
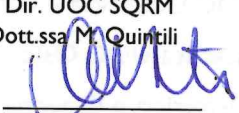

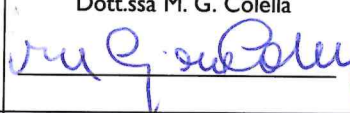
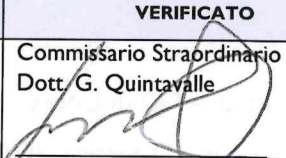
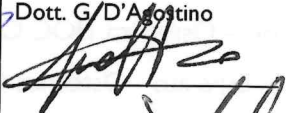
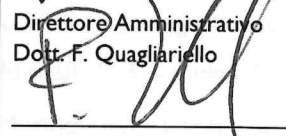
 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1</p>	<p>Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott.ssa Maria Giovanna Colella</p>	
	<p>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"</p>	<p>4 A PRO 03 Rev. n. 2 Data 28/09/2024 Pag. 1 di 41</p>

INDICE

1. PREMESSA.....	3
2. OBIETTIVI	5
3. CAMPO DI APPLICAZIONE.....	5
4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	5
6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	7
7. ALLEGATI.....	18
8. PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI	19
9. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA.....	19
10. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI.....	19
11. RIFERIMENTI	19

REVISIONE	DATA	REDATTO	APPROVATO	VERIFICATO
2 (Aggiornamento modalità operative)	28/09/2024	GdL	Dir. UOC SQRM Dott.ssa M. Quintili  Dir. Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Chierchini  Dir. Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dott.ssa M. G. Colella 	Commissario Straordinario Dott. G. Quintavalle  Direttore Sanitario Dott. G. D'Agostino  Direttore Amministrativo Dott. F. Quagliarello  Data: _____
REVISIONE	DATA	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO
1 (Adeguamento Linee di Indirizzo Regionale)	17/01/2019	GdL	UOC SPRM Dir. Dott.ssa M. Quintili UOC SPRM PO Dott.ssa S. Greghini	Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Chierchini Direttore UOC SPRM Dott.ssa M. Quintili Direttore Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dr. P. Saccucci PO Ostetrica Dott.ssa I. Rinaldi
0 (Implementazione raccomandazione ministeriale)	01/07/2016	Gruppi di lavoro aziendali di cui alle delibere: Rm A: 223/CS del 09/04/2015 e 529/CS del 03/08/2015 Rm E: 637 del 06/08/2015	UOC Risk Management Aziendale: Dott.ssa M. Quintili CPSE M. Carrara UOS Rischio clinico: Dott. A. Bossi Dott.ssa S. Greghini	Risk Manager Dott.ssa M. Quintili

COMPONENTI GRUPPO DI LAVORO

Maria Giovanna Colella - Direttrice Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
Marina Marceca - Direttore f.f. UOC Ostetricia e Ginecologia -P.O. San Filippo Neri
Marco Calcagno – Direttore f.f. UOC Ostetricia e Ginecologia San Filippo Neri
Maria Scavo - Dirigente medico UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. S. Spirito
Valeria Spinelli - Dirigente medico UOC Anestesia e Rianimazione P.O. San Filippo Neri
Roberta Mauro - Dirigente medico UOC Anestesia e Rianimazione P.O. San Filippo Neri
Federica Pascale –Dirigente medico UOC Anestesia e rianimazione P.O. Santo Spirito
Emanuela Marinoni — Dirigente medico UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. San Filippo Neri
Alessandra Zannetti – F.O. di Coord. UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. San Filippo Neri
Anna Troiano – F.O di Coord. Blocco Parto, Accettazione Ostetrico Ginecologica, PMA P.O. San Filippo Neri
Luciana Moschettini – Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. San Filippo Neri
Libera Radatti - F.O di Coord. Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Santo Spirito
Jessica Corrias - Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. San Filippo Neri
Paolo Gastaldi – Dirigente medico UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Santo Spirito
Ilaria Perilli - Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Santo Spirito
Emanuela Esposito - Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Santo Spirito
Laura Ligi - Dirigente medico UOC Neonatologia P.O. San Filippo Neri
Stefania Greghini - F.O. Risk Management UOC SQRM
Aldebrando Bossi - Dirigente Medico UOC SQRM

1. PREMESSA

Le complicanze durante la gravidanza e il parto sono una delle principali cause di morte e disabilità nelle donne in età fertile nei Paesi in via di sviluppo. L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) e l'Unicef hanno stimato che nel 2020 si sono verificate 287.000 morti materne a livello globale, il 99% delle quali nei Paesi in via di sviluppo. Quasi tutti questi decessi si sono verificati in ambienti con scarse risorse e la maggior parte avrebbe potuto essere evitata.

La nuova strategia globale per la salute delle donne, dei bambini e degli adolescenti lanciata nel 2015 ha fissato l'obiettivo ambizioso di porre fine alle morti materne evitabili entro il 2030. Anche nelle nazioni a sviluppo avanzato come l'Italia, dove la mortalità e la morbosità grave legate alla gravidanza e al parto sono eventi sempre più rari, la mortalità materna resta un indicatore cruciale dell'appropriatezza dell'assistenza al percorso nascita da parte del servizio sanitario.

Ridurre le morti materne, prevenire le evitabili e limitare gli esiti conseguenti a complicazioni di gravidanze, parto e puerperio sono aspetti cruciali della pratica ostetrica e una priorità di Salute Pubblica a livello internazionale. La mortalità materna rispecchia l'efficacia e l'appropriatezza dell'assistenza al percorso nascita e delle cure perinatali di un Sistema Sanitario.

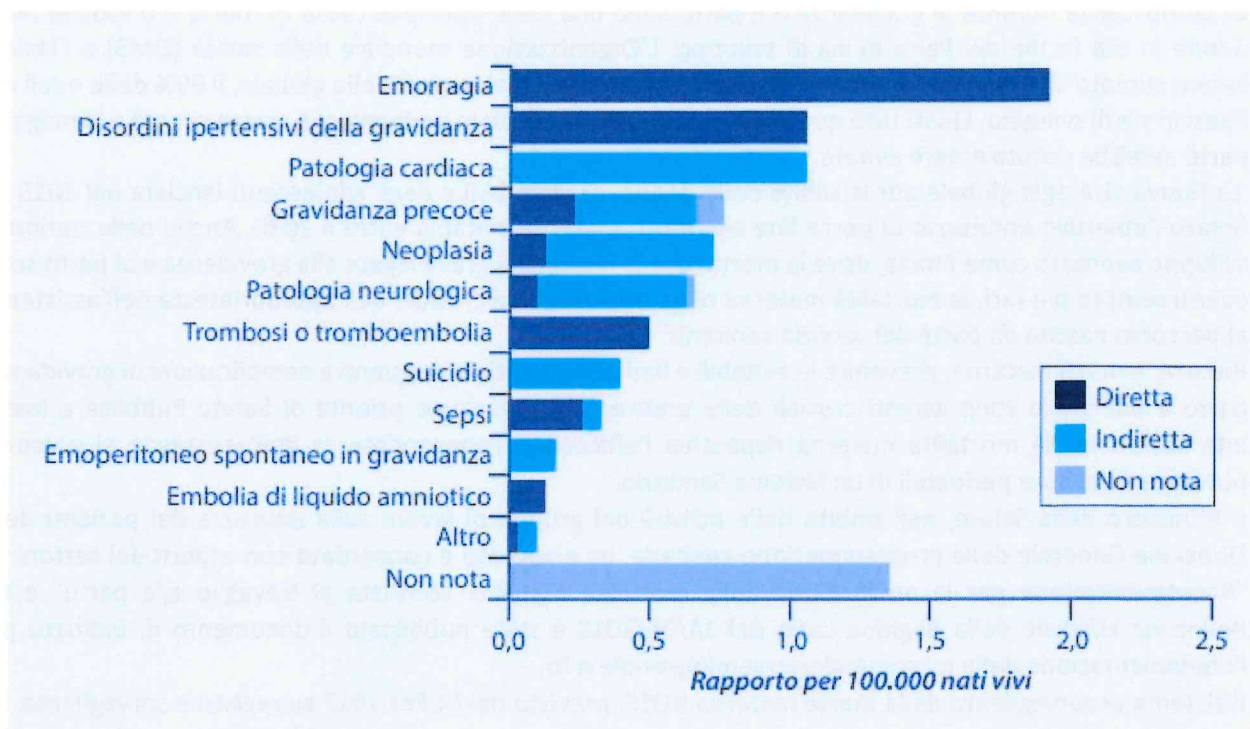
Il Ministero della Salute, nell'ambito delle attività del gruppo di lavoro sulla sicurezza dei pazienti della Direzione Generale della programmazione sanitaria, ha elaborato e concordato con esperti del settore la "Raccomandazione per la prevenzione della mortalità materna correlata al travaglio e/o parto" e sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio del 14/08/2018 è stata pubblicato il documento di indirizzo per l'implementazione della raccomandazione ministeriale n°6.

Il sistema di sorveglianza della morte materna ItOSS, previsto dal DCPM 2017 su registri e sorveglianza, ha reso disponibili le prime stime del rapporto di mortalità materna e dei tassi di incidenza delle principali condizioni di grave morbosità materna in Italia.

La Tabella 1 descrive nel dettaglio i nati vivi, Il Rapporto di Mortalità Materna (MMR) e il Rapporto di Mortalità Materna Diretta (DMMR) per Regione e per anno di disponibilità dei flussi adottati per effettuare le stime. La Regione Puglia è l'unica per la quale, al momento dell'analisi dei dati, non erano disponibili i flussi correnti dopo l'anno 2010; pertanto, la stima riguarda i sette anni compresi tra il 2004 e il 2010 - Primo Rapporto ItOSS

Tabella 1 - Rapporto di mortalità materna (MMR) e Rapporto di mortalità materna diretta (DMMR) per Regione

	Anni	Nati vivi	Mortalità materna (≤ 42 gg)				Mortalità materna diretta (≤ 42 gg)			
			n.	MMR	IC 95%		n.	DMMR	IC 95%	
Piemonte	2006-2012	268.301	19	7,08	4,26	11,06	8	2,98	1,29	5,88
Lombardia	2006-2012	672.592	48	7,14	5,26	9,46	30	4,46	3,01	6,37
Friuli Venezia Giulia	2006-2012	71.983	3	4,17	0,86	12,18	1	1,39	0,04	7,74
Emilia-Romagna	2006-2012	285.587	22	7,70	4,83	11,66	10	3,50	1,68	6,44
Toscana	2006-2012	225.179	15	6,66	3,73	10,99	7	3,11	1,25	6,40
Lazio	2006-2012	378.551	48	12,68	9,35	16,81	20	5,28	3,23	8,16
Campania	2006-2012	414.038	51	12,32	9,17	16,81	29	7,00	4,69	10,06
Puglia	2004-2010	268.719	23	8,56	5,43	12,84	17	6,33	3,69	10,13
Sicilia	2006-2012	339.707	40	11,77	8,41	16,03	21	6,18	3,38	9,45
Sardegna	2006-2012	92.631	8	8,64	3,73	17,02	6	6,48	2,38	14,10
Totale		3.017.288	277	9,18	8,13	10,33	149	4,94	4,18	5,80



La Figura 1 descrive la distribuzione di frequenza delle cause di mortalità materna espressa sotto forma di MMR specifici per causa- Primo Rapporto ItOSS

La Figura 1 permette anche di evidenziare i decessi materni per i quali le procedure di record-linkage non consentono di attribuire la causa della morte materna. L'MMR (Maternal Mortality Rate) da cause non note si colloca, per frequenza, al secondo posto dopo l'emorragia ostetrica. Questo dato mette in luce l'urgenza di migliorare la qualità della compilazione dei certificati di morte e delle SDO che, troppo spesso, non contengono informazioni sufficienti e di adeguata qualità per permettere di definire le cause dei decessi.

Finalità della "Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto n 6 del 31 marzo 2008, emanata dal Ministero della Salute, e sua successiva implementazione (BURL n 66 del 14/08/2018) è la gestione delle condizioni di rischio clinico in corso di travaglio e/o parto al fine di prevenire esiti sfavorevoli e/o fatali.

Il documento intende incoraggiare l'adozione di appropriate misure organizzative, assistenziali e formative per evitare o limitare l'insorgenza di eventi avversi nell'assistenza al parto, al post-partum e al puerperio immediato in modo da ridurre la mortalità e morbosità potenzialmente evitabili; tali iniziative riguardano sia aspetti clinici che organizzativi che vengono analizzate in corso di audit.

Partendo dall'esito si ricostruisce nel minimo dettaglio il percorso che ha portato alla morte, cercando di identificare le buone pratiche, ma anche le criticità assistenziali, di natura clinica e organizzativa, suscettibili di miglioramento.

In tutti i casi si devono attuare idonee misure di prevenzione tenendo presente gli aspetti legati alla corretta valutazione del rischio della donna in occasione del parto, all'appropriatezza dei percorsi diagnostico e terapeutici, all'integrazione e continuità dell'assistenza, all'informazione della persona assistita e ai suoi familiari, alla comunicazione tra operatori e alla qualità della documentazione clinica. La Raccomandazione è accompagnata da un documento che approfondisce l'argomento dal punto di vista clinico, rivolto a tutto il personale sanitario impegnato nelle attività assistenziali in corso di travaglio, parto e puerperio.

2. OBIETTIVI

Obiettivi del presente documento sono:

- Prevenire la morte materna correlata al travaglio e/o parto
- Uniformare i comportamenti degli operatori del Dipartimento Tutela della Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione nei Punti Nascita Santo Spirito e San Filippo Neri in merito all'assistenza al parto.
- Adottare la Raccomandazione Ministeriale n. 6 del 31 marzo 2008 "Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o al parto" implementando la presente procedura secondo quanto indicato nel BUR Lazio del 14/08/2018.
- Adottare il documento regionale 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

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento è rivolto al personale medico, ostetrico, infermieristico, e di supporto dell'Accettazione Ostetrica d'urgenza, del Blocco Parto e del reparto di degenza delle UU.OO.CC. di Ostetricia dei Presidi Ospedalieri Santo Spirito e San Filippo Neri.

Il documento è a tutela di tutte le donne in gravidanza assistite per l'espletamento del parto e nel post-partum e dei loro neonati nelle fasi di accettazione, ricovero e dimissione della coppia madre-neonato

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Morte correlata alla gravidanza: morte di una donna in gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine, indipendentemente dalla causa di morte. Questa definizione include le morti per ogni causa comprese quelle accidentali e gli infortuni (ad esempio incidenti stradali o omicidi).

Mortalità Materna: morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine, indipendentemente dalla durata e dalla sede della gravidanza, per qualsiasi causa legata o aggravata dalla gravidanza o dal suo management, ma non per cause accidentali o incidentali.

Morte Materna diretta: morte da complicanza ostetriche della gravidanza, del parto e del puerperio per interventi, omissioni o trattamenti inappropriati.

Morte materna indiretta: morte da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza o aggravate dalla gravidanza quali la patologia cardiaca, le neoplasie e le malattie psichiatriche (suicidio).

Morte Tardiva: morte di una donna, per cause ostetriche dirette o indirette, oltre 42 giorni ma entro un anno dal termine della gravidanza. Esiste infatti, crescente evidenza che la restrizione di tempo a 42 giorni dal parto rappresenti una limitazione al rilevamento di tutte le morti materne.

Referente di Struttura: Ginecologo della struttura deputato all'organizzazione, in caso di morte materna, dell'audit fra tutti i professionisti coinvolti nell'evento e deputato alla compilazione e al successivo invio dello Schema di Incident Reporting Evento Sentinella Morte Materna al referente regionale del sistema di sorveglianza.

Referente Regionale: Operatore della Regione preposto a ricevere lo schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte Materna dal referente di struttura e che successivamente lo invia al Comitato regionale del Sistema di sorveglianza.

ABBREVIAZIONI

BCF: battito cardiaco fetale

BMI: Body Mass Index

CTG: Cardiotocografia

DDI: Decision to Delivery Interval

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 5 di 41
--	------------	--------------------------	--------------

EBPM: Eparina basso peso molecolare
FCF: frequenza cardiaca fetale

ISS: Istituto Superiore di Sanità
MAF: Movimenti Attivi Fetali
MM: Maternal Mortality
MMR: Maternal Mortality Rate
P.O.: Presidio Ospedaliero
PROM: Premature Rupture of Membrane
SEA: Significant Event Audit
SNLG: Sistema Nazionale Linee Guida
TC: Taglio Cesareo
U.O.: Unità Operativa

5. RESPONSABILITÀ

La responsabilità per le attività del processo previste nella presente procedura sono indicate nella matrice delle responsabilità sottostante secondo la priorità e la sequenza operativa.

ATTIVITA'	Direttore U.O.C.	Coord. Ostetrica	Ostetrica/o	Infermiere	Personale di supporto	Ginecologa/o	Anestesista
Procedura di Triage	–	–	R	–	C	I	–
Valutazione del rischio ostetrico	–	–	R	–	-	R	I*
Attivazione percorsi assistenziali	R*	R*	R*	R*	C	R*	R*
Pianificazione Percorsi	R	R	C	C	C	C	C
Comunicazione con la donna assistita	R*	R*	R*	R*	C	R*	R*
Documentazione clinica	R*	R*	C	C	-	C	C

Legenda: R= Responsabile; R*= Responsabile per ambiti di competenza e specifici contesti; C = Coinvolto;
I = informato I*= in caso di rischio elevato

6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DIAGRAMMA DI FLUSSO

6.1 Aspetti organizzativi

Secondo il Decreto del Commissario ad Acta 26 novembre 2014, n. U00412 R e successive modifiche e integrazioni i punti nascita Santo Spirito e San Filippo Neri sono definiti di I livello assistenziale.

Essi garantiscono l'assistenza al parto per epoca gestazionale ≥ 34 settimane, con feto stimato ≥ 1750 gr, per condizioni di basso-medio rischio che non richiedano presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale tipiche del II livello.

La presenza in servizio di tutte le figure professionali preposte e qualificate all'assistenza rende sicura la gestione del percorso assistenziale.

La corretta valutazione del rischio della donna in occasione del parto rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze materne, fetali e/o materno-fetali.

Per raggiungere questo obiettivo è importante provvedere alla classificazione del rischio al momento dell'accettazione alla quale deve seguire l'attivazione di specifici "percorsi assistenziali" differenziati per profilo di rischio, orientati al corretto utilizzo della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche ed organizzative.

6.2 Gestione del percorso della donna in gravidanza

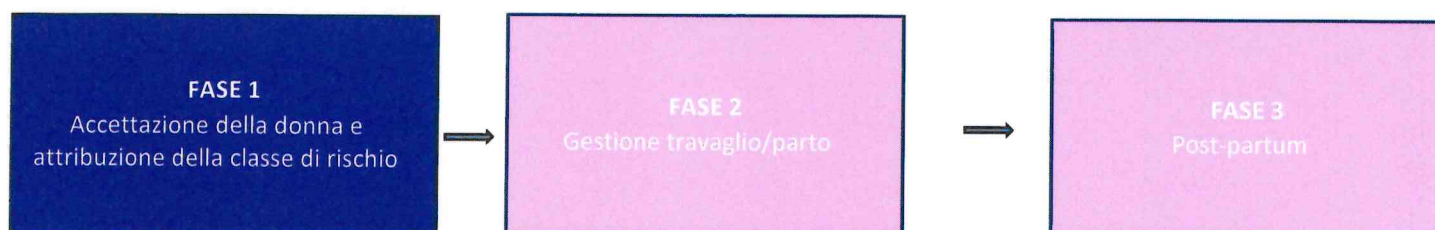
Si premette che nella ASL ROMA 1 a tutte le gestanti viene offerta la possibilità di accedere ad un servizio di Preospedalizzazione tra la 35° e la 37° settimana di gravidanza, con effettuazione di accertamenti clinici e visite specialistiche necessarie per il parto.

Il processo assistenziale della donna al termine di gravidanza e al momento del parto e del puerperio è diviso in fasi.

Ogni fase prevede la delineazione metodologica di aspetti organizzativi e clinici del percorso assistenziale con l'obiettivo di aumentare la rilevabilità precoce delle 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 inappropriatezza degli interventi.



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



La donna può accedere al punto nascita in regime di pronto soccorso o come ricovero programmato.

L'avvio del percorso richiede la corretta valutazione iniziale dell'anamnesi della partoriente e delle caratteristiche del travaglio, al fine di attribuire la corrispondente classe di rischio: basso rischio ostetrico (BRO) o non BRO.

Per le donne che accedono in regime di pronto soccorso, si esegue:

- Triage ostetrico
- Prima visita
- Cardiotocografia (CTG)

Triage ostetrico:

L'accettazione in regime di pronto soccorso prevede la valutazione da parte dell'ostetrica triagista per l'attribuzione del codice di priorità secondo quanto stabilito dal Manuale Regionale di Triage intraospedaliero modello Lazio a 5 codici (numerici/colore) SAN DCA U00379/2019 e Determinazione Regionale G.01369/2023 e successive modificazioni e integrazioni, a cui si rimanda integralmente.

La prima visita:

viene effettuata in genere dall'ostetrica triagista 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 patologie materne concomitanti. Lo specialista che prende in carico la paziente potrà richiedere ulteriori indagini per approfondimenti clinici del caso.

La visita di accettazione, oltre all'anamnesi, comprende:

- a) esplorazione vaginale (se necessaria)
- b) valutazione dei parametri clinici registrati in fase di triage ed eventuale loro rivalutazione
- c) valutazione del battito cardiaco fetale (BCF)

Cardiotocografia:

- a) Il CTG deve essere valutato in base alla presenza o meno di travaglio e classificato in accordo con le Raccomandazioni SIGO/AOGOI sulla cardiotocografia; deve essere registrato in cartella ed allegato alla stessa. I parametri e i criteri per la valutazione del CTG sono riportati nelle Tabelle 2a e 2 b.
- b) Per le gestanti non in travaglio attivo si raccomanda di refertare l'esame cardiotocografico (non stress test –NST) come "reattivo" o "non reattivo" (Tabella 2a).
- c) L'NST viene definito "reattivo" quando compaiono due accelerazioni, definite come incremento della linea di base di almeno 15 battiti per almeno 15 secondi; se l'epoca gestazionale è inferiore alle 32 settimane, si considerano valide due accelerazioni di almeno 10 battiti ed almeno 10 secondi. La durata minima dell'esame è 20 minuti; se compaiono accelerazioni qualitativamente e quantitativamente sufficienti esso può essere interrotto. Se dopo 40 minuti non compaiono almeno due accelerazioni l'NST è definito "non reattivo".
- d) Per le gravide in travaglio si raccomanda di refertare l'esame cardiotocografico classificandolo in tracciato CTG di tipo 1,2, 3 in rapporto alla linea di base, alla variabilità del BCF e alla presenza di decelerazioni (Tabella 2b).

Tabella 2a – Parametri per la classificazione del cardiocotogramma non in travaglio (NST) – SIGO 2021

NST	MAF	Accelerazioni*	Tempo di esame	Interpretazione
	Presenti	≥ 2 in 40 minuti	a 20 minuti se accelerazioni presenti 40 minuti se accelerazioni non presenti	Reattivo Non reattivo

*incremento di almeno 15 battiti per almeno 15 secondi

Tabella 2B – Parametri per la classificazione del cardiocotogramma in travaglio – SIGO 2018

TIPO 1	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	Interpretazione	Gestione clinica
	110-160	5-25 bpm rispetto alla linea di base	Nessuna decelerazione ripetitiva*	Assenza di ipossia/acidosi fetale	Nessun intervento
*Le decelerazioni si definiscono ripetitive quando sono associate a più del 50% delle contrazioni uterine. In presenza di decelerazioni precoci anche ripetitive il tracciato è da considerarsi di tipo 1.					
TIPO 2	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	Interpretazione	Gestione clinica
	Assenza di almeno una delle caratteristiche di normalità (tipo 1), ma assenza di segni patologici (tipo 3)			Bassa probabilità di ipossia/acidosi fetale	Intervento volto a correggere le cause
TIPO 3	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	Interpretazione	Gestione clinica
	< 100	< 5 per un tempo ≥ 50 min >25 per un tempo ≥ 30 min pattern sinusoidale per un tempo > 50 min	Decelerazioni ripetitive* tardive o prolungate che si verificano per un tempo > 50 min o > 20 min in caso di variabilità ridotta 1 decelerazione prolungata ≥ 5 min	Possibilità di ipossia/acidosi fetale	Intervento immediato volto a correggere le cause reversibili

* Le decelerazioni si definiscono ripetitive quando sono associate a più del 50% delle contrazioni uterine

Individuazione della classe di rischio:

L'Individuazione della classe di rischio deve essere valutata dal ginecologo e dall'ostetrica nel momento del ricovero, sia per le donne in travaglio attivo che fuori travaglio, compilando la scheda di valutazione del rischio al ricovero (Allegato 1), indicando in maniera esplicita a quale operatore sanitario viene affidata la gestione del caso.

Tale valutazione è un processo dinamico e ripetuto per tutto il percorso della donna e del feto/nascituro, ed è prevista anche per le donne che accedono in ospedale in regime di ricovero programmato. La

valutazione del livello di rischio, e la conseguente attribuzione della classe di rischio, deve essere registrata sulla documentazione clinica della paziente.

(Raccomandazioni sulla Cardiotocografia Ante Partum *Fondazione Confalonieri Ragonese* Su Mandato Sigo, Aogoi, Agui. Ottobre 2021).

Al momento del ricovero il ginecologo valuta altresì il rischio di tromboembolismo venoso (TEV) e compila scheda valutazione rischio TEV in ostetricia che sarà allegata alla cartella clinica (Allegato 2), secondo la procedura aziendale "Profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti candidati all'intervento chirurgico" PG_SQRM_09_2 rev. 01 del 01.07.2020

In assenza di fattori di rischio ostetrici la donna viene indirizzata al piano assistenziale individuale che prevede la presa in carico in autonomia da parte dell'ostetrica/o, tenendo presente che l'attribuzione ad un determinato piano assistenziale individuale è da intendersi in senso dinamico.

Nel caso in cui emergano fattori di rischio o deviazioni dalla fisiologia la donna viene presa in carico dalla/ ginecologa/o in condivisione con l'ostetrica/o. E' fondamentale la comunicazione efficace tra tutti gli operatori sanitari presenti in sala parto.

Le donne che accedono come ricovero programmato, e non da pronto soccorso, eseguono ugualmente una rivalutazione del rischio ostetrico lasciandone traccia in cartella, utilizzando l'allegato 1.

Allegato 1 - Scheda valutazione del rischio al ricovero

Scheda di valutazione del rischio al ricovero			
Criteri di attribuzione al Modello Assistenziale Ostetrico	SI	NO	NOTE
Anamnesi medica materna positiva*			
Anamnesi ostetrica positiva**			
Anamnesi ostetrica positiva nell'attuale gravidanza***			
Età materna < 16 e > 45 anni #			
BMI pregravidico < 18 o > 35			
Epoca gestazionale < 37 e > 41 ⁺⁶ settimane			
PROM > 24 ore			
Liquido amniotico tinto di meconio			
Parità ≥ 4			
Travaglio indotto			
Alterazioni della crescita fetale durante la gravidanza attuale			
Alterazioni del volume del liquido amniotico (oligo/polidramnios)			
Pregressa isterotomia, miomectomia o intervento di chirurgia ginecologica maggiore, presenza di malformazione uterina, presenza di fibromi uterini			
Cromosomopatie fetali o patologie malformative fetali			
Pregresse lacerazioni perineali di III o IV grado			
Altro _____			

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE	
Modello Assistenziale Ostetrico per la presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o	Tutte le risposte: NO
Modello Assistenziale Ostetrico per la presa in carico da parte del Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia in condivisione con l'Ostetrica/o	Una o più risposte: SI

Data e ora _____
 Firma/matricola/qualifica _____
 Firma/matricola/qualifica _____

LEGENDA

*Patologie cardiovascolari, disordini ipertensivi, asma che ha richiesto un incremento del trattamento o un ricovero in ospedale, fibrosi cistica, emoglobinopatie, anemia falciforme, beta talassemia major, storia di disordini tromboembolici, porpora trombocitopenica o altri disordini piastrinici o conteggio piastrine inferiore a 100×10^9 /litro, malattia di Von Willebrand, disordini emorragici nella donna e nel feto, rischio di malattia emolitica del neonato, ipertiroidismo, ipotiroidismo non controllato che abbia richiesto un cambio o inizio terapia nell'ultimo mese di gravidanza, diabete pregestazionale, diabete gestazionale, epatite B/C e/o epatopatia con alterazione della funzionalità epatica, sieropositività da HIV, toxoplasmosi con trattamento farmacologico, infezione attiva di varicella, rosolia, herpes genitale, tubercolosi in trattamento farmacologico, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, nefropatia, epilessia, miastenia grave, precedente accidente cerebrovascolare, disturbi psichiatrici.

**Morte endouterina fetale, morte intrapartum, pregressa encefalopatia neonatale, pre-eclampsia, eclampsia, distacco di placenta, rottura d'utero, emorragia del postpartum, secondamento manuale, distocia di spalle.

***Gravidanza multipla, anomalie dell'inserzione placentare, pre-eclampsia e/o disordini ipertensivi, pPROM, emoglobina < 8.5 g/dL, morte endouterina fetale, abuso di alcool e/o stupefacenti, diabete gestazionale, presentazione fetale non cefalica o cefalica non di vertice, episodi ricorrenti di perdite ematiche vaginali durante il secondo e terzo trimestre

se età materna compresa tra 40 e 45 anni è raccomandata una valutazione individualizzata e, se necessaria, una consulenza prima dell'ammissione al Percorso Nascita Fisiologico.

6.3 FASE 2: Gestione del travaglio



Fase 2a: Gestione travaglio e parto vaginale

La gestione del travaglio e parto vaginale a basso rischio è di competenza e responsabilità del personale ostetrico.

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

In caso di diagnosi di travaglio attivo, secondo i criteri della tabella 3, la gestante viene accompagnata nel Blocco Parto per la presa in carico da parte dell'ostetrica che compila la scheda di valutazione del rischio intrapartum (Allegato 3) ed inizia il partogramma. Qualora si evidenziassero condizioni clinico-assistenziali che motivassero la gestione della donna presso il blocco parto (gestione farmacologica del dolore etc.), sarà possibile inviare la paziente in sala parto anche in assenza dei criteri previsti in Tabella 3.

Il personale medico e/o ostetrico che segue il travaglio/parto deve trasmettere all'anestesista e al pediatra/neonatologo qualsiasi informazione clinica o anamnestica di rilievo relativa alla madre ed al feto.

Tabella 3 – Criteri per la diagnosi di travaglio in fase attiva

- | | |
|----|---|
| a) | Almeno tre contrazioni in 10 minuti di durata superiore o uguale a 40 secondi |
| b) | Dilatazione \geq a 5 cm (LG OMS 2018- LG SIGO/AGUI 2023) |

Scheda di valutazione del rischio intrapartum - Allegato 3

Scheda di valutazione del rischio intrapartum			
Criteri di attribuzione al Modello Assistenziale Ostetrico	SI	NO	NOTE
Alterazione dei parametri vitali materni			
Anomale perdite ematiche vaginali			
Comparsa di liquido amniotico tinto			
Modificazione della situazione o della posizione fetale			
Alterazione del battito cardiaco fetale all'auscultazione intermittente confermata da cardiotocografia*			
Alterata progressione del primo stadio del travaglio di parto			
Partoanalgesia			
Alterata progressione del secondo stadio del travaglio di parto			
Alterato terzo stadio del travaglio			
Impossibilità a garantire assistenza ostetrica 1:1			

*Se cardiotocografia normale per 20 min, prosegue l'auscultazione intermittente (NICE, 2014)

**Se risolta la motivazione a tale impossibilità, prosegue assistenza con rapporto ostetrica donna 1:1.

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE	
Modello Assistenziale Ostetrico per la presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o	Tutte le risposte: NO
Modello Assistenziale Ostetrico per la presa in carico da parte del Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia in condivisione con l'Ostetrica/o	Una o più risposte: SI

Data e ora: _____

Firma/matricola/qualifica _____

L'uso del partogramma è indispensabile per la trasmissione di informazioni tra operatori e per la visualizzazione immediata della progressione del travaglio; rappresenta inoltre uno degli strumenti di controllo del rispetto delle procedure e della qualità dell'assistenza.

La diagnosi di travaglio attivo, coincide con l'inizio della compilazione del partogramma, che dovrà essere compilato in tempo reale e sul quale verranno annotate anche eventuali diagnosi di falso travaglio. Il nuovo modello di partogramma (OMS, 2020 - Allegato 4) prevede durante il travaglio la valutazione e l'annotazione dei seguenti elementi:

- **Informazioni sulla donna:** nome, parità, inizio travaglio, diagnosi di fase attiva, rottura delle membrane, fattori di rischio.
- **Assistenza:** presenza dell'accompagnatore, sollievo dal dolore, assunzione di liquidi per via orale, postura.
- **Feto:** frequenza cardiaca di base, decelerazioni, membrane, posizione, tumore da parto e accavallamento delle ossa craniche.
- **Donna:** polso, pressione sistolica, pressione diastolica, temperatura e urine.
- **Evoluzione del travaglio:** numero di contrazioni in 10 minuti, durata delle contrazioni, dilatazione cervicale con limite orario per ogni cm di dilatazione, livello di discesa della parte presentata.
- **Terapie:** ossitocina, farmaci, liquidi per via endovenosa.
- **Decisioni condivise:** giudizio clinico e orientamento.

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 12 di 41
---	------------	--------------------------	------------------

L'auscultazione intermittente dovrebbe essere utilizzata di routine per il monitoraggio intrapartum dei travagli a basso rischio. In caso di analgesia epidurale vi è indicazione ad eseguire il CTG in continua esclusivamente nella prima ora successiva all'esecuzione del bolo. Gli elementi da valutare durante l'auscultazione intermittente sono elencati nella Tabella 4 e dovranno essere riportati nell'apposito modulo allegato al partogramma - (Allegato 5):

Tabella 4 RACCOMANDAZIONI PRATICHE PER L'AUSCULTAZIONE INTERMITTENTE (SIGO, 2018)		
	Elementi da valutare	Cosa riportare
BCF	Durata dell'auscultazione: > 60 secondi; per 3 contrazioni se la FCF non è sempre nei range di normalità (110-160 bpm) Quando: durante la contrazione e per almeno 30 secondi dopo Intervallo: ogni 15 minuti nella fase attiva del I stadio, ogni 5 minuti nel II stadio del travaglio	Linea di base (come singolo valore numerico in bpm), presenza o assenza di accelerazioni e/o decelerazioni.
Contrazioni uterine	Prima e durante l'auscultazione della FCF, per almeno due contrazioni	Frequenza delle contrazioni in 10 minuti
Movimenti fetali	Contestualmente alla valutazione delle contrazioni	Presenza o assenza
Frequenza cardiaca materna	In corso di auscultazione del BCF	Singolo valore numerico in bpm.

Fase 2b: Gestione del travaglio/parto chirurgico

Il taglio cesareo (TC) è un intervento che può essere deciso sulla base di criteri di appropriatezza (Tabella 5) e/o scaturire da situazioni cliniche di urgenza-emergenza.

Tabella 5 - Criteri di appropriatezza per il Taglio Cesareo (LINEE GUIDA ISS 2016)
<p>Indicazione assolute al taglio cesareo:</p> <ul style="list-style-type: none"> — la presentazione podalica del feto — la presenza di lesioni primarie da Herpes simplex a livello genitale nell'ultimo trimestre di gravidanza — l'infezione da Hiv (ma soltanto se la donna è in terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica >50 copie/ml, o in monoterapia con ZDV quale alternativa alla terapia antiretrovirale altamente attiva) — la coinfezione da virus Hiv e Hcv in donne non in terapia HAART e/o con carica virale Hiv plasmatica >50 copie/ml) — la placenta previa — una pregressa rottura dell'utero o un precedente cesareo con incisione longitudinale — una gravidanza gemellare monocoriale e monoamniotica — il peso stimato del feto superiore ai 4,5 kg nelle donne diabetiche

L'esecuzione del TC deve essere preceduta dalla valutazione degli esami di laboratorio e strumentali preoperatori di routine.

Occorre inoltre:

- ottenere i consensi informati da parte della donna (intervento chirurgico, anestesia, emotrasfusione). L'obbligo di raccolta del consenso informato viene meno soltanto nel caso in cui sussista una situazione di "stato di necessità" ex art. 54 c.p. e art. 2045 c.c. (a)

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 13 di 41
---	------------	--------------------------	------------------

- fornire alla donna le informazioni relative all'intervento, producendo in documentazione sanitaria l'evidenza dell'avvenuta informazione (counseling)

Nel caso di taglio cesareo in autodeterminazione produrre nella documentazione sanitaria l'evidenza dell'avvenuta informazione sui benefici di un parto spontaneo rispetto al taglio cesareo con proposta ed eventuale accettazione del "travaglio di prova". I contenuti del counseling sono riportati nell'allegato 6 (Informativa parto con Taglio cesareo in elezione) che la donna riceve prima del ricovero.

Si raccomanda di documentare in cartella clinica l'urgenza del taglio cesareo, al fine di facilitare una comunicazione chiara ed efficace tra operatori sanitari ed eseguire la completa e corretta compilazione della Checklist di sala operatoria come da procedura aziendale

Al fine di uniformare i tempi di esecuzione del TC si adotta la classificazione modificata di Lucas – Tab. 6.

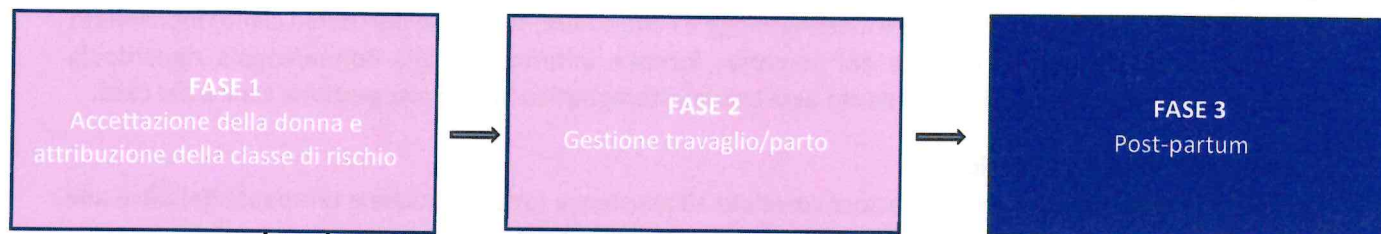
Per la prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio si rimanda integralmente alla procedura aziendale per la gestione delle ferite chirurgiche PRO CCICA n.7.

Per la scelta dell'antibiotico si rimanda alla procedura aziendale sull'uso degli antibiotici nella profilassi delle infezioni del sito chirurgico (PG SPRM 05" Procedura sull'uso degli antibiotici nella profilassi delle infezioni del sito chirurgico).

Classificazione dei TC modificata da Lucas.

Tabella 6 – Classificazione del TC	
Codice Bianco (Elective) Cesareo in elezione	Parto da inserire nella lista operatoria in base alle disponibilità del punto nascita.
Codice Verde (Scheduled) Cesareo in urgenza differibile	Assenza di compromissione delle condizioni materne e/o fetali, ma necessità di anticipare il parto.
CODICE GIALLO (Urgent) Cesareo in urgenza	Compromissione delle condizioni materne e/o fetali che non costituisce un immediato pericolo di vita. Decision to Delivery Interval (DDI – intervallo tra decisione clinica e nascita) < 75 min
CODICE ROSSO (Emergency) Cesareo in emergenza	Pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto. DDI < 30 min

6.4 FASE 3: Post-partum



Prima di trasferire la puerpera in reparto, effettuare un periodo di osservazione e monitoraggio di almeno due ore, a partire dalla fine delle attività inerenti all'assistenza al parto. In questo periodo l'ostetrica rileva e, se necessario, monitorizza i seguenti parametri documentandoli sulla sezione post-partum della cartella ostetrica:

- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- Frequenza respiratoria
- Saturazione di ossigeno
- Temperatura corporea
- Dolore
- Diuresi
- Perdite ematiche
- Fondo dell'utero
- Globo di sicurezza
- Ispezione del perineo per esclusione di ematomi post partum
- Valutazione eventuale lacerazione perineale

Per la valutazione del dolore utilizzare la Scheda Integrata per il monitoraggio del dolore che fa riferimento (RTI 0068 rev.3 del 29.01.2016) alla scala NRS (Numerical Rating Scale).

Per la prevenzione del rischio tromboembolico fare riferimento alla procedura aziendale "Profilassi del tromboembolismo venoso (TEV) nei pazienti candidati all'intervento chirurgico PG_SQRM_09_2 rev. 01 del 01.07.2020 utilizzando a scheda valutazione rischio TEV post-natale (Allegato 10).

6.5 Valutazione anestesiológica

Gli Anestesisti valutano tutte le pazienti che accedono alla preospedalizzazione tra la 35-37 settimana di gestazione.

Viene valutata la condizione clinica generale ed il rischio anestesiológico secondo la tabella ASA (American society of Anesthesiology) sia per le gestanti che faranno parto analgesia sia per quelle con TC programmato. Durante la visita vengono fornite informazioni sulla procedura e viene raccolto previa firma il consenso informato.

Se la paziente arriva in ospedale senza essere passata dalla preospedalizzazione la visita anestesiológica sarà svolta in regime di ricovero al suo arrivo al PS ostetrico.

6.6 La comunicazione interna

Per prevenire difetti di comunicazione l'equipe presente in servizio condivide quotidianamente le informazioni tracciate nella documentazione clinica (cartella ostetrica, medica e infermieristica) attraverso briefing ad ogni cambio turno e briefing aggiuntivi in condizioni di rischio aumentato.

In fase di emergenza, la comunicazione è garantita anche dall'utilizzo di dispositivi di reperibilità predisposti dall'azienda (cercapersone). Per la valutazione di specifici casi clinici, il Direttore di UOC di Ostetricia e Ginecologia, di concerto con la Coordinatrice Ostetrica, indice audit di équipe multidisciplinare.

6.7 La comunicazione con la donna assistita

Il ginecologo, l'anestesista, l'ostetrica il neonatologo e l'infermiera, sulla base del rischio clinico individuato e dell'attività assistenziale prevista dal percorso, fornisce informazioni alla donna/coppia riguardo la situazione clinica rilevata e il trattamento assistenziale/terapeutico mirato alla gestione clinica del caso.

6.8 La documentazione clinica

In cartella clinica sono tracciate le azioni correlate all'assistenza (azioni cliniche e terapeutiche) oltre alle informazioni relative al decorso della gravidanza, del travaglio e del parto.

Una check list verifica la completezza documentale della cartella clinica.

6.9 Formazione

La Direttrice di Dipartimento in collaborazione con i Referenti della Formazione del Dipartimento, propone un piano annuale in base ai bisogni formativi di tutto il Personale afferente all'Area Materno Infantile.

Il Piano Formativo Annuale comprende:

- Corsi periodici per la gestione delle emergenze ostetriche
- Corsi di formazione per triage ostetrico
- Pianificazione, programmazione e partecipazione ad eventi formativi specifici esterni alla ASL
- Audit inerenti la gestione di casi clinici rilevanti
- Incontri formativi per la diffusione di aggiornamenti su linee guida, protocolli e percorsi clinico assistenziali al fine di modificare il management assistenziale.

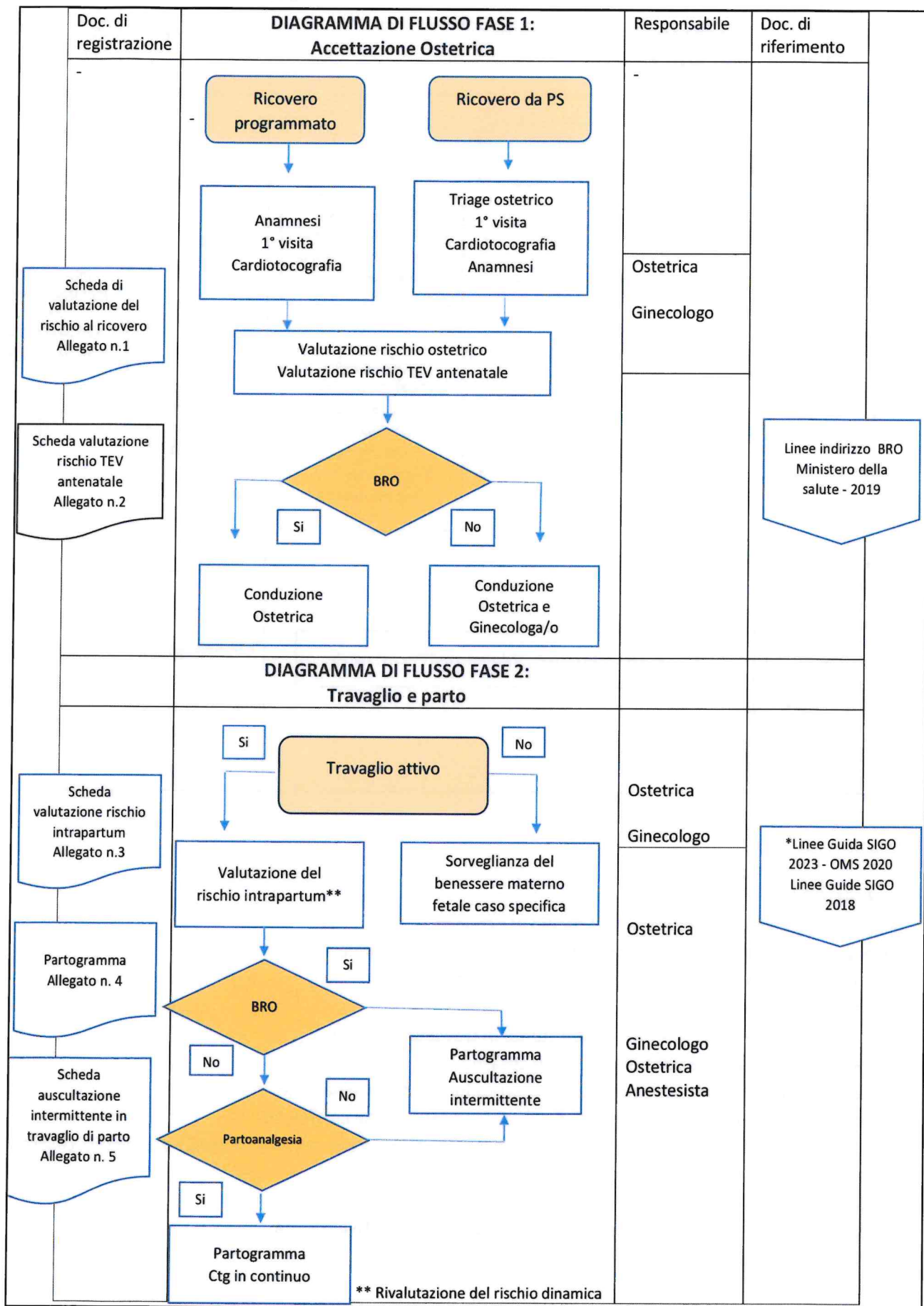
6.10 Segnalazione evento sentinella

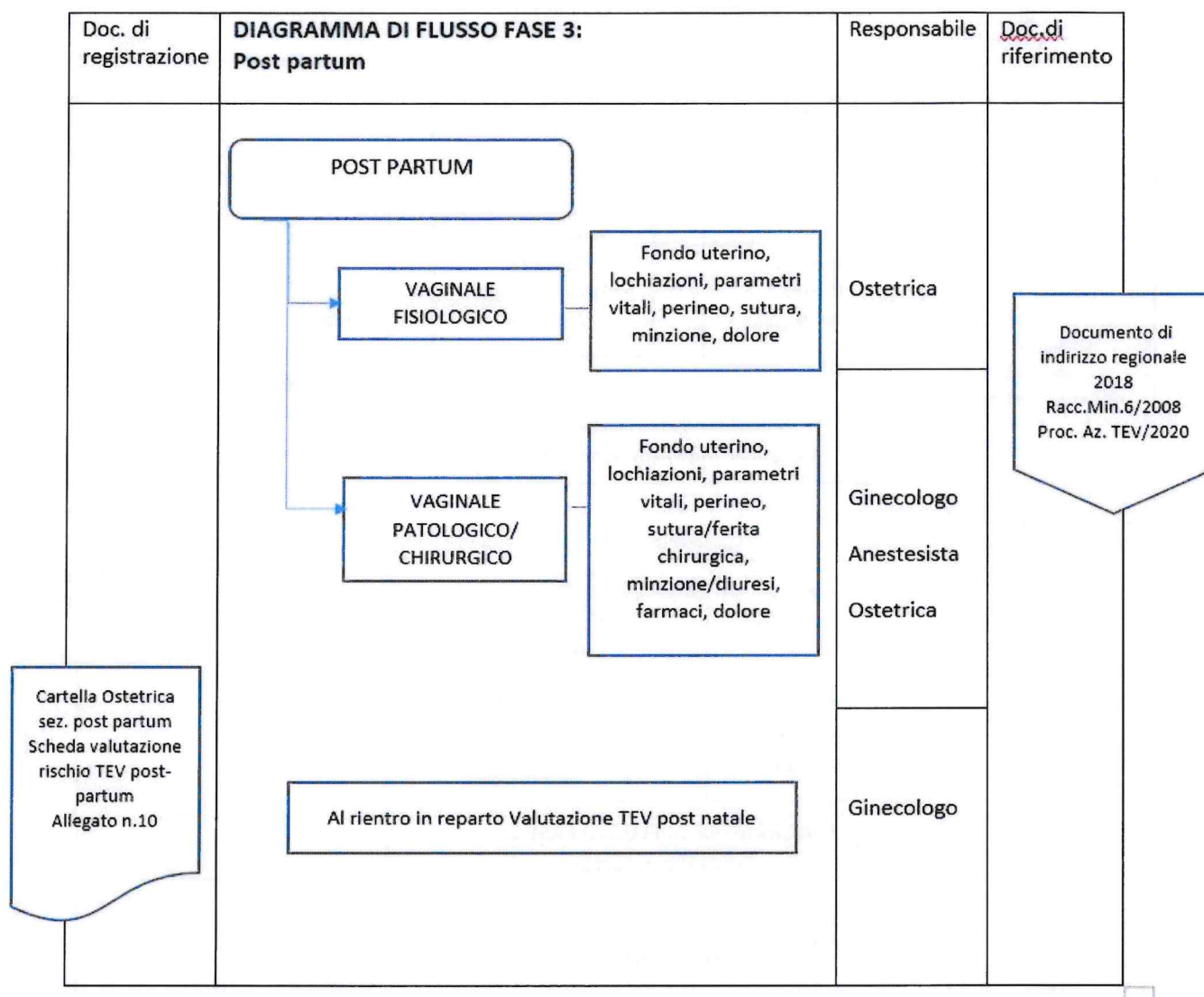
Secondo quanto previsto nella Procedura Aziendale "SPRM 07 Procedura per la gestione e comunicazione di Eventi Sentinella, Eventi Avversi, Near-Miss" (allegato 11), in ogni caso di morte materna, durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento, ma non da cause accidentali o fortuite, chiunque ne venga a conoscenza segnala l'evento alla Direzione Sanitaria di Presidio per gli atti di competenza e al Risk Manager.

Il Risk Manager attiva le indagini ritenute necessarie secondo lo Schema di AUDIT GRC MORTE MATERNA, (allegato 12) che rappresenta una guida per la conduzione di un Audit focalizzato sull'individuazione dei fattori contribuenti e alla predisposizione di un piano di miglioramento.

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 16 di 41
---	------------	--------------------------	------------------

6.11 DIAGRAMMA DI FLUSSO





7. ALLEGATI

- Allegato 1 - Scheda di valutazione del rischio al ricovero
- Allegato 2 - Scheda valutazione rischio tromboembolico antenatale
- Allegato 3 - Scheda di valutazione del rischio intrapartum
- Allegato 4 - Partogramma
- Allegato 5 - Scheda auscultazione intermittente in travaglio di parto
- Allegato 6 - Informativa e Consenso al taglio cesareo
- Allegato 7 - Consenso informato per taglio cesareo in autodeterminazione
- Allegato 8 - Informativa per il Travaglio di prova dopo taglio cesareo (TOLAC)
- Allegato 9 - Consenso informato al travaglio di prova dopo taglio cesareo (TOLAC) o al taglio cesareo ripetuto dopo precedente taglio cesareo
- Allegato 10 - Scheda valutazione rischio tromboembolico post-natale
- Allegato 11 - Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte Materna
- Allegato 12 - Schema Audit GRC Morte Materna

8. PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI

Per la verifica di applicazione della presente procedura si utilizzano i seguenti indicatori:

- N. schede valutazione del rischio ostetrico al ricovero/N. delle cartelle cliniche
- N. di audit clinici effettuati anche non conseguenti ad eventi avversi/audit evento sentinella;
- N. schede di valutazione del rischio al travaglio e partogramma correttamente compilate e conservate nella cartella clinica/totale 100 cartelle cliniche selezionate random

9. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

La presente procedura è disponibile in forma cartacea nelle UU.OO. coinvolte e tramite supporto informatico sul sito aziendale (intranet).

10. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

Le revisioni della presente procedura saranno effettuate in caso di modifica organizzativa e/o aggiornamento della normativa di riferimento e delle linee guida.

11. RIFERIMENTI

11.1 Riferimenti Interni

- “Profilassi del tromboembolismo venoso (TEV) nei pazienti candidati all'intervento chirurgico” PG_SQRM_09_2 rev. 01 del 01.07.2020 utilizzando a scheda valutazione rischio TEV in ostetricia
- “Procedura aziendale per la gestione delle ferite chirurgiche” PRO CCICA n.7 REV.0 del 27.11.2022
- “Procedura aziendale sull'uso degli antibiotici nella profilassi delle infezioni del sito chirurgico (PG SPRM 05) Procedura sull'uso degli antibiotici nella profilassi delle infezioni del sito chirurgico” Rev. IO del 05/ 10/2018)
- Scheda Integrata per il monitoraggio del dolore che fa riferimento (RTI 0068 rev.3 del 29.01.2016)
- “Procedura per il parto vaginale dopo taglio cesareo (VBAC) 4° PRO 05 rev.0 del 20.07.2021

11.2 Riferimenti Bibliografici

- Manuale di sala parto A.Valle, V.Merenghelli, S.Bottino, A.Zanini; ed.ermes 2008
- WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. World Health Organization 2009
- Emergenze Ostetriche Protocolli e Procedure C. Piscicelli, G. B. Serra 2009
- La rivista dell'ostetrica "Lucina" 1/2013
- Linee guida AIPE (Associazione Italiana Preeclampsia) 2013
- Linee guida gravidanza fisiologica SNLG-ISS (2023) e SMI
- Linee guida. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole SNLG-ISS 2016 e SMI
- Pescetto G, De Cecco L, Pecorari D, Ragni N, Ginecologia e ostetricia, volume 2: 1852
- SNLG Documento n. 20 - Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati (2011).
- Percorso nascita: Parto e puerperio - Assistenza al travaglio - Assistenza al parto a basso rischio. Regione Emilia Romagna (2008).
- 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).
- Primo apporto ItOSS Sorveglianza della mortalità Materna Istituto Superiore di Sanità gennaio 2019
- Monitoraggio carditocografico in travaglio. raccomandazioni della Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato SIGO, AOGOI, AGUI. Giugno 2018.

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: “Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 19 di 41
--	------------	--------------------------	------------------

- Raccomandazioni sulla cardiocografia ante partum Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato SIGO, AOGOI, AGUI. Ottobre 2021
- SIN. Standard organizzativi per l'assistenza perinatale. IdeaCpaEditore, 2021
- Caesarian birth NICE Guideline - March 2021, last updated January 2024 - www.nice.org.uk/guidance/ng192
- Manuale Regionale di Triage intraospedaliero modello Lazio a 5 codici (numerici/colore) SAN DCA U00379/2019 e Determinazione Regionale G.01369/2023 e SMI

11.3 Riferimenti Normativi

- D.M. 740/1994 — Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o.
- D.M. 739/1994 — Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere
- Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 07/09/2005 relativo al riconoscimento delle qualifiche professionali.
- D.Lgs. 06/1 1/2007, n. 206 Attuazione della Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.
- Codice deontologico Ostetrica (20 IO e sue successive integrazioni)
- Codice deontologico Infermiere (2019).
- Codice deontologico Medico (2014).
- DOCUMENTO TAS (Tavolo Allattamento al seno) MINISTERO DELLA SALUTE
- Ministero della Salute: Raccomandazione n. 6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto (2007).
- Regione Lazio. Documento regionale 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, 2018
- Ministero della Salute. Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO), 2017
- Regione Lombardia, Linee di indirizzo operativo per la definizione ed organizzazione della presa in carico da parte dell'Ostetrica/o nel Percorso Nascita Fisiologico *intraospedaliero* ai sensi della DGR 268/28.06.2018 Allegato 2 (Gestione Autonoma nel percorso nascita fisiologico, Aree Funzionali nel percorso nascita fisiologico), 2019

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 20 di 41
---	------------	--------------------------	------------------

Allegato 1 - Scheda di valutazione del rischio al ricovero**ASL ROMA 1****Dipartimento salute della donna e Fisiopatologia della Riproduzione**

Scheda di valutazione del rischio al ricovero			
Criteri di attribuzione al Modello Assistenziale Ostetrico	SI	NO	NOTE
Anamnesi medica materna positiva*			
Anamnesi ostetrica positiva**			
Anamnesi ostetrica positiva nell'attuale gravidanza***			
Età materna < 16 e > 45 anni #			
BMI pregravidico < 18 o > 35			
Epoca gestazionale < 37 e > 41 ⁺⁶ settimane			
PROM > 24 ore			
Liquido amniotico tinto di meconio			
Parità ≥ 4			
Travaglio indotto			
Alterazioni della crescita fetale durante la gravidanza attuale			
Alterazioni del volume del liquido amniotico (oligo/polidramnios)			
Pregressa isterotomia, presenza di malformazione uterina, presenza di fibromi uterini			
Cromosomopatie fetali o patologie malformative fetali			
Pregresse lacerazioni perineali di III o IV grado			
Altro _____ _____			
PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE			
Modello Assistenziale Ostetrico per la presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o	Tutte le risposte: NO		
Modello Assistenziale Ostetrico per la presa in carico da parte del Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia in condivisione con l'Ostetrica/o	Una o più risposte: SI		

Data e ora: _____

Firma/matricola/qualifica _____

Firma/matricola/qualifica _____

LEGENDA

*Patologie cardiovascolari, disordini ipertensivi, asma che ha richiesto un incremento del trattamento o un ricovero in ospedale, fibrosi cistica, emoglobinopatie, anemia falciforme, beta talassemia major, storia di disordini tromboembolici, porpora trombocitopenica o altri disordini piastrinici o conteggio piastrine inferiore a 100x10⁹/litro, malattia di Von Willebrand, disordini emorragici nella donna e nel feto, rischio di malattia emolitica del neonato, ipertiroidismo, ipotiroidismo non controllato che abbia richiesto un cambio o inizio terapia nell'ultimo mese di gravidanza, diabete pregestazionale, diabete gestazionale, epatite B/C e/o epatopatia con alterazione della funzionalità epatica, sieropositività da HIV, toxoplasmosi con trattamento farmacologico, infezione attiva di varicella, rosolia, herpes genitale, tubercolosi in trattamento farmacologico, lupus eritematoso sistemico, sclerodermia, nefropatia, epilessia, miastenia grave, precedente accidente cerebrovascolare, disturbi psichiatrici.

**Morte endouterina fetale, morte intrapartum, pregressa encefalopatia neonatale, pre-eclampsia, eclampsia, distacco di placenta, rottura d'utero, emorragia del postpartum, secondamento manuale, distocia di spalle.

***Gravidanza multipla, anomalie dell'inserzione placentare, pre-eclampsia e/o disordini ipertensivi, pPROM, emoglobina <8.5 g/dL, morte endouterina fetale, abuso di alcool e/o stupefacenti, diabete gestazionale, presentazione fetale non cefalica o cefalica non di vertice, episodi ricorrenti di perdite ematiche vaginali durante il secondo e terzo trimestre.

se età materna compresa tra 40 e 45 anni è raccomandata una valutazione individualizzata e, se necessaria, una consulenza prima dell'ammissione al Percorso Nascita Fisiologico.

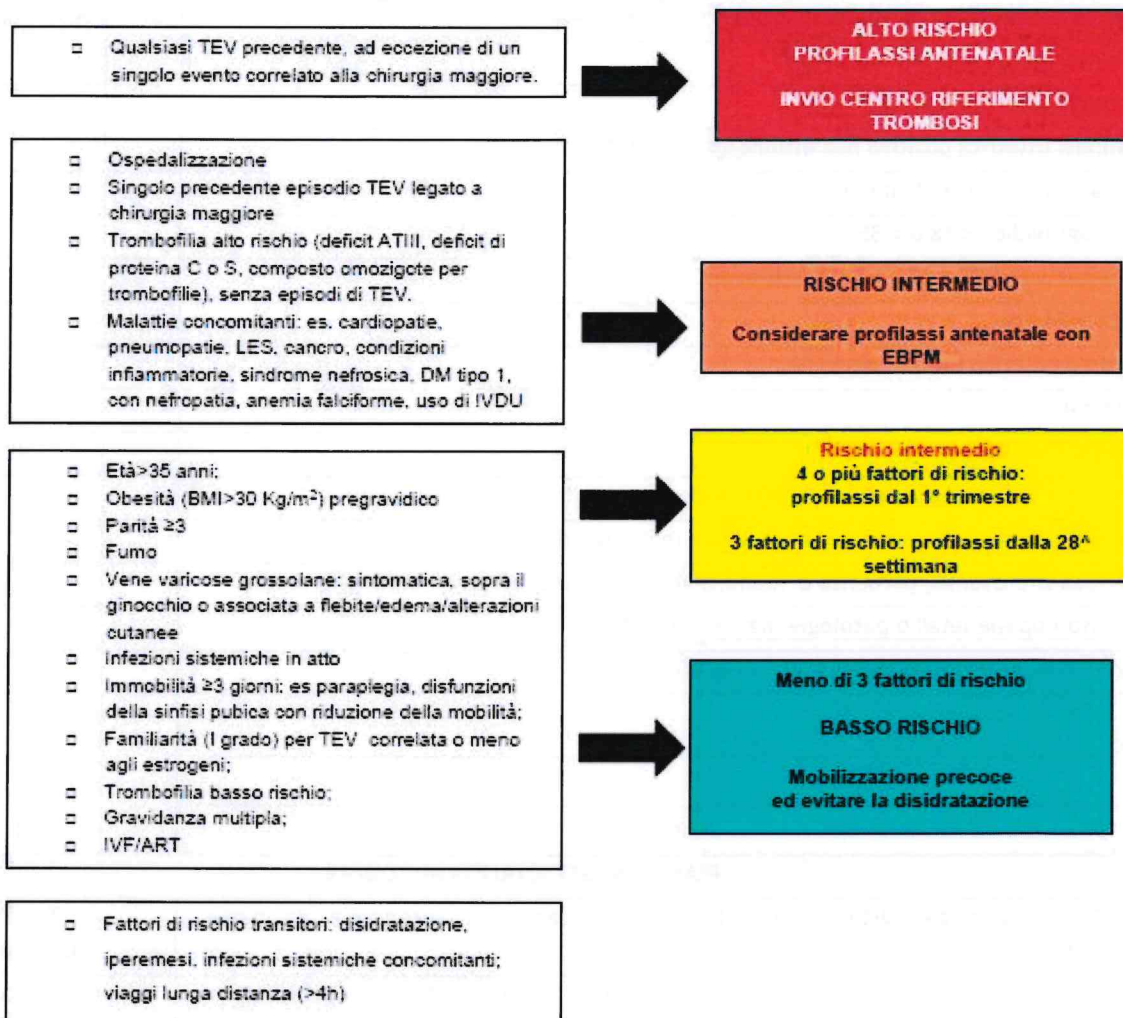
Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 21 di 41
---	------------	--------------------------	------------------

Allegato 2 - Scheda valutazione rischio tromboembolico antenatale

Paziente: _____

Data di nascita _____

VALUTAZIONE RISCHIO OSTETRICO: VALUTAZIONE ANTENATALE



Controindicazioni all'uso di EBPM _____

Valutazione del Rischio _____ Dott. _____ Data _____

Estese vene varicose = sintomatiche, sopra al ginocchio, o associate a flebite/edema o modificazioni cutanee. Trombofilia alto rischio = deficit ATIII, proteina C o S; omozigosi o combinazione di 2 o più eterozigosi di basso rischio; IVDU = uso di droghe endovena; Trombofilia a basso rischio = eterozigosi per F V Leiden o mutazioni G20210A protrombina

Allegato 3 - Scheda di valutazione del rischio intrapartum**ASL ROMA 1****Dipartimento salute della donna e Fisiopatologia della Riproduzione**

Scheda di valutazione del rischio intrapartum			
Criteri di attribuzione al Modello Assistenziale Ostetrico	SI	NO	NOTE
Alterazione dei parametri vitali materni			
Anomale perdite ematiche vaginali			
Comparsa di liquido amniotico tinto			
Modificazione della situazione o della posizione fetale			
Alterazione del battito cardiaco fetale all'auscultazione intermittente confermata da cardiotocografia*			
Alterata progressione del primo stadio del travaglio di parto			
Partoanalgesia			
Alterata progressione del secondo stadio del travaglio di parto			
Alterato terzo stadio del travaglio			
Impossibilità a garantire assistenza ostetrica 1:1			

*Se cardiotocografia normale per 20 min, prosegue l'auscultazione intermittente (Nice 2014)

**Se risolta la motivazione a tale impossibilità, prosegue assistenza con rapporto ostetrica donna 1:1.

PIANO ASSISTENZIALE INDIVIDUALE	
Modello Assistenziale Ostetrico per la presa in carico in autonomia da parte dell'Ostetrica/o	Tutte le risposte: NO
Modello Assistenziale Ostetrico per la presa in carico da parte del Medico Specialista in Ostetricia e Ginecologia in condivisione con l'Ostetrica/o	Una o più risposte: SI

Data e ora : _____

Firma/matricola/qualifica _____

Allegato 4 - Partogramma

Razionale

Nel febbraio 2018 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato una linea guida sull'assistenza ostetrica durante il travaglio e il parto. La guida e le raccomandazioni contenute si basano sul principio che, attraverso l'uso di pratiche efficaci per il travaglio e il parto e l'abbandono di pratiche inefficaci (e potenzialmente dannose) il personale sanitario può aiutare le donne a raggiungere i risultati fisici, emotivi e psicologici desiderati per loro stesse, i loro neonati e le loro famiglie. La Guida OMS per la Cura in Travaglio di parto del 2020 ha modificato il partogramma. La donna è posta al centro dell'assistenza ostetrica. Le scelte sono condivise con lei e con il personale ostetrico della sala parto.

L'aspetto innovativo della Guida OMS 2020 è la proposta di un nuovo strumento di lavoro e non una mera revisione o un aggiornamento dei precedenti partogrammi. Il partogramma proposto dalla Guida OMS 2020 ha riservato uno spazio all'esperienza della donna che è direttamente correlata agli interventi clinico-assistenziali; questo spazio a tutt'oggi manca dai partogrammi in uso nei luoghi del parto.

Gli obiettivi della Guida OMS 2020 sono molteplici: offrire uno strumento di guida per la sorveglianza e la documentazione del benessere di madre e feto per tutta la durata del travaglio; guidare il personale ostetrico nell'offrire sostegno e supporto durante il travaglio così da assicurare una esperienza positiva della nascita per le donne; assistere il personale ostetrico nella identificazione tempestiva delle complicanze e del travaglio distocico attraverso le soglie di attenzione per ogni parametro della Guida; prevenire la diagnosi non motivata di distocia e le procedure non utili; incoraggiare le azioni di audit e il miglioramento della qualità dell'assistenza ostetrica.

Nel maggio 2023 la Fondazione Confalonieri Ragonese su mandato Sigo, Agoi, Agui ha pubblicato un documento che ripercorre la storia del partogramma fino alla Guida OMS 2020.

<https://www.agoi.it/media/9061/19-partogramma-bozza-finale-min.pdf>

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 24 di 41
--	------------	--------------------------	------------------

Modello di partogramma

In allegato la traduzione in italiano della Guida OMS 2020. Nel testo della Fondazione Confalonieri Ragonese è disponibile la traduzione in italiano del manuale OMS per la compilazione

Guida OMS per la cura in travaglio di parto

Nome _____ Parità _____ Inizio del travaglio _____ Inizio fase attiva I stadio: Data _____

Rottura delle membrane: Data _____ Ora _____ Fattori di rischio: _____

		Orario												Durata		
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
		Fase attiva I stadio												II stadio		
Supporto	Presenza di fiducia	Yes														
	Sottoscuotore	No														
	Utilizzo orale	No														
	Posizione	Supina														
Feto	Deflexione di base	<120 >160														
	Deflexione laterale	Laterale														
	Equilibrio anatomico	Merito *** Sanguine														
	Posizione fetale	Posteriore Trasversale														
Donna	Capit	***														
	Modellamento	***														
	Pulse	<90 >120														
	PA sistolica	<90 >140														
Progressione del travaglio	PA diastolica	>90														
	Temperatura	<37.5 >37.5														
	Urina	Prutone *** Azione ***														
	Contrazioni per 10'	5-2 >5														
Terapia	Durata contrazione	<20 >60														
	Dilatazione	10 9 8 7 6 5														
	Diagnosi	-3 -2 -1 0 1 2														
	Trattamento	Distorsione (G/L) gocce/analgesia														
Decisioni condivise	Farmaco															
	Liquidi endovenosi															
	Valutazione															
	Pianificazione															
Siglia																

Segnare con una X la dilatazione cervicale in fase attiva. Segnare se il tempo di permanenza a una certa dilatazione supera il valore della colonna di allarme. Nel secondo stadio segnare con una F il momento in cui la donna avverte il premito.

Evidenziare con un cerchio le osservazioni che rientrano nei valori della colonna di attenzione, avvertire l'ostetrica anziana e il medico, registrare la valutazione globale e il percorso condiviso. Se il travaglio supera 12 ore iniziare un nuovo partogramma

Legenda per la compilazione del partogramma OMS 2020

Sezione 1: Informazioni identificative e caratteristiche del travaglio all'ingresso	
Rottura delle membrane (Data; Ora)	NN= Non noto
Sezione 2: Supporto	
Persona di fiducia	Si
	No
	ND = Non Desiderata
Sollevio dal dolore	Si
	No
	R = La donna rifiuta di ricevere sollevio dal dolore farmacologico e non.
	No
	R = Donna rifiuta
Posizione Materna	SP = Supina
	L = Libera

Sezione 3: Feto	
Decelerazioni	No
	P = Precoci
	T = Tardive
	V = Variabili
Liquido amniotico	I = Membrane Integre
	R = Membrane rotte, liquido chiaro
	M = Liquido tinto di meconio: registra +, ++ e +++ per indicare rispettivamente non significativo, medio e meconio spesso
	E = Liquido ematico
Posizione Fetale	A = Posizione occipito anteriore
	P = Posizione occipito posteriore
	T = Posizione occipito trasversa
Caput	0 (Non presente)
	+
	++
	+++ (Riscontrato)
Accavallamento ossa craniche	0 (Non presente)
	+
	++ (Suture Sovrapposte ma riducibili)
	+++ (Suture Sovrapposte non riducibili)
Sezione 4: Donna	
Urine	P – (No proteinuria)
	P Tracce (Tracce di proteinuria)
	P 1+
	P 2+
Acetone	P 3+
	A – (No acetonuria)
	A 1+
	A 2+
	A 3+
	A 4+
Sezione 5: Progressione del travaglio	
Non applicabile	
Sezione 6: Terapia Farmacologica	
Ossitocina	No
	Se "Si", indicare U/L e ml/min
Farmaci	No
	Se "Si", riportare nome, dose e via di somministrazione del farmaco
Fluidi EV	Si
	No
Sezione 7: Processo decisionale condiviso	
Non applicabile	

Allegato 5 – Scheda di auscultazione intermittente in travaglio di parto**ASL ROMA 1**

Dipartimento salute della donna e Fisiopatologia della Riproduzione

SCHEDE DI AUSCULTAZIONE INTERMITTENTE IN TRAVAGLIO DI PARTO

NOME E COGNOME: _____

DATA DI NASCITA: _____ DATA DI INIZIO TRAVAGLIO: _____

Orario	BCF	FCM	MAF	Contrazioni	Ostetrica
Note					

BCF: battito cardiaco fetale, FCM: frequenza cardiaca materna, MAF: movimenti fetali attivi

CONSENSO INFORMATO AL TAGLIO CESAREO

La sig.ra _____

nata a _____ il ____/____/____

Dichiara liberamente di essere stata informata dal Dr _____

in merito alla situazione che ha portato alla decisione di eseguire il taglio cesareo

Che verrà effettuato con modalità di ☐ elezione ☐ urgenza ☐ emergenza

Prima di sottoporLa al previsto taglio cesareo, Le chiediamo di leggere attentamente e di sottoscrivere questo documento. Se ritiene opportuno può chiedere al medico che La sta informando tutti i chiarimenti di cui ha bisogno.

Definizione

Per taglio cesareo si intende l'espletamento del parto per via addominale mediante una incisione sull'addome materno per estrarre il feto che può essere trasversale bassa, sopra il pube. o longitudinale, dal pube all'ombelico.

Prima dell'intervento si procederà a:

- Applicazione di catetere vescicale
- Eventuale somministrazione di profilassi antibiotica e antitrombotica
- Anestesia locoregionale (peridurale o subaracnoidea o spinale o tecniche miste) o generale

Dopo l'intervento:

- terapia infusionale nel corso della giornata, in casi particolari potrebbe essere prolungata su indicazione dei sanitari
- terapia antibiotica: non obbligatoria; in linea di massima si effettua una unica somministrazione prima dell'intervento
- si alza dopo poche ore dall'intervento
- è necessario, di norma, mantenere il catetere vescicale per alcune ore o fino al giorno successivo
- si può bere, con moderazione, già alcune ore dopo l'intervento e comunque sempre e solo dopo parere dei sanitari
- si può mangiare precocemente, sempre dopo parere dei sanitari
- la degenza in ospedale è di 48-72 ore dal momento dell'intervento.

Possibili complicazioni

Problematiche che si possono verificare **durante** l'intervento sono:

- **emorragie** che possono necessitare di trasfusioni di sangue o derivati del sangue e che in rari casi possono rendere necessaria e indispensabile la asportazione dell'utero
- lesioni agli organi vicini (per es. vescica, ureteri, intestino), che se evidenziate immediatamente vengono riparate in corso di intervento. Questo tipo di lesioni, e la loro riparazione, potrebbero portare in a un reintervento successivo. Il rischio che si verifichino questi danni è più elevato in caso di obesità, o pregressi interventi, o aderenze, o endometriosi o nel caso di intervento effettuato in fase avanzata di travaglio
- rare ma possibili, lesioni della pelle per contatto con sostanze allergiche o correnti elettriche
- rare ma possibili, piccole lesioni da taglio cutaneo al neonato che possono avvenire accidentalmente mentre si taglia il muscolo uterino con il bisturi per estrarre il bambino, che per lo più non necessitano di terapia o al più di un punto di sutura

Problematiche che si possono verificare **dopo** l'intervento sono:

- **alterazioni della funzione vescicale**, come difficoltà a urinare; nella gran parte dei casi il problema si risolve in alcuni giorni
- **emorragie tardive** che in genere possono comparire entro due dall'intervento, ma in alcuni casi anche alcuni giorni dopo; potrebbe essere anche necessario un altro intervento (come il cosiddetto "raschiamento" uterino, la riapertura della ferita etc) o cure mediche a seconda della problematica che le ha provocate
- **infezioni** (per es. vescicali, uterine, polmonari) che sono per lo più ben controllabili con terapia medica
- **infezione delle suture** dell'addome, con possibilità di guarigioni rallentate o formazione di ascessi o fistole che, in rari casi, possono necessitare di un successivo intervento riparativo
- **deiscenza** (apertura) della sutura muscolare e cutanea dell'addome da alterazioni dell'acidificazione
- **flebiti e tromboflebiti**, specialmente alle gambe, che, in casi molto rari, possono provocare embolie
- **occlusione intestinale**, dovuta per lo più ad aderenze (cicatrici interne) che può essere trattata con terapia medica o necessitare di un reintervento
- **cicatrice esteticamente non bella.**
- Aumentato rischio di problemi di adattamento neonatale rispetto al travaglio ed al parto vaginale
- Aumento significativo di complicanze delle **gravidanze successive** per:
 - anomalie di impianto e di formazione della placenta (abnorme aderenza placentare), che può determinare in gravidanze successive aumentato rischio di emorragia intrapartum e di necessità di isterectomia, con perdita della capacità procreativa della donna.
 - anomalie di impianto ad alto rischio di abortività spontanea o provocata per salvaguardare la vita della donna (gravidanze a impianto sulla cicatrice del/i precedente/i tagli cesarei)
 - Aumento significativo del rischio chirurgico di eventuali futuri interventi chirurgici pelvici, per presenza di aderenze tra l'utero, la parte addominale e gli altri organi addominopelvici (intestino, vescica, omento, ecc) .
 - Aumento della mortalità materna, (1 su 7000), rispetto al parto vaginale.

La richiesta di sottoscrivere questo documento, naturalmente, non serve per escludere la responsabilità dei curanti, ma solo per documentare che Lei è stata informata dei rischi prima di essere operata e che, pertanto, di questi rischi Lei è oggi consapevole.

Da parte di tutto il personale medico vi è, ovviamente, l'impegno di svolgere il proprio lavoro con professionalità, perizia e prudenza.

Alla luce di quanto sopra esposto la invitiamo a sottoscrivere le forme di assenso o di non assenso che per Lei ritiene più opportune.

La mia firma attesta che:

- Ho letto e compreso questo consenso e ho avuto tutte le spiegazioni che ho richiesto con ampia opportunità di porre domande dai medici
- Mi è stato spiegato in modo esauriente l'intervento previsto, compresi i possibili rischi
- Ho capito i rischi potenziali e sono d'accordo con quanto verrà effettuato

Accetto quindi la decisione del medico di eseguire un taglio cesareo per le motivazioni sopra indicate, consapevole dei rischi comunque possibili dando la mia autorizzazione e consenso a essere sottoposta all'intervento di taglio cesareo

Firma Paziente _____

Firma del Medico _____

Il tutore/esercente potestà/mediatore culturale _____

Data _____

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 29 di 41
--	------------	--------------------------	------------------

Allegato 7 – Consenso informato per taglio cesareo in autodeterminazione

ASL ROMA 1

Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione

CONSENSO INFORMATO PER TAGLIO CESAREO IN AUTODETERMINAZIONE

(APPROVATO DAL CONSIGLIO DIRETTIVO A.O.G.O.I. IN DATA 19/01/2016)

Gentile Sig.ra _____,

per una obiettiva e chiara informazione relativa all'intervento chirurgico di taglio cesareo elettivo, la invitiamo a leggere attentamente e sottoscrivere questo documento di consenso informato.

Nel Suo caso, l'intervento da Lei richiesto è quello di taglio cesareo di elezione (programmato in anticipo) per autodeterminazione a partorire con T.C. ☐

Premesso che secondo il sistema nazionale per le linee guida: *"I professionisti sanitari devono esplicitare i potenziali benefici e danni del taglio cesareo rispetto al parto vaginale, discutere approfonditamente con la donna le motivazioni di tale richiesta e documentare l'intero percorso decisionale nella cartella clinica."* Omissis *"In assenza di un'appropriata indicazione clinica, il medico ha diritto di rifiutare una richiesta di taglio cesareo programmato. In ogni caso, alla donna deve essere garantita l'opportunità di accedere ad un secondo parere."*

Premesso che secondo l'approvazione dei "percorsi diagnostico terapeutici, in ambito ostetrico" ai sensi della D.G.R n° VII/8078 del 18.02.2002 – Regione Lombardia: *"La paziente che richiede un taglio cesareo va informata nel modo più corretto sui rischi e benefici dello stesso. Vanno analizzate le motivazioni che inducono la donna a tale richiesta, spesso espressione di irrazionali timori del parto o del post parto. A fronte di una riconferma della richiesta di taglio cesareo da parte della donna, riteniamo che il medico debba dare la propria disponibilità a soddisfare la richiesta stessa"*. Omissis *"È probabilmente più opportuno classificare questi tagli cesarei come "TC su richiesta materna"*.

Premesso che dalle "Indicazioni per la riduzione della incidenza del taglio cesareo in Regione Campania – Deliberazione n°118 del 02.02.2005 B.U.R.C. n°20 del 11.04.2005.

"Si pone attenzione al conflitto tra la ineludibilità del diritto alla autodeterminazione della donna e la speculare necessità di rispetto dell'indipendenza dell'atto medico" Omissis *"L'eventuale accoglienza della richiesta materna al taglio cesareo, necessita, in questo caso in modo cogente, di uno specifico consenso informato, dal quale si evidenzia con chiarezza l'assenza di indicazioni strettamente cliniche e le informazioni data su tale assenza: esso deve prevedere espressamente anche il richiamo ai tassi di complicanze peri e post operatorie del taglio cesareo"*.

Il taglio cesareo è un intervento chirurgico che comporta alcuni inconvenienti non del tutto evitabili:

dolore addomino-pelvico per i primi giorni, necessità del catetere vescicale per 24-48 ore, ridotta motilità intestinale con successiva ripresa (canalizzazione) entro circa 1-3 gg. Così come il parto vaginale, anche il parto mediante taglio cesareo è seguito da perdite di sangue dalla vagina per lo più modeste per circa 20 giorni (lochiazioni). In genere, si prevede una degenza di circa 3-5 giorni dopo l'intervento, ed una convalescenza di altri 10 giorni.

Come qualsiasi intervento chirurgico, anche il taglio cesareo comporta qualche rischio e qualche imprevisto.

I più frequenti sono:

- Complicanze legate all'anestesia;
- Perdite ematiche di quantità superiore al previsto;
- Episodi febbrili da possibili infezioni;
- Flebiti e tromboflebiti favorite dal danno vascolare prodotto dall'intervento stesso e dal forzato riposo a letto; di solito si risolvono senza grossi problemi, anche se, in casi molto rari, si possono avere ulteriori complicazioni (episodi di embolia polmonare o cerebrale);
- Ritardi della canalizzazione intestinale, come in qualsiasi intervento in cui si apra la cavità addominale, dovute a transitorie paralisi della muscolatura intestinale o ad aderenze, zone in cui le anse intestinali, dopo l'intervento,

aderiscono le une alle altre. Questa evenienza, se pur rara dopo il taglio cesareo, può, in casi estremi bloccare la funzione intestinale: in una percentuale di 1 su 1000 può rendersi necessario un secondo intervento chirurgico per sbrigliare le anse;

- Ritardi nella ripresa della funzione urinaria dopo la rimozione del catetere: in genere ciò è dovuto alla difficoltà a riprendere il coordinamento dei piccoli muscoli che la regolano;
- Anomalie della guarigione della cicatrice cutanea (retratta od esuberante). Questo può verificarsi a prescindere dell'accuratezza della sutura dei piani cutanei, per fenomeni cicatriziali che determinano una reazione dei tessuti cutanei o per un'esagerata reattività dei tessuti che appaiono esuberanti: cheloidi.
- Lesioni accidentali della vescica (1 su 3000), e più raramente degli ureteri o degli altri visceri addomino-pelvici (intestino, omento, ecc);
- Aumentato rischio di disadattamento neonatale rispetto al travaglio ed al parto vaginale;
- Aumento significativo di complicanze delle gravidanze successive per anomalie di impianto e di formazione della placenta (abnorme aderenza placentare), che può determinare in gravidanze successive aumentato rischio di emorragia intrapartum e di necessità di isterectomia, con perdita della capacità procreativa della donna;
- Aumento significativo del rischio chirurgico di eventuali futuri interventi chirurgici pelvici, per il residuo di sintomi aderenziali tra l'utero, la parte addominale e gli altri organi addominopelvici (intestino, vescica, omento, ecc);
- Aumento della mortalità materna, (1 su 7000) rispetto al parto vaginale;
- Alla luce di tutto ciò e del fatto che l'esecuzione del primo taglio cesareo comporta in una rilevante percentuale dei casi la scelta della stessa via anche nelle successive gravidanze, è assolutamente necessario bilanciare accuratamente la rilevanza clinica delle indicazioni al taglio cesareo ed i rischi derivanti da questa scelta;
- Ove le motivazioni al taglio cesareo fossero solo espressione del Suo diritto all'autodeterminazione, o soprattutto della Sua volontà per evitare un parto vaginale per paura o per altri fattori psicologici, o per rifiuto di un parto di prova in un caso di pregresso taglio cesareo, la Sua scelta deve essere consapevole dei possibili rischi maggiori;
- Per l'insieme dei rischi che comunque possono prevedersi in tutti questi casi, sia nell'eseguire che nel negare un taglio cesareo, è necessario che la decisione di assenso o di dissenso porti la Sua firma a documentazione di questo momento di reciproca comunicazione ed accordo;

Alla luce di quanto sopra esposto dichiaro di aver richiesto io stessa di partorire con taglio cesareo elettivo indicando il mio diritto all'auto-determinazione e pur essendo stata edotta dei rischi specifici dell'intervento chirurgico.

Data _____ ora _____

Firma leggibile della paziente _____

Firma leggibile del medico _____

**INFORMATIVA per il TRAVAGLIO DI PROVA
dopo TAGLIO CESAREO (VBAC)**

Roma li, ____/____/____

Gentile Signora _____

Lei è stata sottoposta in una precedente gravidanza ad un taglio cesareo (TC), ed ha espresso al personale Ostetrico del nostro punto nascita il desiderio di partorire per via vaginale al termine della sua attuale gravidanza. La condizione di pregresso taglio cesareo, pur comportando un lieve aumento del rischio di rottura d'utero, non costituisce una controindicazione assoluta ad un travaglio finalizzato al parto vaginale definito in letteratura "travaglio di prova".

Riteniamo pertanto corretto fornirle una serie di informazioni relative a questa condizione, desumibili dalla letteratura e dalle Linee Guida delle principali Società di Ostetricia e Ginecologia internazionali, affinché Lei abbia tutti gli strumenti per poter scegliere l'orientamento e le modalità del suo parto.

Queste informazioni sono sintetizzate di seguito ed è possibile ottenere ogni ulteriore chiarimento da parte del personale Medico/Ostetrico che la sta accompagnando nel suo percorso di gravidanza.

Il fine di questa informazione è quello di metterla al corrente delle possibilità di espletare un parto per via vaginale nelle condizioni di massima sicurezza possibile per la sua salute e per quella del suo nascituro.

Svantaggi del taglio cesareo ripetuto

Espletare un parto mediante taglio cesareo dopo un precedente cesareo non è privo di rischi e di svantaggi, che possono essere così riassunti:

- Intervento chirurgico più lungo e talvolta più difficile: a causa dei tessuti cicatriziali un taglio cesareo ripetuto in genere dura di più, può essere più difficile, e seppur raramente, si possono verificare danni all'intestino o alla vescica.
- Maggiori possibilità di incidenti vascolari di tipo tromboembolico (0,4 per 1000 nel parto vaginale e 1 per 1000 nel TC ripetuto).
- Ripresa fisica più lenta rispetto al parto vaginale: la degenza in ospedale può essere più lunga e può rendersi necessario un aiuto al rientro a domicilio.
- Necessità di ulteriori tagli cesarei in gravidanze successive. Inoltre ad ogni taglio cesareo si forma sempre più tessuto cicatriziale e questo aumenta la possibilità che la placenta si sviluppi troppo in basso (placenta previa) o all'interno del muscolo uterino rendendone la separazione, al momento del cesareo, molto difficoltosa (placenta accreta). Quest'ultima complicazione, che aumenta con l'aumento del numero di cesarei e dell'età materna, può determinare notevoli perdite di sangue e rendere necessaria l'asportazione dell'utero (Isterectomia). Il rischio di placenta previa, che di base è di circa 0.3-1 per 100 gravidanze, raddoppia dopo un taglio cesareo e quadruplica dopo 2 tagli cesarei (fino a 4 casi per 100

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 13 di 20
---	------------	----------------------	---------------

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 32 di 41
---	------------	--------------------------	------------------

gravidanze). La grave patologia della placenta accreta, che di base è di circa 0.5-1 per 1000 gravidanze, aumenta notevolmente dopo 2 tagli cesarei a circa 1%.

- Maggior rischio di gravidanza ectopica sulla pregressa cicatrice del taglio cesareo nelle gravidanze successive (rischio stimato di 1 su 1800 gravidanze con pregresso Taglio Cesareo).
- Lieve incremento del rischio di morbidità respiratoria neonatale se il TC ripetuto viene effettuato prima delle 39 settimane gestazionali (39+0).

Vantaggi del parto per via vaginale

Per contro i vantaggi di un parto espletato per via vaginale senza complicazioni sono i seguenti:

- Evento nascita più fisiologico e naturale e più soddisfacente per la mamma.
- Maggiori probabilità di parti non complicati nelle future gravidanze.
- Minor dolore addominale dopo il parto.
- Ripresa fisica più rapida e minor durata della degenza ospedaliera.
- Vicinanza continua mamma-bambino e miglior adattamento post-natale.
- Possibilità per il partner di partecipare al parto vaginale e di assistere all'evento nascita.

Svantaggi del parto per via vaginale

Il timore principale durante un travaglio di parto in una paziente che è stata sottoposta a precedente taglio cesareo è quello di una possibile rottura d'utero che, negli studi disponibili in letteratura, si presenta con una frequenza dello 0.3-0.8%, nei casi di incisione trasversa sul segmento inferiore del pregresso TC.

È corretto dire che questo evento può verificarsi anche durante parti vaginali senza pregressi TC, ed in questo caso la frequenza descritta è di 1-2 casi su mille.

Il rischio di morte fetale è estremamente basso, tuttavia viene stimato superiore nelle donne che affrontano un travaglio di prova (circa 10 su 10000 parti) rispetto a quelle sottoposte a Taglio Cesareo elettivo (circa 1 su 10000 parti), probabilmente perché la prosecuzione della gravidanza oltre la 40 settimana nei casi di travaglio di prova, espone il feto a rischio di morte endouterina non sempre prevedibile.

Vantaggi del Taglio Cesareo ripetuto

- Conoscere con buona probabilità la data esatta del parto
- Minor rischio di rottura d'utero
- Minor rischio di asfissia perinatale (ridotta ossigenazione cerebrale durante il parto), presenti in 1 un caso su 2000 nei nati per via vaginale
- Minor rischio della distocia delle spalle e possibile lesione del plesso brachiale (paralisi del braccio), segnalato in circa 1 caso su 600 nati per via vaginale contro 1 caso su 3000 nati con taglio cesareo

Controindicazioni al parto per via vaginale

In qualche caso la scelta di espletare un taglio cesareo è da considerarsi la più sicura. In particolare, nei seguenti casi:

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 14 di 20
---	------------	----------------------	---------------

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: “Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 33 di 41
---	------------	--------------------------	------------------

- gravidanze). La grave patologia della placenta accreta, che di base è di circa 0.5-1 per 1000 gravidanze, aumenta notevolmente dopo 2 tagli cesarei a circa 1%.
- Maggior rischio di gravidanza ectopica sulla pregressa cicatrice del taglio cesareo nelle gravidanze successive (rischio stimato di 1 su 1800 gravidanze con pregresso Taglio Cesareo).
 - Lieve incremento del rischio di morbidità respiratoria neonatale se il TC ripetuto viene effettuato prima delle 39 settimane gestazionali (39+0).

Vantaggi del parto per via vaginale

Per contro i vantaggi di un parto espletato per via vaginale senza complicazioni sono i seguenti:

- Evento nascita più fisiologico e naturale e più soddisfacente per la mamma.
- Maggiori probabilità di parti non complicati nelle future gravidanze.
- Minor dolore addominale dopo il parto.
- Ripresa fisica più rapida e minor durata della degenza ospedaliera.
- Vicinanza continua mamma-bambino e miglior adattamento post-natale.
- Possibilità per il partner di partecipare al parto vaginale e di assistere all'evento nascita.

Svantaggi del parto per via vaginale

Il timore principale durante un travaglio di parto in una paziente che è stata sottoposta a precedente taglio cesareo è quello di una possibile rottura d'utero che, negli studi disponibili in letteratura, si presenta con una frequenza dello 0.3-0.8%, nei casi di incisione trasversa sul segmento inferiore del pregresso TC.

È corretto dire che questo evento può verificarsi anche durante parti vaginali senza pregressi TC, ed in questo caso la frequenza descritta è di 1-2 casi su mille.

Il rischio di morte fetale è estremamente basso, tuttavia viene stimato superiore nelle donne che affrontano un travaglio di prova (circa 10 su 10000 parti) rispetto a quelle sottoposte a Taglio Cesareo elettivo (circa 1 su 10000 parti), probabilmente perché la prosecuzione della gravidanza oltre la 40 settimana nei casi di travaglio di prova, espone il feto a rischio di morte endouterina non sempre prevedibile.

Vantaggi del Taglio Cesareo ripetuto

- Conoscere con buona probabilità la data esatta del parto
- Minor rischio di rottura d'utero
- Minor rischio di asfissia perinatale (ridotta ossigenazione cerebrale durante il parto), presenti in 1 un caso su 2000 nei nati per via vaginale
- Minor rischio della distocia delle spalle e possibile lesione del plesso brachiale (paralisi del braccio), segnalato in circa 1 caso su 600 nati per via vaginale contro 1 caso su 3000 nati con taglio cesareo

Controindicazioni al parto per via vaginale

In qualche caso la scelta di espletare un taglio cesareo è da considerarsi la più sicura. In particolare, nei seguenti casi:

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 14 di 20
---	------------	----------------------	---------------

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: “Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 34 di 41
---	------------	--------------------------	------------------

- Paziente che sia già stata sottoposta a 2 (o più) tagli cesarei (rischio di rottura d'utero triplicato)
- Pregressa rottura d'utero in corso di precedente travaglio
- Pregressa incisione non trasversale sull'utero (per TC, miomectomia o altro)
- Qualsiasi complicanza o patologia della gravidanza che rappresenti una nuova indicazione al taglio cesareo

Condizioni che aumentano le probabilità di successo del travaglio di prova:

- Età inferiore ai 40 anni
- Precedente parto per via vaginale (ancor più se il precedente parto per via vaginale è avvenuto dopo un pregresso taglio cesareo)
- Presenza di condizioni favorevoli della dilatazione della cervice uterina
- Non ricorrenza dell'indicazione clinica al precedente taglio cesareo
- Travaglio di parto insorto spontaneamente

Condizioni che riducono le probabilità di successo del travaglio di prova:

- Epoca gestazionale superiore a 40 settimane (40+0) periodo in cui verranno effettuati controlli clinici ravvicinati per la valutazione del benessere materno-fetale
- In caso di peso neonatale stimato superiore a 4000 gr, si valuterà l'opportunità o meno di affrontare il travaglio di prova (visita ostetrica, peso e altezza materna, condizioni metaboliche materne, esami ecografici precedenti)
- Parto indotto o pilotato
- Gravidanza plurima

Intervallo di tempo dal precedente taglio cesareo

Un dato che ricorre in letteratura indica una maggior frequenza di rottura d'utero quando il travaglio di prova si realizza in epoca vicina al taglio cesareo ovvero entro i 12-18 mesi dallo stesso.

Induzione del Travaglio

È possibile dopo un pregresso taglio cesareo indurre, ove necessario, il travaglio con ossitocina; tuttavia poiché questa procedura comporta un lieve ulteriore aumento del rischio di rottura dell'utero (quantificabile in una probabilità circa 3 volte superiore ai dati sopra descritti), di norma si preferisce non ricorrervi. Si preferisce invece, in casi selezionati, indurre il travaglio, ove necessario, con un mezzo meccanico che favorisca la dilatazione cervicale e l'innescare delle contrazioni uterine (balloon endocervicale).

Uso dell'ossitocina in travaglio "Augmentation" ossitocica

È possibile in corso di travaglio dopo pregresso taglio cesareo somministrare ossitocina per aumentare o regolarizzare l'attività contrattile uterina.

Anche tale pratica comporta un lieve aumento del rischio di rottura d'utero, ma può essere necessaria soprattutto quando si attua analgesia in travaglio.

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 15 di 20
---	------------	----------------------	---------------

Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: "Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 35 di 41
---	------------	--------------------------	------------------

Parto-Analgesia, Pratiche Ostetriche e Monitoraggio Fetale

Non esistono controindicazioni specifiche per l'attuazione di un'analgesia in travaglio di parto dopo pregresso taglio cesareo (a meno che non siano presenti controindicazioni per questa terapia antalgica).

Per aumentare la sicurezza ed affrontare con maggior tempestività eventuali complicanze emorragiche durante e dopo il parto è opportuno:

- Effettuare un prelievo per il gruppo sanguigno presso i nostri Centri trasfusionali in gravidanza.
- Prima o al momento del ricovero eseguire un Type & screen (tipizzazione e screening anticorpale) al fine di accelerare la fornitura di sangue da parte del centro emotrasfusionale qualora se ne rendesse necessario.
- Ad inizio travaglio applicare un'agocannula per poter somministrare più rapidamente liquidi e farmaci qualora si rendessero necessari.
- In corso di travaglio mantenere un monitoraggio cardiotocografico continuo.

Parto Vaginale Operativo

È possibile che in corso di travaglio di parto dopo pregresso taglio cesareo, per agevolare periodo espulsivo ed evitare prolungate spinte materne, possa rendersi utile l'uso di ventosa ostetrica.

Note aggiuntive

Da firmare quando si riceve l'informazione e si valuta la possibilità del parto vaginale

Queste informazioni sono state fornite, discusse e rilasciate alla gestante dal Dott./Dott.ssa

in data ____/____/____

Ad oggi è stata valutata la presenza di condizioni che consentono di provare un parto vaginale. Tali condizioni verranno rivalutate nel corso della gravidanza e al momento del parto.

La gestante

Il ginecologo

Il testimone

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 16 di 20
---	------------	----------------------	---------------

CONSENSO INFORMATO
al TRAVAGLIO di PROVA dopo TAGLIO CESAREO (VBAC)
o al TAGLIO CESAREO RIPETUTO
dopo precedente TAGLIO CESAREO

Roma li, ____/____/____

Io sottoscritta

già sottoposta a un taglio cesareo in una mia precedente gravidanza, sono stata informata sulle eventuali complicanze che possono insorgere nell'espletare il parto per via vaginale, nonché sui rischi e benefici che derivano dal ripetere un taglio cesareo.

Pertanto:

- ☐ Chiedo di affrontare un travaglio di prova al fine di partorire per via vaginale e acconsento alle decisioni ostetriche e chirurgiche che si rendessero necessarie (applicazione di ventosa ostetrica, taglio cesareo in urgenza, trasfusione di sangue, isterectomia)
- ☐ Non sono intenzionata a provare un parto per via vaginale e chiedo pertanto di essere sottoposta a taglio cesareo ripetuto

Firma della paziente

Firma del medico

Procedura per il Parto Vaginale dopo Taglio Cesareo (VBAC – Vaginal Birth After Cesarean section)	4 A PRO 05	Rev.0 del 20/07/2021	Pag. 17 di 20
---	------------	----------------------	---------------

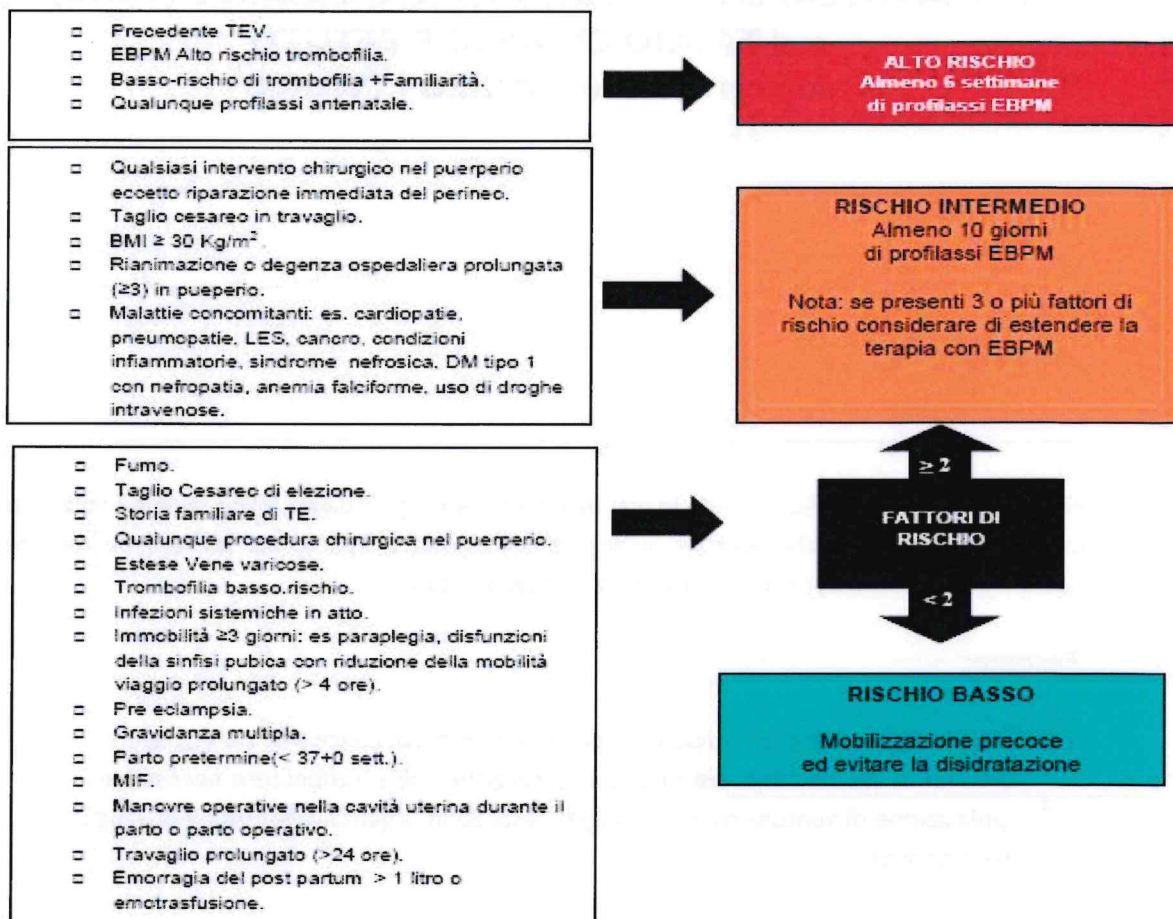
Raccomandazione n. 6 del Ministero della Salute: “Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”	4 A PRO 03	Rev. 2 del 28/09/2024	Pag. 37 di 41
---	------------	--------------------------	------------------

Allegato 10 - Scheda valutazione rischio tromboembolico post-natale

Tromboprofilassi ostetrica valutazione del rischio e management POST-NATALE (da fare in sala parto)

Paziente: _____

Data di nascita _____



Controindicazioni all'uso di EBPM _____

Valutazione del Rischio _____ Dott. _____ Data _____

Dosi profilattiche antenatali e postnatali EBPM

- ➡ Peso < 50 kg = 20 mg enoxaparin/2500 units dalteparin
- Peso 50–90 kg = 40 mg enoxaparin/5000 units dalteparin
- ➡ Peso 91–130 kg = 60 mg enoxaparin/7500 units dalteparin
- Peso 131–170 kg = 80 mg enoxaparin/ 10000 units dalteparin
- Peso > 170 kg = 0.6 mg/kg/day enoxaparin/ 75 u/kg/day dalteparin

Allegato 11: Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte Materna

Numero SDO o RPS (se disponibile)			
Anno di nascita		Nazionalità	
Precedenti gravidanze (se noto)			
Data del decesso (GG/MM/AAAA)	__ / __ / __	Ora del decesso (HH:MM)	__ : __
Eventuali patologie note e/o condizioni di rischio preesistenti:			
TIMING DELL'EVENTO			
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto durante la gravidanza. Età gestazionale del feto (settimane): n. _____			
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto durante o a seguito di parto, aborto spontaneo, IVG o gravidanza ectopica. Età gestazionale del feto (settimane): n. _____			
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto in puerperio o dopo la dimissione. Numero di giorni trascorsi tra l'esito gravidanza e il decesso: n. _____			
LUOGO DELL'EVENTO			
<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso		<input type="checkbox"/> Sala Parto	
<input type="checkbox"/> UO Ostetricia		<input type="checkbox"/> Sala Operatoria	
<input type="checkbox"/> UO Terapia Intensiva/Rianimazione		<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
CRONOLOGIA DELL'EVENTO (Indicare in maniera sintetica la sequenza dei fatti)			
DOCUMENTAZIONE ALLEGATA			
<input type="checkbox"/> Relazioni degli operatori coinvolti		<input type="checkbox"/> Documentazione clinico-assistenziale	
<input type="checkbox"/> Documentazione sottoposta a sequestro		<input type="checkbox"/> Nessuna	
CAUSA DEL DECESSO COME RIPORTATA NEL CERTIFICATO DI MORTE			
<input type="checkbox"/> Richiesto riscontro autoptico		<input type="checkbox"/> Richiesto esame anatomopatologico della placenta o del materiale deciduo-placentare intrauterino	

Allegato 12 - Schema Audit GRC Morte Materna

SEZIONE A – DATI DELLA PAZIENTE			
Numero SDO o RPS (se disponibile)			
Anno di nascita		Nazionalità	
Precedenti gravidanze (se noto)			
Data del decesso (GG/MM/AAAA)	__ / __ / __	Ora del decesso (HH:MM)	__ : __

SEZIONE B – CHECK DEI REQUISITI DI BASE DELLE FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE	
1. Vi è evidenza del triage ostetrico? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
2. È documentata l'attribuzione della classe di rischio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
3. La gestione dell'esame cardiotocografico è formalmente esplicitata e standardizzata? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
4. Il partogramma è compilato correttamente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
5. È documentato il monitoraggio post-partum? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:

SEZIONE C – CAUSE DIRETTE DELLA MORTE	
<input type="checkbox"/> Patologia trombotica/embolica	<input type="checkbox"/> Sepsi
<input type="checkbox"/> Emorragia ostetrica grave	<input type="checkbox"/> Pre-eclampsia e/o HELLP syndrome
<input type="checkbox"/> Problemi psichiatrici e/o sociali	<input type="checkbox"/> Altre cause ostetriche, mediche o chirurgiche (specificare nelle note)
Note:	

SEZIONE D – ANALISI CRONOLOGICA

In questa sezione occorre costruire la linea temporale di successione degli eventi che hanno condotto alla morte materna, individuando per ogni fase i fattori contribuenti emersi dall'analisi e le azioni di miglioramento protettive e/o preventive individuate. Il gruppo di lavoro può scegliere una fra le tante tassonomie dei fattori contribuenti disponibili in letteratura, a patto che vengano analizzate tutte le seguenti categorie di fattori: (1) strutturali; (2) tecnologici; (3) organizzativi; (4) legati al personale; (5) legati al paziente

Successione degli eventi	Fattori contribuenti individuati	Azioni di miglioramento

Note:

SEZIONE E – CONCLUSIONI

