
 - 4.1 PERCORSO A: GESTIONE DEL PARTO A BASSO RISCHIO
 - FASE 1: Accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio
 - Triage ostetrico
 - Visita di accettazione
 - Cardiotocografia
 - FASE 2: Gestione travaglio/parto
 - FASE 3: Post-Partum
 - 4.2 PERCORSO B . GESTIONE DEL PARTO AD ALTO RISCHIO
 - FASE 2: Gestione Travaglio/Parto
 - Il taglio cesareo (TC)
 - Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio
 - Prevenzione del rischio tromboembolico
 - Anestesia ed organizzazione dell'intervento chirurgico
 - FASE 3: Post-Partum
5. Riferimenti bibliografici
- 6 . Allegati
 - Allegato 1 Scheda accettazione Blocco travaglio / parto
 - Allegato 2 Monitoraggio cardiotocografico
 - Allegato 3 Scheda informativa per il Neonatologo
 - Allegato 4 Scheda valutazione e monitoraggio Post Partum
 - Allegato 5 Informativa parto con taglio cesareo in elezione

1. Introduzione e razionale dell'attività

La promozione della salute riproduttiva, dalla fase che precede il concepimento fino all'espletamento del parto e al puerperio, rappresenta un tema particolarmente sensibile sia per gli aspetti sanitari che per quelli sociali.

Nei paesi economicamente più avanzati, nonostante la mortalità e morbosità materna correlate al travaglio e/o al parto e le morti o disabilità permanenti del neonato sano di peso superiore ai 2500 grammi siano eventi sempre più rari, è possibile che una quota non trascurabile di tali eventi potrebbe essere evitata migliorando gli standard assistenziali.

Per questo motivo il Ministero della Salute ha pubblicato due raccomandazioni specifiche sul tema, di seguito riportate:

- ✓ Raccomandazione n.6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto (2007);
- ✓ Raccomandazione n.16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita (2014).

L'implementazione di tali raccomandazioni tramite l'adozione di procedure specifiche, tuttavia, si scontra con le difficoltà legate alla necessità di sintetizzare in un unico documento l'estrema variabilità clinica e le innumerevoli possibili deviazioni dal percorso fisiologico della gravidanza, del parto e del neonato.

2. La nostra realtà

Con questo documento di indirizzo si è ritenuto opportuno, in una realtà come la nostra con 1500 parti l'anno di cui il 38% tagli cesarei complessivi (di questi il 19% sono TC primari), delineare metodologicamente una successione di applicazioni in ambito organizzativo (come ad esempio le informazioni riguardanti il monitoraggio cardiocografico, la scheda di accettazione ostetrica ed il monitoraggio post-partum) per il parto vaginale e chirurgico, e per il percorso neonatale.

Lo scopo è quello di evitare deviazioni dal percorso atteso al fine di poter adottare tempestivamente le misure clinico-assistenziali più idonee per il singolo caso e limitare così i potenziali danni legati a ritardi, omissioni e/o inappropriatelyzza.

Da gennaio 2017 sono stati resi operativi dei protocolli assistenziali redatti dal personale dell'UOC e condivisi in una serie di riunioni operative.

Tali protocolli codificano tutte le procedure ostetriche sia in ambito fisiologico che di patologia, allo scopo di uniformare il trattamento e di conseguenza ridurre le possibili deviazioni a quelle che sono considerate le procedure standard.

3. Ambiti di applicazione

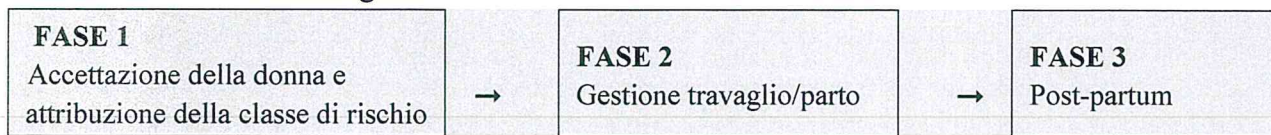
La presente procedura deve essere messa in atto da tutti gli operatori sanitari coinvolti nel processo di assistenza delle donne in gravidanza, in travaglio-parto e nel post-partum dell' A.O.R.N. Sant'Anna e San Sebastiano di Caserta.



4. Descrizione delle attività e modalità operative

4.1 PERCORSO A: GESTIONE DEL PARTO A BASSO RISCHIO

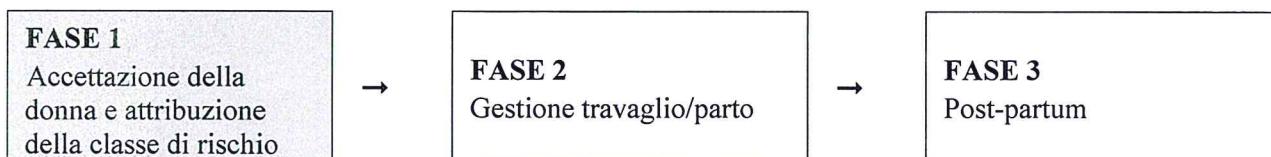
Sono state individuate le seguenti fasi:



La FASE 1 e la FASE 3 sono comuni al parto a basso e ad alto rischio, mentre la FASE 2 riconosce attività specifiche per le due fattispecie.

Per tutte le fasi del processo si raccomanda di adottare strategie organizzative per garantire una comunicazione efficace con la donna assistita che tenga conto degli aspetti sociali, culturali, religiosi e linguistici, anche per il tramite di mediatori culturali appositamente formati.

FASE 1: Accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio



L'avvio del percorso richiede la corretta valutazione iniziale delle caratteristiche del travaglio al fine di attribuire la corrispondente classe di rischio (Basso o Alto).

Per far questo è necessario eseguire le seguenti attività:

1. Triage ostetrico in PS al momento del ricovero
2. Visita di accettazione
3. Cardiotocografia

Triage ostetrico

Con questo termine si intende una valutazione del rischio della donna gravida e del feto effettuata da personale ostetrico al momento dell'accesso al PS.

Il triage ostetrico viene effettuato dall'ostetrica al momento dell'accettazione secondo gli schemi classici, e ~~di~~ registrata sulla documentazione clinica di PS.

Visita di accettazione

La visita di accettazione viene effettuata di norma dall'ostetrica di guardia o dal medico ginecologo. La raccolta dati dell'anamnesi prevede un'accurata valutazione del decorso della gravidanza, della storia ostetrica pregressa, di eventuali terapie in atto e/o di patologie materne concomitanti. La visita di accettazione, oltre all'anamnesi, deve contemplare:

- ✓ esplorazione vaginale
- ✓ misurazione dei parametri vitali
- ✓ rilevazione del Battito Cardiaco Fetale (BCF)
- ✓ presentazione fetale
- ✓ liquido amniotico/AFI
- ✓ PIAO



Cardiotocografia

Il tracciato cardiotocografico è parte integrante dell'accettazione della paziente a basso rischio, dovrà avere una durata minima di 20 minuti laddove soddisfatti i criteri.

Nel referto di accettazione ostetrico e conseguente ricovero deve essere individuata la classe di rischio sulla base dei criteri riportati nella Tabella 1 e deve essere indicato in maniera esplicita a quale operatore sanitario viene affidata la gestione del caso.

L'individuazione della classe di rischio e l'assegnazione all'operatore sanitario competente deve essere effettuata dal medico ginecologo che per primo visita la paziente sulla base dei criteri elencati nella Tabella 1.

L'attribuzione di un caso a una determinata classe di rischio va intesa in senso dinamico, in quanto è comunque necessario porre in essere tutte le misure necessarie per garantire la precoce rilevazione di qualsiasi deviazione clinica dal percorso atteso.

A tal fine si sottolinea l'importanza di un continuo ed efficace coordinamento e comunicazione fra tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso nascita.

Tabella 1 – Criteri per la classificazione di travaglio a basso rischio

- a) Epoca gestazionale: a termine (37 settimane + 1 giorno - 41 settimane + 2 giorni)
- b) Feto singolo
- c) Presentazione cefalica
- d) CTG regolare
- e) Travaglio insorto spontaneamente
- f) Liquido Amniotico (LA) chiaro
- g) Rottura prematura delle membrane (*Premature Rupture of the Membranes* – PROM) < 12 ore in gravidanza a termine
- h) Placenta normalmente inserita
- i) Assenza di patologia materna o fetale

NB: per poter essere classificato come travaglio a basso rischio, devono essere soddisfatti tutti i criteri sopra elencati

La FASE 1 si conclude con l'attribuzione della classe di rischio (basso/alto) e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

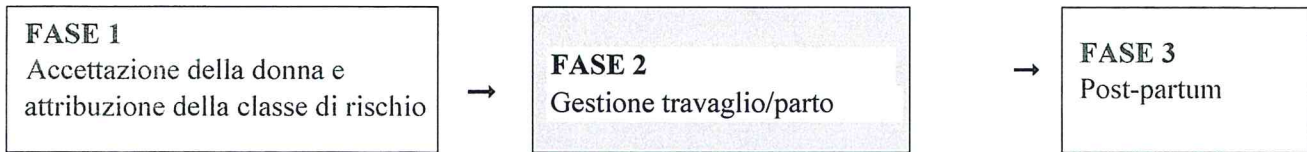
1. Triage ostetrico
2. Cardiotocografia
3. Scheda di attribuzione della classe di rischio sul modello dell'Allegato 1

Indicatori di processo minimi suggeriti

- Presenza della scheda di Triage ostetrico
- Refertazione CTG sul modello dell'Allegato 2
- Compilazione sezione documentale relativa al ricovero ostetrico sul modello dell'Allegato 3



FASE 2: Gestione travaglio/parto



La gestione del travaglio e parto a basso rischio è affidata al personale ostetrico.

Il medico di turno ha la responsabilità di visionare le condizioni cliniche delle gestanti presenti nel blocco travaglio/parto mediante la valutazione del partogramma lasciandone opportuna evidenza nella documentazione clinica.

In caso di variazione dei parametri fisiologici del decorso del travaglio, l'ostetrica è tenuta a darne tempestiva comunicazione al medico per l'opportuna rivalutazione clinica.

Posta la diagnosi di travaglio attivo, la gestante è accompagnata nel Blocco Parto per la presa in carico da parte dell'ostetrica, che deve essere formalizzata tramite la compilazione del partogramma.

La corretta compilazione del partogramma prevede che vengano riportati i seguenti parametri:

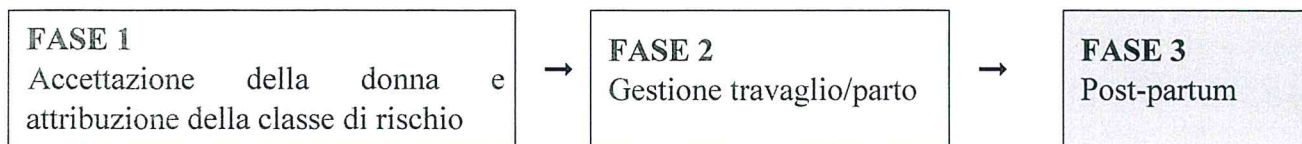
- Dilatazione della cervice
- Livello della parte presentata (PP) fetale rispetto al canale del parto
- Rilevazione del Battito Cardiaco Fetale (BCF)
- Colore del liquido amniotico
- Durata e frequenza delle contrazioni uterine
- Somministrazione di ossitocina o di altri farmaci
- PA e FC materna
- Diuresi materna ed eventuale presenza di proteine o di acetone

La FASE 2 del parto a basso rischio si conclude con l'espletamento del parto e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Partogramma
2. Cardiotocografia o rilevazione dell'auscultazione intermittente



FASE 3: Post-Partum



Prima di trasferire la puerpera in reparto, è necessario effettuare un periodo di osservazione e monitoraggio della durata di almeno due ore. Si precisa che l'inizio di questo periodo di osservazione e monitoraggio non parte dal momento della espulsione del feto, ma dal termine delle attività relative all'assistenza al parto (ad esempio: secondamento, sutura dell'episiotomia, ecc.). In questo periodo l'ostetrica deve monitorare almeno i seguenti parametri:

- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- Diuresi
- Perdite ematiche
- Fondo dell'utero
- Globo di sicurezza
- Ispezione del perineo (per la ricerca di trombo genito-puerperale) • Ferita chirurgica

secondo quanto previsto dall'Allegato 3 *Scheda di valutazione e monitoraggio post partum*.

La FASE 3 del parto a basso rischio si conclude con il trasferimento della puerpera nel reparto di degenza e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Documentazione clinica della valutazione e monitoraggio post partum sul modello dell'Allegato 3

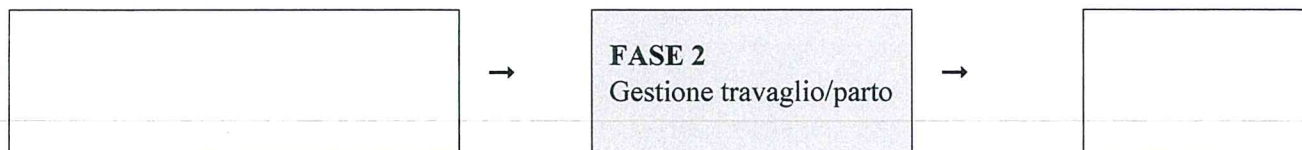
Indicatori di processo minimi suggeriti

- Compilazione scheda post partum sul modello dell'Allegato 4



4.2 PERCORSO B . GESTIONE DEL PARTO AD ALTO RISCHIO

FASE 2: Gestione Travaglio/Parto



➤ Il taglio cesareo (TC)

Il TC è una modalità di espletamento del parto che può essere decisa sulla base di criteri di appropriatezza e/o dal carattere di urgenza-emergenza, oppure in regime di elezione programmata nel rispetto del *timing* gestazionale delle indicazioni previste dalle evidenze scientifiche.

L'esecuzione del TC in elezione, urgenza o per autodeterminazione, è preceduta dalla valutazione degli esami di laboratorio, clinici e strumentali preoperatori di routine e dal controllo dei referti dei tamponi vaginali e rettali per Streptococco β emolitico di gruppo B (GBS).

Nel caso di condizioni di pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto, il TC viene praticato in emergenza.

Al di fuori delle condizioni di emergenza, nel caso in cui decida di eseguire un TC per la presenza di condizioni cliniche potenzialmente legate a un esito sfavorevole del parto vaginale, il medico dovrà darne esaustiva evidenza nella documentazione sanitaria.

➤ Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio

Tricotomia area sovra pubica

A meno che i peli nell'area di incisione interferiscano significativamente con l'esecuzione dell'intervento, va evitata la tricotomia.

La tricotomia va eseguita immediatamente prima dell'intervento utilizzando possibilmente rasoi elettrici e solo nei casi in cui sia strettamente necessaria.

Antibiotico profilassi perioperatoria

Nel caso del TC la somministrazione dell'antibiotico **deve avvenire in unica dose dopo il clampaggio del cordone ombelicale.**

L'UOC di Ginecologia ed Ostetricia applica un protocollo di profilassi antibiotica in monosomministrazione nei casi di elezione.

Dosi aggiuntive dopo la fine dell'intervento non sono efficaci nel ridurre ulteriormente la frequenza di infezioni e va pertanto evitato, a meno di particolari necessità cliniche valutate dallo specialista.

L'antibiotico profilassi è fortemente raccomandata nel TC secondo le seguenti modalità:

TC elettivo somministrazione di una singola dose di cefalosporine di prima o seconda generazione dopo il clampaggio del cordone ombelicale

TC non elettivo (ovvero con travaglio in atto e/o rottura di membrane più di 6 ore prima dell'intervento) somministrazione di una cefalosporina di seconda generazione dopo il clampaggio del cordone ombelicale.

➤ **Prevenzione del rischio tromboembolico**

Le donne che partoriscono con TC presentano un rischio di tromboembolismo venoso superiore di 2-3 volte a quello delle donne che partoriscono con parto vaginale.

Tale rischio aumenta di circa 4 volte nelle pazienti che subiscono un TC in urgenza.

Al momento del ricovero per le pazienti ad alto rischio, e comunque sempre nella gestione dell'immediato postoperatorio, il medico ginecologo valuta precocemente il rischio tromboembolico nelle donne che si avviano al percorso del parto con TC.

Per tutte le donne sottoposte a TC si effettua la tromboprofilassi con eparina a basso peso molecolare (EBPM) per almeno 15-20 giorni dopo il parto.

In pazienti selezionate ad alto rischio di TEV, nelle quali fattori di rischio significativi persistano in puerperio, si suggerisce di continuare la tromboprofilassi farmacologica per 6 settimane dopo il parto.

- 1. È obbligatorio eseguire la valutazione della classe di rischio tromboembolico e darne evidenza in documentazione sanitaria**
- 2. Per le pazienti già in terapia si raccomanda la sospensione di EBPM almeno 12 ore prima dell'esecuzione del TC e di riprendere la somministrazione 8-12 ore dopo l'intervento chirurgico**
- 3. La somministrazione di EBPM non controindica l'allattamento al seno**

La FASE 2 del parto ad alto rischio si conclude con l'esecuzione del TC e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Partogramma (in caso di mancato espletamento del parto o di travaglio di prova)
2. Cardiotocografia
3. Valutazione rischio tromboembolico
4. Checklist di sala operatoria

➤ **Anestesia ed organizzazione dell'intervento chirurgico**

La valutazione preoperatoria della paziente candidata a TC da parte dell'anestesista, oltre a quanto normalmente previsto per ogni intervento chirurgico, deve valutare tutte le possibili alterazioni parafisiologiche presenti nella donna gravida che, sulla base delle evidenze disponibili, possano modificare il rischio anestesilogico.



FASE 3: Post-Partum



Prima di trasferire la puerpera in reparto, il personale ostetrico in servizio nel blocco Parto osserva e monitora la stessa per almeno due ore.

Si precisa che l'inizio di questo periodo di osservazione e monitoraggio non parte dal momento della estrazione del feto, ma dal termine delle attività relative all'assistenza al parto.

In questo periodo l'ostetrica deve monitorare almeno i seguenti parametri:

- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- Diuresi
- Perdite ematiche
- Ferita chirurgica
- Fondo dell'utero
- Globo di sicurezza
- Ispezione del perineo

riportando il tutto sull'apposita *Scheda di valutazione e monitoraggio post partum*.

Questa fase sarà incentrata principalmente sulla prevenzione dell'emorragia del post-partum. Se verrà calcolato un alto rischio di tale complicanza sarà opportuna la somministrazione di 10 UI i.m. di Ossitocina come indicato nelle linee guida.

La FASE 3 del parto ad alto rischio si conclude con il trasferimento della puerpera nel reparto di degenza e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Documentazione clinica della valutazione e monitoraggio post partum su modello preposto

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

- Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG), Documento 17 - *Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto* (2008).
- SNLG Documento n. 19 - *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole* - Prima parte (2010).
- SNLG Documento n. 20 - *Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati* (2011).
- SNLG Documento n. 21 - *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole* - Seconda parte (2011).
- SNLG Linea Guida n. 20 - *Gravidanza Fisiologica* (2011).
- Linee Guida Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – SIGO (2010).
- Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio (2014).
- Royal College of Obstetrician & Gynaecologists: *Reducing the Risk of Venous Tromboembolism during Pregnancy and the Puerperium*. Green-Top Guideline No. 37a (April 2015).
- *Dimissione del neonato*. Documento della *task force* della Società Italiana di Neonatologia (2017).
- *Percorso nascita: Parto e puerperio - Assistenza al travaglio - Assistenza al parto a basso rischio*. Regione Emilia Romagna (2008)
- *Istruzioni per la compilazione del cartogramma*. Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi – Firenze, Regione Toscana (2010).
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) - *Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico*. Linee Guida Nazionali di riferimento, Ministero della Salute (2004).
- UNICEF Italia - *Standard per le buone pratiche per gli ospedali*. Roma (2012).
- D.M. 740 del 14/09/1994 – *Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o*.
- Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 07/09/2005 relativo al riconoscimento delle qualifiche professionali.
- D.Lgs. 06/11/2007, n. 206 *Attuazione della Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali*.
- Codice deontologico Ostetrica (2010).
- Codice deontologico Infermiere (2009).
- Codice deontologico Medico (2014).
- Ministero della Salute: *Raccomandazione n. 6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto* (2007).
- Ministero della Salute: *Raccomandazione n.16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita* (2014).
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 84: *Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism*. Obstet Gynecol 2007; 110: 429-40.
- Geerts WH et al. American College of Chest Physicians. *Prevention of Venous Thromboembolism*. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008; 133: S381-454.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium*. Green-Top Guidelines n. 37, 2009.

Allegato 1

Scheda accettazione Blocco travaglio/parto

Cognome e nome della paziente			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	___/___/___	Età gestazionale (settimane)	
Data di accettazione (GG/MM/AAAA)	___/___/___	Ora di accettazione (HH:MM)	___:___
CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO			
Epoca gestazionale: a termine (37 settimane + 1 giorno - 41 settimane + 2 giorni)		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Feto singolo, presentazione cefalica		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Assenza di patologia fetale nota		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
CTG fisiologico		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Travaglio insorto spontaneamente		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Liquido amniotico limpido		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Rottura delle membrane da meno di 12 ore		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Placenta normalmente inserita		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Assenza di patologia materna nota (esami clinici, laboratoristici e strumentali nella norma) NB: La positività del tampone vaginale per streptococco β emolitico non classifica di per sé il travaglio come ad alto rischio		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Altro (specificare)			
NB: La compilazione di questo campo classifica il travaglio come ad alto rischio			
RACCOLTA DATI IMPOSSIBILE PER:			
<input type="checkbox"/> Problemi linguistici		<input type="checkbox"/> Paziente non vigile/collaborativa	
<input type="checkbox"/> Deficit neurocognitivi		<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO			
<input type="checkbox"/> BASSO RISCHIO		<input type="checkbox"/> ALTO RISCHIO	
(Tutti i criteri sono soddisfatti e non è stato compilato il campo "Altro")		(Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto o è stato compilato il campo "Altro")	
La paziente viene inviata in:		<input type="checkbox"/> Blocco travaglio/parto <input type="checkbox"/> Reparto di degenza	
Note/prescrizioni			
Alle ore (HH:MM)	___:___	La paziente è affidata a:	Nominativo operatore:
			Qualifica (medico/ostetrica)
Timbro e firma del medico che ha effettuato la valutazione			
Timbro e firma dell'operatore per la resa in carico della paziente			



Allegato 2

Monitoraggio cardiocografico

Cognome e nome della paziente			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__/__/__	Età gestazionale (settimane)	
PROBLEMI MATERNI RIFERITI			
Pregresso cesareo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Pre-eclampsia pregressa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Gravidanza oltre il termine (> 42 settimana)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Rottura delle membrane da oltre 24 ore (PROM)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Induzione del travaglio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Diabete	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Emorragia ante partum	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Altre patologie materne	<input type="checkbox"/> Sì (specificare): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dato non disponibile		
Assunzione di farmaci	<input type="checkbox"/> Sì (specificare): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dato non disponibile		
PROBLEMI FETALI			
Ritardo di crescita	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Prematurità (< 37 settimane)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Oligoamnios	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Flussimetria alterata	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Gravidanza multipla	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Liquido amniotico finto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Presentazione podalica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile

RACCOLTA DATI IMPOSSIBILE PER:

- Problemi linguistici Paziente non vigile/collaborativa
 Deficit neurocognitivi Altro (specificare):

DATA (GG/MM/AAAA)	__/__/__	TIMBRO E FIRMA OSTETRICA	
-----------------------------	----------	---	--

PARAMETRI DEL BATTITO CARDIACO FETALE							
DATA (GG/MM/AAAA)		___ / ___ / ___		ORA INIZIO MONITORAGGIO (HH:MM)		___:___	
CATEGORIA	CRITERI	LINEA DI BASE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	DECELERAZIONI	ACCELERAZIONI	MAF	ATTIVITÀ CONTRATTILE
NORMALE/ RASSICURANTE		<input type="checkbox"/> 110 – 160	<input type="checkbox"/> ± 5 bpm	<input type="checkbox"/> ASSENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> IRREGOL. <input type="checkbox"/> ASSENTE
SOSPETTO		<input type="checkbox"/> 100 – 109 (bradicardia lieve) <input type="checkbox"/> 161 – 180 (tachicardia lieve)	<input type="checkbox"/> < 5 bpm per un periodo tra i 40 e i 90 minuti	<input type="checkbox"/> precoci <input type="checkbox"/> variabili (in rapporto alle contrazioni) <input type="checkbox"/> durata inferiore a 3 minuti			
PATOLOGICO		<input type="checkbox"/> < 100 (bradicardia severa) <input type="checkbox"/> > 180 (Tachicardia severa) <input type="checkbox"/> Sinusoidale per un periodo superiore ai 10 minuti	<input type="checkbox"/> < 5 bpm per un periodo ≥ ai 90 minuti	<input type="checkbox"/> variabili (in rapporto alla morfologia) <input type="checkbox"/> tardive <input type="checkbox"/> durata superiore a 3 minuti	<input type="checkbox"/> ASSENTI	<input type="checkbox"/> ASSENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> IRREGOL. <input type="checkbox"/> ASSENTE
VALUTAZIONE DEL CARDIOTOCGRAMMA							
<input type="checkbox"/> FISIOLÓGICO	CTG in cui tutti i criteri rientrano nella categoria FISIOLÓGICO . Si interrompe il CTG e si trasmette in visione al medico curante. Note:						
<input type="checkbox"/> SOSPETTO	CTG in cui uno dei criteri rientra nella categoria SOSPETTO e gli altri in quella FISIOLÓGICO . Si prosegue il CTG e si avvisa il medico curante. Note:						
<input type="checkbox"/> PATOLOGICO	CTG in cui due o più criteri rientrano nella categoria SOSPETTO e uno o più in quella PATOLOGICO . Si prosegue il CTG, si avvisa con urgenza il medico curante e si allerta la sala parto. Note:						
ORA	___:___	TIMBRO E FIRMA OSTETRICA					
ORA	___:___	TIMBRO E FIRMA MEDICO					



Allegato 3

SCHEDA INFORMATIVA PER IL NEONATOLOGO

GENERALITA' DELLA GESTANTE E DELLA GRAVIDANZA:

Nome:..... **Cognome:**..... **Età:**.....

UM..... **Epoca gest.**.....

Profilassi steroidea: SI NO

Decorso gravidanza: Fisiologico Complicato da:

Ecografia ostetrica: Normale Alterata

Cardiotocografia: Normale Alterata Tipo:

Flussimetria Placentare: Normale Alterata Tipo:

Anomalie dell'amnios: No Oligoidramnios Polidramnios

Madre: Primipara Multipara

Eventuali malattie della madre:

Parto: Singolo Gemellare

Modalità del parto: Spontaneo TC d'elezione TC d'urgenza

Motivo del TC:.....

Inizio travaglio: No Meno di 6 ore Più di 6 ore

Rottura membrane amniocoriali: Al momento del parto Meno di 12 ore Oltre 12 ore

MARKERS:

HBSAg: Positivo Negativo In corso Non esibito al ricovero

HCV: Positivo Negativo In corso Non esibito al ricovero

HIV: Positivo Negativo In corso Non esibito al ricovero

TORCH: Positivo Negativo Non esibito al ricovero

Tampone vaginale per Step/Ag: Positivo Negativo In corso Non esibito al ricovero

Tampone rettale per Step/Ag: Positivo Negativo In corso Non esibito al ricovero

Profilassi antibiotica intrapartum: SI NO

A

Allegato 4

SCHEMA VALUTAZIONE E MONITORAGGIO POST PARTUM

Cognome e nome della paziente					
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__/__/__	Data e ora del parto (GG/MM/AAAA) (HH:MM)	__/__/__		
Tipo di parto	<input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> TC in urgenza <input type="checkbox"/> TC in elezione <input type="checkbox"/> Vacuum				
PARAMETRI E TEMPI DEL MONITORAGGIO					
NB: I tempi vanno calcolati a partire dal termine delle attività relative all'assistenza al parto					
Tempi (min.)	15	30	60	90	120
Parametri					
PA (mmHg)					
FC (bpm)					
Diuresi	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:
Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)
Fondo uterino	<input type="checkbox"/> Due dita sopra la Ombelicale Tr. <input type="checkbox"/> A livello della Ombelicale Trasv. <input type="checkbox"/> Due dita sotto la Ombelicale Tr.	<input type="checkbox"/> Due dita sopra la Ombelicale Tr. <input type="checkbox"/> A livello della Ombelicale Trasv. <input type="checkbox"/> Due dita sotto la Ombelicale Tr.	<input type="checkbox"/> Due dita sopra la Ombelicale Tr. <input type="checkbox"/> A livello della Ombelicale Trasv. <input type="checkbox"/> Due dita sotto la Ombelicale Tr.	<input type="checkbox"/> Due dita sopra la Ombelicale Tr. <input type="checkbox"/> A livello della Ombelicale Trasv. <input type="checkbox"/> Due dita sotto la Ombelicale Tr.	<input type="checkbox"/> Due dita sopra la Ombelicale Tr. <input type="checkbox"/> A livello della Ombelicale Trasv. <input type="checkbox"/> Due dita sotto la Ombelicale Tr.
Globo di sicurezza	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Trombo genito-puerperale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ferita chirurgica (se presente)	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.
Firma ostetrica					
Ora di termine delle attività relative all'assistenza al parto (HH:MM)				__ : __	
Data e ora trasferimento in reparto (GG/MM/AAAA) (HH:MM)		__/__/__ __ : __			
Firma dell'ostetrica					

Allegato 5

INFORMATIVA PARTO CON TAGLIO CESAREO IN ELEZIONE

Gentile Signora, il nostro ospedale avrà il piacere di assistere la nascita del suo bambino e adotterà le opportune procedure operative finalizzate a garantire qualità e sicurezza delle cure.

I nostri professionisti, ostetriche, ginecologi e infermiere Le avranno già fornito le necessarie informazioni per una scelta pienamente consapevole, tuttavia non esiti a chiedere ulteriori chiarimenti per valutare le differenze e i benefici, per Lei e il suo nascituro, in merito alle modalità di espletamento del parto, per via naturale o mediante taglio cesareo.

Qualora avesse optato per la modalità chirurgica del parto, nel pieno rispetto della sua decisione La informiamo riguardo agli esami ematici e strumentali, di seguito elencati, che dovrà presentare al momento del ricovero:

- ✓ HCV
- ✓ HIV
- ✓ TAMPONE VAGINO-RETTALE PER STREPTOCOCCO DI GRUPPO B (GBS)
- ✓ TOXO TEST
- ✓ CMV
- ✓ EMOCROMO
- ✓ ASSETTO COAGULATIVO
- ✓ COLINESTERASI
- ✓ AZOTEMIA
- ✓ TRANSAMINASI
- ✓ GRUPPO E FATTORE RH
- ✓ ECOGRAFIE OSTETRICHE eseguite in gravidanza

Le ricordiamo che gli esami devono essere eseguiti entro, e non oltre, i 30 giorni dalla data di programmazione dell'intervento, indipendentemente dal luogo di effettuazione degli stessi, ospedale o laboratori esterni.

DATA (GG/MM/AAAA)	— / — / —	TIMBRO E FIRMA OSTETRICA	
-----------------------------	-----------	---	--