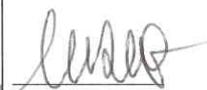
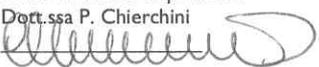
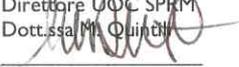
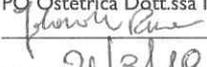


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. I di 34

## INDICE

1.	PREMESSA	2
2.	OBIETTIVI	3
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	3
4.	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI	3
5.	RESPONSABILITÀ	4
6.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DIAGRAMMA DI FLUSSO	4
7.	ALLEGATI	17
8.	PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI	18
9.	RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA	18
10.	CRITERI E TEMPSTICA DELLE REVISIONI	18
11.	RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI	18

Rev.	Data	Causale modifica	Redatto da:	Verificato da:	Approvato da:
0	01/07/2016	Implementazione Raccomandazione Ministeriale	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
I	17/01/2019	Adeguamento Linee di Indirizzo Regionale	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  Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dr. P. Saccucci  PO Ostetrica Dott.ssa I. Rinaldi  Data 21/3/19

### Componenti Gruppo di Lavoro:

P. Saccucci- Direttore Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione  
 M. Marceca- Dirigente medico UOC Ostetrica e Ginecologia P.O. S. Filippo Neri  
 M.C. D'Alessio- Dirigente medico UOC Ostetrica e Ginecologia P.O. S. Filippo Neri  
 M. Scavo- Dirigente medico UOC Ostetrica e Ginecologia P.O. S. Spirito  
 L. Ligi – Dirigente medico UOC Neonatologia P.O. S. Filippo Neri  
 R. Mauro- Dirigente medico UOC Anestesia e Rianimazione P.O. S. Filippo Neri  
 S. Volpetti- Dirigente medico UOC Anestesia e Rianimazione P.O. S. Filippo Neri  
 A. Fioriti – Dirigente medico UOC Anestesia e Rianimazione P.O. S. Spirito  
 I. Rinaldi - PO Ostetrica Asl Roma I  
 A. Loreti- Coord. ce Ostetrica UOC Ostetrica e Ginecologia P.O. S. Filippo Neri  
 G- De Luca- Coord. ce Ostetrica UOC Ostetrica e Ginecologia P.O. S. Spirito  
 J. Corrias- Ostetrica UOC Ostetrica e Ginecologia P.O. S. Filippo Neri  
 F. Cingolani- Ostetrica UOC Ostetrica e Ginecologia P.O. S. Spirito

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 2 di 34

## I. PREMESSA

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.

Nel rapporto 2019 si stima, che circa la metà delle morti materne rilevate potrebbe essere evitata grazie a migliori standard assistenziali.

Un recente studio, pubblicato su Lancet (1), ha messo a confronto 181 Paesi; mostra un decremento globale del rapporto di mortalità materna (MMR) e colloca l'Italia come il Paese con il valore più basso (4 casi su 100.000 nascite nel 2008). Le statistiche del Lazio basate sui dati ISTAT o sull'analisi delle schede di morte ISTAT (demo.istat.it) riportano un valore ancora più basso (**sottostima**) pari a 3 casi su 100.000 nascite (quinquennio 98-02). Tab. I

Tasso di mortalità materna (MMR: Maternal Mortality Rate): **MORTI MATERNE x 100.000 NASCITE**

	<b>Nati vivi</b>	<b>Decessi (ICD-9 630-676)</b>	<b>Rapporto di mortalità materna</b>
<b>Italia</b>	2638112	69	2,62
<b>Nord-ovest</b>	647207	14	2,16
<b>Nord-est</b>	473355	10	2,11
<b>Centro</b>	478241	15	3,14
<b>Sud</b>	716527	16	2.23
<b>Isole</b>	322782	14	4,34

Tab. I Fonte ISTAT

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.

*aw*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 3 di 34

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-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 della presente procedura sono:

1. Prevenire la morte materna correlata al travaglio e/o parto
2. Uniformare i comportamenti degli operatori del Dipartimento Tutela della Salute della Donna e del Bambino nel P.O. Santo Spirito e San Filippo Neri in merito all'assistenza al parto.
3. 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 BURL del 14/08/2018.

## 3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è rivolta al personale medico, ostetrico, infermieristico, e di supporto dell'Accettazione ostetrica d'urgenza, del Blocco Parto e della U.O. del reparto di degenza di Ostetricia dei Presidi Ospedalieri Santo Spirito e San Filippo Neri.

Si applica a tutte le donne in gravidanza assistite per l'espletamento del parto e nel post-partum nelle fasi di accettazione, ricovero e dimissione.

## 4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

**Morte correlata alla gravidanza:** morte di una donna in gravidanza o entro 42 giorni, ma entro i 365 dall'esito della gravidanza, dal suo termine, indipendentemente dalla causa di morte. Questa definizione quindi 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:** risulta da complicanza ostetriche della gravidanza, del parto e del puerperio per interventi, omissioni o trattamenti inappropriati.

**Morte materna indiretta:** risulta 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 della scheda MI al referente regionale del sistema di sorveglianza.

*aw*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 4 di 34

**Referente Regionale:** Operatore della Regione preposto a ricevere il moduli MI dal referente di struttura e che successivamente lo invia al Comitato regionale del Sistema di sorveglianza.

**MMR:** Maternal Mortality Rate

**SEA:** Significant Event Audit

**U. O.:** Unità Operativa

**P. O.:** Presidio Ospedaliero

**ISS:** Istituto Superiore di Sanità

**SNLG:** Sistema Nazionale Linee Guida

**BCF:** battito cardiaco fetale

**PROM:** prematura rottura delle membrane

**MAF:** Movimenti Attivi Fetali

**CTG:** Cardiotocografia

**TC:** Taglio Cesareo

**EBPM:** Eparina basso peso molecolare

## 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.

ATTIVITÀ	Dir. ne San.ria	Dir.re U.O.C.	Coord. Ostetrica	Ostetrica	Inferm.	Personale di supporto	Ginecologo	Anestesista
Procedura di Triage	-	-	I	R*	C	C	R	-
Valutazione del rischio ostetrico	-	-	I	R	I	I	R*	-
Attivazione percorsi assistenziali	-	R*	R*	R*	R*	C	R*	R*
Comunicazione interna	-	R	C	C	C	C	C	R*
Comunicazione con la donna assistita	-	I	C	R*	C	I	R	R*
Documentazione clinica	-	R*	R*	R*	R*	-	R*	R*

Legenda: R= Responsabile; R\*= Responsabile per ambiti di competenza e specifici contesti; C=Coinvolto; I=Informato

## 6. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ E DIAGRAMMA DI FLUSSO

### 6.1 Aspetti organizzativi:

Nei due Presidi Ospedalieri è garantita la presenza in servizio di tutte le figure professionali preposte e qualificate a rendere sicura la gestione del percorso assistenziale. Nel rispetto dei criteri di sicurezza e garanzia per le donne assistite e per i professionisti presenti in servizio è garantita, in caso di emergenza, la rintracciabilità di membri più esperti dell'equipe.

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.



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 5 di 34

Per raggiungere questo obiettivo è importante provvedere, quindi, 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 pertinente utilizzo della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative.

## 6.2 Il triage ostetrico

Il triage ostetrico fa riferimento al processo del triage globale, che metodologicamente, si espleta in quattro fasi eseguite dall'ostetrica triagista:

1. Valutazione “sulla porta”
2. Raccolta dati
3. Decisione di triage
4. Rivalutazione

La registrazione dei dati si avvale del Sistema GIPSE, sistema comune ai Pronto Soccorso Ostetrico e al DEA dei due Presidi Ospedalieri.

### 1. Valutazione “sulla porta”

L'Ostetrica identifica e valuta:

- Le condizioni generali della donna (aspetto, atteggiamento comportamentale, colorito, stato di coscienza ecc..)
- Le modalità di accesso (sola, accompagnata dal compagno o da soccorritore occasionale, deambulante, con mezzo privato, ambulanza ecc..)
- Le situazioni che richiedono particolari modalità gestionali (cura della privacy, gestione ansia e contesti problematici, difficoltà linguistiche, ecc..)
- Le situazioni che permettono di solito l'identificazione del codice rosso

### 2. Raccolta dati

a) L'Ostetrica, attraverso l'intervista:

valuta:

- l'età della donna, la data dell'ultimo ciclo mestruale, il numero di gravidanze e di parti le relative modalità di espletamento e gli esiti neonatali

indaga:

- come è comparsa la sintomatologia
- quanto tempo è intercorso dall'inizio dei segni e sintomi
- quale è stata l'evoluzione della sintomatologia (miglioramento, peggioramento)
- se vi è dolore ed in quale sede
- se vi sono, o vi sono stati febbre, vomito, disturbi dell'alvo e/o della diuresi
- se sono in atto perdite vaginali di sangue o liquido amniotico (aspetto e quantità)
- la presenza di allergie
- eventuali malattie in atto o pregresse
- assunzione di farmaci

b) Valutazione oggettiva da parte dell'ostetrica:

- Rilevazione parametri clinici materni (CF/CR/PA/Temperatura)
- Rilevazione frequenza cardiaca fetale (BCF)
- Verifica (aspetto e quantità) perdite vaginali di sangue o di liquido amniotico

*as*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	 REGIONE LAZIO
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 6 di 34

### 3. Decisione di triage

l'Ostetrica assegna il codice di priorità, attua i necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione di percorsi diagnostico-terapeutici.

La fase relativa all'attribuzione del codice colore segue quanto previsto dalla legislazione italiana (DM 15 maggio 1992) che prevede quattro livelli di priorità:

1. **Codice Rosso:** *molto critico, priorità massima, pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure;*

Il Codice Rosso viene assegnato alle persone in pericolo imminente di vita cioè ai pazienti in cui vi è in atto il cedimento di una funzione vitale (apparato circolatorio, apparato respiratorio, coscienza). Per questi pazienti l'accesso al trattamento è immediato e non vi è tempo d'attesa.

ROSSO: per le condizioni in cui è in atto la compromissione di una funzione vitale della donna o del feto, con il rischio di immediato pericolo di vita.

2. **Codice Giallo:** *mediamente critico, priorità intermedia;*

Il Codice giallo viene assegnato alle persone in potenziale pericolo di vita cioè in quei pazienti in cui vi è la minaccia di cedimento di una funzione vitale.

L'accesso al trattamento è immediato compatibilmente con altre emergenze in atto ed il tempo medio di attesa non dovrebbe superare i 15 minuti.

GIALLO: per le condizioni in cui esiste la minaccia di un cedimento di una funzione vitale della donna o del feto con possibilità di vita autonoma

3. **Codice Verde:** *poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili;*

Il Codice Verde viene assegnato alle persone che necessitano di una prestazione medica che può essere differibile cioè a quelle persone che non presentano compromissione dei parametri vitali e che non appaiono dispnoici, pallidi, sudati e che presentano coscienza integra.

L'accesso al trattamento avviene dopo i codici rossi e gialli.

VERDE: al momento non esistono fattori che pongono la vita della donna e del feto a rischio, ma rilevante è il controllo a distanza del triagista che al mutare delle condizioni modifica il codice di triage

4. **Codice Bianco:** *non critico, pazienti non urgenti.*

Il Codice Bianco viene assegnato a quelle persone che richiedono prestazioni sanitarie che non sottendono alcuna urgenza e per le quali sono normalmente previsti percorsi alternativi extraospedalieri.

L'accesso al trattamento avviene dopo i codici rossi, gialli e verdi.

BIANCO: per le richieste di generico controllo o dovute a patologie minori, ma rilevante è il controllo a distanza del triagista che al mutare delle condizioni modifica il codice di triage

I tempi di attesa per casi di seguito riportati si riferiscono a standard internazionali:

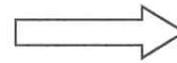
1. **Codice Rosso:** *accesso immediato alle cure*
2. **Codice Giallo:** *accesso entro 10-15 min*
3. **Codice Verde:** *accesso entro 30-60 min*
4. **Codice Bianco:** *accesso entro 60-120 min*

*CS*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 7 di 34

## TRIAGE OSTETRICO-GINECOLOGICO – ATTRIBUZIONE CODICE COLORE

- Parametri vitali materni alterati
- Segni di shock (*pallore intenso, volto cereo, agitazione, aumento della frequenza cardiaca e frequenza respiratoria, diminuzione della pressione arteriosa*)
- Sanguinamento massivo in atto
- Dolore addominale o pelvico severo associato o meno a febbre elevata in gravidanza
- Sospetta eclampsia (*ipertensione arteriosa con cefalea, convulsioni, alterazioni psichiche*)
- Travaglio di parto pretermine
- Trauma addomino-pelvico con compromissione dei parametri materno/fetali
- Assenza BCF
- Bradicardia fetale severa
- Morte intrauterina accertata ecograficamente con alterazione dei parametri vitali
- Parto in fase espulsiva
- Prolasso di arto fetale
- Sospetta procidenza o prolasso di funicolo
- Perdita di liquido amniotico fortemente tinto
- Gravidanza protratta (oltre le 42 + 0)



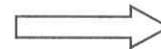
**CODICE ROSSO**

- Sanguinamento moderato in atto
- Sospetta preeclampsia (*disturbi visivi, uditivi, cefalea, edemi, PA diastolica > 110 mmHg e PA sistolica > 160 mmHg in gravidanza*)
- Travaglio di parto a termine con intervallo di contrazioni < 10 min
- Dolore addominale associato a febbre, vomito profuso, diarrea severa
- Morte intrauterina accertata ecograficamente senza alterazione dei parametri vitali
- Inizio travaglio in gravidanza complicata da patologia materno/fetale pregressa o attuale PROM
- Cardiotocografia non rassicurante su invio ambulatoriale
- Riferita assenza MAF in presenza di BCF
- Prurito generalizzato



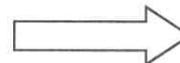
**CODICE GIALLO**

- Sanguinamento minimo in atto
- Dolore addominale modesto
- Travaglio di parto a termine con intervallo di contrazioni > 10 min



**CODICE VERDE**

- Sanguinamento anamnestico
- Prurito o perdite vaginali non ematiche
- Taglio cesareo elettivo
- Controlli in gravidanza in normale evoluzione



**CODICE BIANCO**

### 4. Rivalutazione.

Il triage non è un processo statico per cui è importante ricordare sempre che le donne in attesa della visita medica possono variare (migliorare o peggiorare) le proprie condizioni cliniche. L'ostetrica triagista ha la responsabilità delle assistite e della loro rivalutazione durante l'attesa, pertanto gestisce le liste di accesso al trattamento. La rivalutazione può confermare o variare il codice di priorità assegnato e si compone di rilievi soggettivi e/o oggettivi che devono essere registrati. La **rivalutazione** è, quindi, parte integrante

*Handwritten signature*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 8 di 34

dell'intero processo di triage la cui tempistica (Canadian Triage Acuity Scale) è correlata al codice colore assegnato o alla richiesta della paziente:

Codice giallo	Codice verde	Codice bianco
Ogni 15 minuti	Ogni 30 minuti	A richiesta

Le fasi del triage sono eseguite in maniera consequenziale. In caso di grave peggioramento della gravida le fasi possono essere interrotte accelerando l'inizio dei trattamenti. La decisione di triage (codice di priorità) può essere variata dall'ostetrica triagista in qualunque momento attivando, in caso di necessità, cure immediate: in questo caso il restante processo di valutazione viene sospeso provvedendo a trasferire immediatamente la donna nell'area di trattamento (blocco parto).

#### **Provvedimenti assistenziali in relazione al codice di priorità:**

All'attribuzione del codice di priorità l'Ostetrica richiede l'intervento medico che deve essere garantito nel rispetto dei tempi di attesa previsti; attua i seguenti provvedimenti assistenziali:

**Codice Rosso:** Immediato inoltro alla visita medica nella sala di Pronto Soccorso o immediato inoltro al trattamento al Blocco Parto

#### **Codice Giallo:**

- Visita ostetrica
- Posiziona la donna in barella
- Rileva il BCF con CTG;
- Reperisce accesso venoso
- Effettua prelievi ematici come da protocollo
- Mantiene la donna costantemente sotto controllo, in ambiente adeguato
- Durante l'attesa controlla se insorgono eventuali segni di peggioramento (rivalutazione)

#### **Codice Verde**

- Visita ostetrica
- Rileva il BCF con CTG
- Invita la donna a sedersi
- Tranquillizzarla spiegando che non si tratta di situazione ad elevata *priorità*.
- Gestisce la situazione emozionale di donna ed accompagnatori.
- Durante l'attesa controlla se insorgono eventuali segni di peggioramento (rivalutazione)

#### **Codice Bianco**

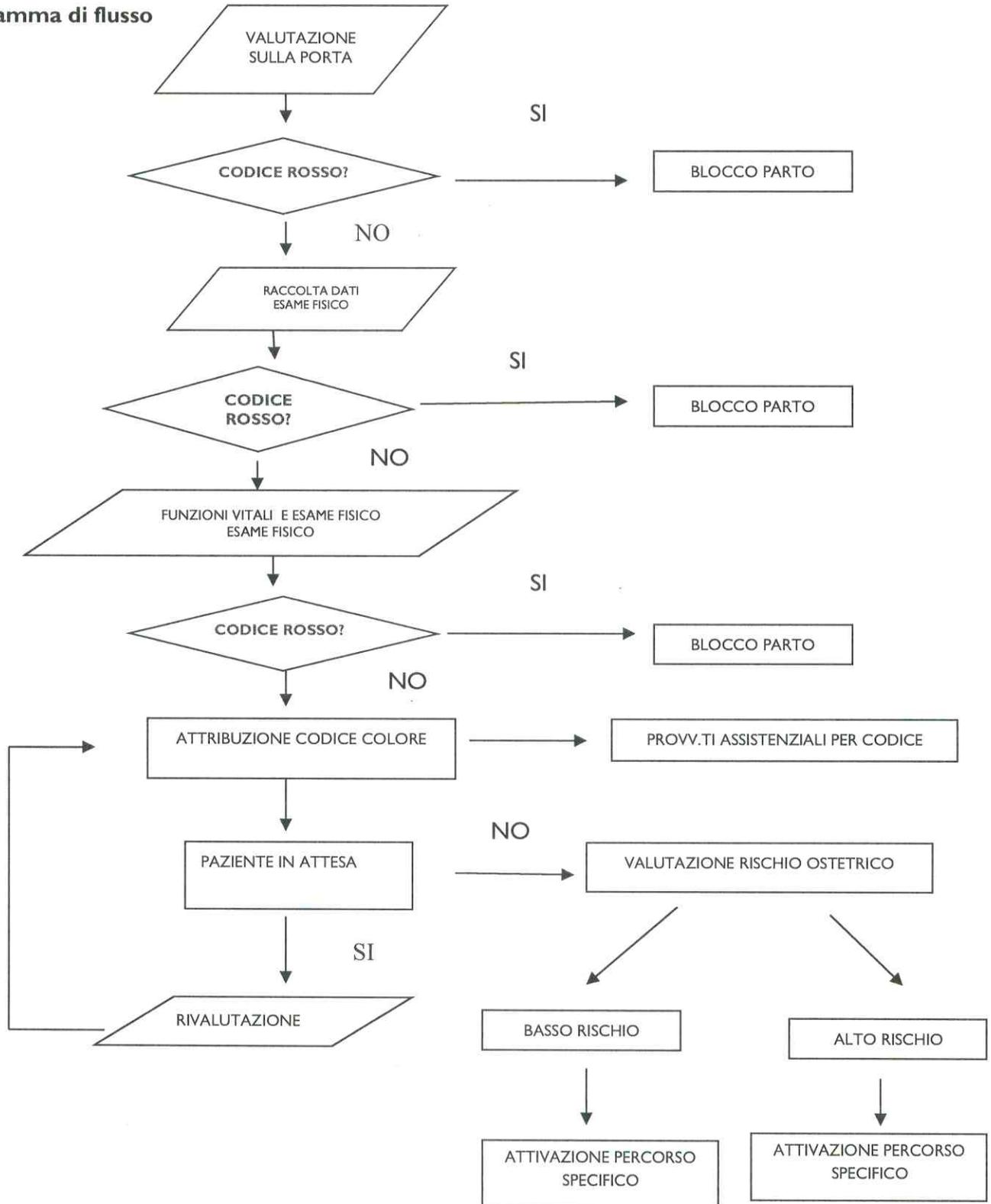
- Rilevare BCF con CTG;
- Invitare la donna a sedersi
- Tranquillizzarla spiegando che non si tratta di situazione ad elevata *priorità*.
- Gestire la situazione emozionale di donna ed accompagnatori.
- Durante l'attesa controllare se insorgono eventuali segni di peggioramento (rivalutazione)

Per tutto quanto non previsto nella presente sezione si fa riferimento alla procedura aziendale "*Ottimizzazione Triage Ostetrico e individuazioni percorsi assistenziali per l'Ostetricia*".

*Qua*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 9 di 34

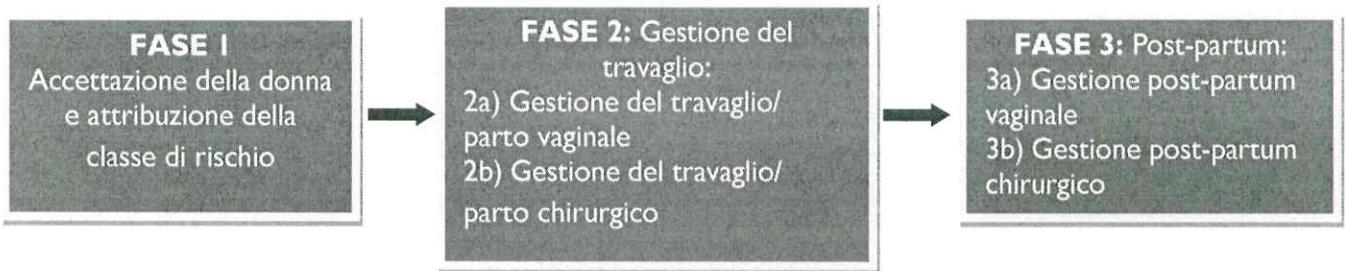
**Diagramma di flusso**



*QSW*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 10 di 34

### 6.3 Gestione del percorso della donna gravida.



#### FASE I: Accettazione della donna ed attribuzione della classe di rischio

L'ostetrica o il ginecologo procede ad accettare la donna in base alla priorità identificata dal codice colore assegnato in corso di triage. 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 o Alto). Pertanto si eseguirà:

- Triage ostetrico
- Prima visita
- Cardiotocografia (CTG)

##### Il triage ostetrico:

Rappresenta una valutazione della donna gravida e del feto effettuata da personale ostetrico al momento dell'accesso in PS o immediatamente dopo. Con questo termine non si intende una rivalutazione del codice triage attribuito al momento dell'accesso in P.S.

L'attività di triage viene registrata sulla cartella clinica di Pronto Soccorso.

##### La prima visita:

Viene effettuata in genere dall'ostetrica di guardia o dal medico ginecologo. La raccolta dati dell'anamnesi prevede un'accurata valutazione del decorso della gravidanza, della storia ostetrica pregressa, di eventuali terapie in atto e/o patologie materne concomitanti. Potranno essere effettuate ulteriori indagini contestualizzando il caso e su esplicita prescrizione dello specialista che prende in carico la paziente. La visita di accettazione, oltre all'anamnesi, comprende:

- a) Esplorazione vaginale
- b) Valutazione dei parametri clinici registrati in fase di triage ed eventuale loro rivalutazione
- c) Rilevazione e valutazione della frequenza cardiaca fetale (BCF)

##### Cardiotocografia:

I parametri e i criteri per la valutazione del cardiotocogramma (CTG) sono riportati nella tabella seguente e nell'Allegato I.

Il CTG dovrà avere una durata di almeno venti minuti e dovrà essere registrata in Cartella ed allegata alla stessa.



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 11 di 34

**Tabella 1 – Parametri per la classificazione del cardiocotogramma**

TIPO 1	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	Accelerazioni	MAF	Attività contrattile
	110-160	± 5 bpm rispetto alla linea di base	Nessuna	Presenti	Presenti	Presente, Regolare, Irregolare o Assente

**NB: È da considerarsi di TIPO 1 un tracciato in cui tutti i parametri rientrano in questa categoria**

TIPO 2	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	
	a. Fra 100-109 Bradicardia lieve  b. Fra 161-180 Tachicardia lieve	< 5 bpm per un tempo compreso tra i 40 e i 90 min	a. Precoci  b. Variabili in rapporto alla contrazione  c. Di durata inferiore a 3 min	

**NB: È da considerarsi di TIPO 2 un tracciato in cui anche solo uno dei parametri rientri nel TIPO 2 e gli altri nel TIPO 1**

TIPO 3	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	Accelerazioni	MAF	Attività contrattile
	a. < 100 Bradicardia severa  b. > 180 Tachicardia severa  c. Sinusoidale per un tempo > 10 min	< 5 per un tempo ≥ 90 min	a. Variabili in rapporto alla morfologia  b. Tardive  c. Prolungate oltre 3 min	Assenti	Assenti	Presente, Regolare, Irregolare o Assente

**NB: È da considerarsi di TIPO 3 un tracciato in cui due o più parametri rientrano nel TIPO 2 oppure uno o più parametri rientrano nel TIPO 3**

Per tutte le pazienti al momento dell'accettazione sia che esse siano fuori travaglio che in travaglio attivo (Tabella 2), compilare la sezione documentale relativa all'accettazione ostetrica sul modello riportato nell'Allegato n. 2 (Scheda Accettazione Box Travaglio/parto).

Nella sezione documentale relativa all'accettazione ostetrica indicare la classe di rischio in base ai criteri riportati in Tabella 3 e indicare in maniera esplicita a quale operatore sanitario viene affidata la gestione del caso.

L'individuazione della classe di rischio e l'assegnazione all'operatore sanitario competente deve essere effettuata dal medico ginecologo che per primo visita la paziente in base ai criteri elencati in Tabella 3.

L'Attribuzione di un caso a una determinata classe di rischio va intesa in senso dinamico, in quanto è comunque necessario porre in essere tutte le misure necessarie per garantire la precoce rilevazione di qualsiasi deviazione clinica dal percorso atteso. In questi casi, il personale ostetrico, cui compete la gestione dei travagli e dei parti a basso rischio, dovrà immediatamente coinvolgere il medico ginecologo in qualità di



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 12 di 34

responsabile della guardia ostetrica attiva. Pertanto è fondamentale un continuo ed efficace coordinamento e comunicazione tra tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso nascita.

#### Tabella 2 – Criteri per la diagnosi di travaglio in fase attiva

- Almeno tre contrazioni in 10 minuti di durata superiore o uguale a 40 secondi
- Dilatazione maggiore o uguale a 4 cm

#### Tabella 3 – Criteri per la classificazione di travaglio a basso rischio

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

**NB: PER POTER ESSERE CLASSIFICATO COME TRAVAGLIO A BASSO RISCHIO, DEVONO ESSERE SODDISFATTI TUTTI I CRITERI SOPRA ELENCATI**

La fase di accettazione della gravida si conclude quindi con l'attribuzione della classe di rischio e possibilità decisionale di ricovero.

Al ricovero segue, da parte dell'ostetrica, la compilazione della sezione della cartella ostetrica riguardante la gravidanza e l'avvio dell'intervento clinico-assistenziale specifico che comprende:

- Attivazione del percorso assistenziale del travaglio / parto a basso rischio, secondo quanto previsto dalle normative vigenti
- Attivazione del percorso di assistenza del travaglio/parto a rischio a gestione medica
- Comunicazione al neonatologo di guardia dell'avvenuto ricovero
- In caso di epoca gestazionale  $\leq 34$  settimane è attivato il trasferimento della gravida presso punto nascita di II livello (HUB di riferimento) secondo le indicazioni aziendali.

## 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 del personale ostetrico.

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

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.

*AS*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 13 di 34

Posta la diagnosi di travaglio attivo, la gestante viene accompagnata nel Blocco Parto per la presa in carico da parte dell'ostetrica, che deve essere formalizzata tramite la compilazione del partogramma. L'uso di quest'ultimo è indispensabile per la trasmissione di informazioni tra operatori e la visualizzazione immediata della progressione del travaglio, rappresenta inoltre uno degli strumenti di controllo del rispetto delle procedure e della qualità dell'assistenza. Nel partogramma (Allegato 3) vengono annotati i seguenti parametri:

- Dilatazione della cervice
- Livello della parte presentata (PP) fetale rispetto al canale del parto
- Rilevazione del Battito cardiaco fetale (BCF)
- Colore del liquido amniotico
- Durata e frequenza delle contrazioni uterine
- Somministrazione di ossitocina e/o altri farmaci
- Pressione arteriosa (PA) e frequenza cardiaca (FC) materna
- Diuresi ed eventuale proteinuria e/o chetonuria

Per la compilazione del partogramma si rimanda alle indicazioni presenti nell'Allegato 4.

La diagnosi di travaglio attivo, coincide quindi con l'inizio della compilazione del partogramma, che dovrà essere compilato in tempo reale e sul quale verranno annotate anche eventuali remissioni del travaglio.

Nel corso dell'assistenza a un travaglio/parto a basso rischio, l'ostetrica dovrà eseguire le seguenti attività, lasciandone opportuna evidenza nella documentazione clinica:

- Controllo dei parametri clinici della donna
- Controllo della frequenza cardiaca fetale (BFC)
- Assistenza al periodo dilatante
- Assistenza al periodo espulsivo
- Clampaggio del funicolo
- Assistenza al secondamento
- Valutazione delle perdite ematiche per la rilevazione di perdite superiori ai 500 ml adottando la scheda di monitoraggio del post-partum che diventa parte integrante della cartella

## Fase 2 b) Gestione del travaglio/parto chirurgico

Il taglio cesareo è un intervento che può essere deciso sulla base di criteri di appropriatezza (Tabella 4) e/o scaturire da situazioni cliniche di urgenza-emergenza (tabella5), oppure in regime di elezione programmata nel rispetto del timing gestazionale delle indicazioni previste dalle LG (7). In caso di prematurità e/o patologia fetale sospetta o accertata in epoca prenatale, ai fine di una valutazione integrata, deve essere sentito il parere del neonatologo/pediatra.

**Tabella 4 - Criteri di appropriatezza per il TC**

1. Parto vaginale meccanicamente impossibile
2. Macrosomia fetale
3. Presentazione anomala
4. Distocia
5. Alterazioni del benessere fetale
6. Placenta previa
7. Distacco intempestivo della placenta
8. Prolasso del cordone ombelicale
9. Patologie materne (es. infezione da HIV, lussazione congenita dell'anca)
10. Pregresso taglio cesareo in caso di indicazione ricorrente e/o dopo eventuale fallimento del travaglio di prova

*CS*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 14 di 34

L'esecuzione del TC deve essere preceduta dalla valutazione degli esami di laboratorio, clinici e strumentali preoperatori di routine e dal controllo dei referti dei tamponi vaginali e rettali per Streptococco  $\beta$  emolitico di gruppo B (GBS). Occorre inoltre:

- Ottenere i consensi informati da parte della paziente (intervento chirurgico, anestesia, emotrasfusione);
- Nel caso in cui il percorso clinico assistenziale preveda la fase di preospedalizzazione (TC in autodeterminazione o elezione) occorre fornire alla donna le informazioni relative alla corretta preparazione all'intervento;
- In caso di autodeterminazione produrre in documentazione sanitaria l'evidenza dell'avvenuta informazione (*counselling*) circa i benefici di un parto spontaneo rispetto a un TC, con proposta ed eventuale accettazione del "travaglio di prova" in caso di pregresso TC o di autodeterminazione.

I contenuti del *counselling* sono riportati nell'Allegato 6 (Informativa parto con Taglio Cesareo in elezione) che la donna riceverà in sede di visita di preospedalizzazione presso i due P.O., S. Filippo Neri e S. Spirito.

- Garantire la completa e corretta compilazione della Checklist di sala operatoria come da procedura aziendale

Tabella 5: Classificazione dei TC modificata da Lucas.

Tabella 5 – Classificazione del TC	
<b>Codice Bianco (Elective)</b>	Parto da inserire nella lista operatoria in base alle disponibilità del punto nascita.
<b>Codice Verde (Scheduled)</b>	Assenza di compromissione delle condizioni materne e/o fetali, ma necessità di anticipare il parto.
<b>CODICE GIALLO (Urgent)</b>	Compromissione delle condizioni materne e/o fetali che non costituisce un immediato pericolo di vita.
<b>CODICE ROSSO (Emergency)</b>	Pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto.

Al di fuori delle condizioni di emergenza, nel caso in cui il medico lo specialista decida di eseguire un TC per la presenza di condizioni cliniche potenzialmente legate ad un esito sfavorevole del parto vaginale, dovrà darne esauriva evidenza sulla documentazione clinica ed adeguata informazione alla donna e ai suoi familiari.

#### Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio

- a) Tricotomia area sovrapubica: a meno che i peli nell'area di incisione interferiscano significativamente con l'esecuzione dell'intervento, la tricotomia va evitata. Ove necessaria, utilizzare *clipper* elettrici. **Evitare assolutamente l'utilizzo del rasoio a lame.** Se necessaria la procedura deve essere effettuata poco prima dell'intervento chirurgico
- b) Antibiotico profilassi perioperatoria: nel caso di TC somministrare l'antibiotico in unica dose prima dell'incisione della cute. La somministrazione di dosi addizionali di antibiotico, dopo la fine

*Ques*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 15 di 34

dell'intervento, non si è dimostrata efficace nel ridurre ulteriormente la frequenza di infezioni e andrebbe pertanto evitata, a meno di particolari necessità cliniche valutate dallo specialista.

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" Rev.10 del 05/10/2018).

### FASE 3: Post-partum

#### Fase 3a: Gestione post-partum vaginale

Prima di trasferire la puerpera in reparto, effettuare un periodo di osservazione e monitoraggio di almeno due ore, conteggiando tale periodo dalla fine delle attività inerenti l'assistenza al parto. In questo periodo l'ostetrica monitorizza i seguenti parametri come previsto nell'Allegato 4 "Scheda di valutazione e monitoraggio post-partum":

- 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 la ricerca di trombo genito-puerperale)
- Ferita chirurgica

Per la valutazione del dolore utilizzare la scala NRT (Numerical Rating Scale), che valuta il dolore con una scala numerica da zero, assenza di dolore, a dieci (massimo dolore possibile).

#### Fase 3b: Gestione Post-partum chirurgico

Prima di trasferire la puerpera in reparto, effettuare un periodo di osservazione e monitoraggio di almeno due ore. Conteggiare tale periodo dalla fine delle attività inerenti l'assistenza al parto. In questo periodo l'ostetrica monitorizza i seguenti parametri come previsto nell'Allegato 4 "Scheda di valutazione e monitoraggio post-partum":

- 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 la ricerca di trombo genito-puerperale)
- Ferita chirurgica

Per la valutazione del dolore utilizzare la scala NRT (Numerical Rating Scale), che valuta il dolore con una scala numerica da zero, assenza di dolore, a dieci (massimo dolore possibile).

#### Prevenzione del rischio tromboembolico dopo parto chirurgico

Le donne che partoriscono con TC presentano un rischio di tromboembolismo venoso superiore di 2-3 volte a quello delle donne che partoriscono con parto vaginale. Tale rischio subisce un incremento di circa 4 volte nelle donne sottoposte a TC d'urgenza. Pertanto il medico ginecologico valuterà il rischio tromboembolico delle donne che saranno sottoposte a TC, documentandolo in cartella, al fine di attuare l'opportuna profilassi come da tabella 6.

*Qu*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 16 di 34

**Tabella 6 – Fattori di rischio per il tromboembolismo venoso (TEV)**

Fattori di rischio MAGGIORI (OR > 6)	Fattori di rischio MINORI (OR >6 se combinati)
a) Immobilità (riposi forzato a letto per un periodo di tempo $\geq$ 1 settimana) b) Emorragia post partum $\geq$ 1000 ml con intervento chirurgico c) Precedente TEV d) Preeclampsia con IUGR e) Trombofilia - Deficit di Antitrombina - Fattore V Leiden (omozigote o eterozigote) - Protrombina G20210A (omozigote o eterozigote) f) Lupus eritematoso sistemico g) Malattie cardiache h) Anemia a cellule falciformi i) Emotrasfusioni j) Infezioni post partum	a) BMI >30 b) Gravidanza multipla c) Emorragia post partum > 1000 ml d) Abitudine al fumo (> 10 sigarette/die) e) IUGR f) Trombofilia g) Deficit di proteina C h) Deficit di proteina S i) Preeclampsia

Le donne che partoriscono con TC d'urgenza devono essere sottoposte a tromboprofilassi con eparina a basso peso molecolare (EBPM) per 10 giorni dopo il parto. Per le donne con TC di elezione la profilassi prendere in considerazione solo in presenza di fattori di rischio aggiuntivi.

Nelle donne ad alto rischio di tromboembolismo venoso, nelle quali fattori di rischio significativi persistano in puerperio, prescrivere la profilassi per 6 settimane dopo il parto.

Le pazienti che dovranno eseguire un TC di lezione, già in terapia con EBPM, sospendere la terapia almeno 12 ore prima dall'esecuzione del TC e riprenderla a 8-12 ore dalla fine dell'intervento. La somministrazione di EBPM non controindica l'allattamento (31).

La fase 2 del parto chirurgico si conclude quindi con l'esecuzione del TC. Nella documentazione sanitaria devono essere presenti:

- Partogramma da cui si evince indicazione al TC
- CTG
- Valutazione rischio tromboembolico
- Checklist di sala operatoria

### Valutazione anestesiológica

Gli anestesisti valutano tutte le pazienti che accedono al Blocco parto tra la 35°-37° settimana, sia per la procedura di parto-analgesia sia che esse debbano essere sottoposte a TC, evidenziano il rischio anestesiológico e forniscono il nulla osta alla procedura anestesiológica più idonea

### 6.2 La comunicazione interna

Per prevenire difetti di comunicazione, nei due P.O., S. Filippo Neri e S. Spirito, l'equipe presente in servizio in ogni unità operativa ostetrica (medico, ostetrica e infermiere) 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 mensili di equipe multidisciplinare.

*es*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 17 di 34

### 6.3 La comunicazione con la donna assistita

Il ginecologo, l'anestesista, l'ostetrica 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.

### 6.4 La documentazione clinica

La rintracciabilità delle azioni assistenziali e terapeutiche presso i Presidi Ospedalieri è garantita dalla cartella clinica contenente:

- informazioni relative al decorso della gravidanza, del travaglio e del parto;
- scheda di valutazione del rischio ostetrico;
- scheda unica di terapia;
- diario infermieristico;
- consensi ad atti medici e/o chirurgici
- check-list per la sicurezza in sala operatoria (in caso di taglio cesareo o complicazione di interesse chirurgico).

È previsto, a richiesta della paziente, l'accesso mediato dal personale medico alla documentazione sanitaria personale.

### 6.5 Formazione

Il Direttore di UOC di Ostetricia e Ginecologia, di concerto con la Coordinatrice Ostetrica e la Posizione Organizzativa Ostetrica Aziendale, individua i bisogni formativi del personale relativi alla gestione della donna assistita presso i due P.O., S. Filippo Neri e S. Spirito e definisce il relativo Piano Formativo Annuale la cui attuazione 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
- Briefing settimanali
- Audit mensili inerenti la gestione di casi clinici rilevanti
- Audit mensili per la diffusione di aggiornamenti su linee guida, protocolli e percorsi clinico-assistenziali al fine di modificare il management assistenziale.

### 6.6 Segnalazione evento sentinella e attivazione audit

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, secondo quanto previsto nella Procedura Aziendale "SPRM\_07 Procedura per la gestione e comunicazione di Eventi Sentinella, Eventi Avversi, Near-Miss" Rev. 2 del 03/01/2019.

Il Risk Manager attiva le indagini ritenute necessarie secondo lo Schema di AUDIT GRC MORTE MATERNA, (ALLEGATO 8) che rappresenta una guida per la conduzione di un Audit focalizzato sull'individuazione dei fattori contribuenti e alla predisposizione di un piano di miglioramento.

## 7. ALLEGATI

- Cartella del monitoraggio cardiocografico (Allegato 1)
- Scheda accettazione box travaglio/parto (Allegato 2)
- Partogramma (Allegato 3)
- Indicazioni compilazione partogramma (Allegato 4)

*Handwritten signature*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 18 di 34

- Scheda valutazione e monitoraggio post-partum (Allegato 5)
- Informativa Taglio Cesareo d'elezione (Allegato 6)
- Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte Materna (Allegato 7)
- Schema Audit GRC Morte Materna (Allegato 8)
- Scheda per il monitoraggio del dolore (Allegato 9)

## 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/N. delle cartelle cliniche
- N. di audit clinici effettuati anche non conseguenti ad eventi avversi/sentinella;
- N. briefing in relazione a condizioni di aumentato rischio o sulle modalità di comunicazione dell'equipe;
- N. Schede di triage ostetrico e partogramma correttamente compilate e conservate nella cartella clinica;

Ulteriori Indicatori:

1. Indicatori di processo travaglio /parto vaginale
  - Presenza della scheda di triage ostetrico
  - Refertazione CTG sul modello dell'allegato 1
  - Compilazione sezione documentale relativa al ricovero ostetrico sul modello dell'Allegato 2.
2. Indicatori di processo travaglio/parto chirurgico
  - Compilazione checklist di sala operatoria
  - Refertazione CTG
3. Indicatori di processo post-partum parto vaginale
  - compilazione scheda post-partum come da Allegato 3.
4. Indicatori di processo post-partum parto chirurgico
  - compilazione scheda post-partum come da Allegato 3.

## 9. RINTRACCIABILITA E CUSTODIA

La presente procedura è presente in forma cartacea nelle UU.OO. coinvolte e disponibile su 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 LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI

1. Manuale di sala parto A.Valle, V.Merenghelli, S.Bottino, A.Zanini; ed.ermes 2008
2. WHO guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. World Health Organization 2009
3. Emergenze Ostetriche Protocolli e Procedure C. Piscicelli, G. B. Serra 2009
4. La rivista dell'ostetrica "Lucina" 1/2013
5. Linee guida AIPE (Associazione Italiana Preeclampsia) 2013
6. Linee guida gravidanza fisiologica SNLG-ISS 2010 e s. m. e i.
7. Linee guida. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole SNLG-ISS 2012, [www.iss.it/itoss](http://www.iss.it/itoss)

*Aut*

 <p>SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1</p>	<p>Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili</p>	 <p>REGIONE LAZIO</p>
	<p><b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</p>	<p>4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 19 di 34</p>

8. CNT – Linee d’indirizzo per il triage in pronto soccorso. Monitor - Trimestrale dell’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali Anno XI 2012
9. Triage infermieristico, di G.F.T.- Gruppo Formazione Triage. Milano; Mc Graw-Hill Libri Italia, 2010
10. CIAO – Club italiano Anestesisti Ostetrici – Il triage ostetrico, Linee guida
11. Gruppo TML – Triage Modello Lazio – Manuale di Triage
12. Pescetto G, De Cecco L, Pecorari D, Ragni N, Ginecologia e ostetricia, volume 2: 1852
13. 14. Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG), Documento 17 – Antibiotico profilassi perioperatoria nell’adulto(2008).
14. SNLG Documento n. 19 - Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole- Prima parte (2010).
15. SNLG Documento n. 20 - Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati (2011).
16. SNLG Documento n. 21 - Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole- Seconda parte (2011).
17. SNLG Linea Guida n. 20 - Gravidanza Fisiologica 2010
18. Linee Guida Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – SIGO (2010). Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio (2014).
19. Royal College of Obstetrician & Gynaecologists: Reducing the Risk of Venous Tromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-Top Guideline No. 37a (April 2015).
20. Percorso nascita: Parto e puerperio - Assistenza al travaglio - Assistenza al parto a basso rischio. Regione Emilia Romagna (2008).
21. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) - Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico.
22. Linee Guida Nazionali di riferimento, Ministero della Salute (2004).
23. UNICEF Italia - Standard per le buone pratiche per gli ospedali. Roma (2012).
24. "Primo apporto ItOSS Sorveglianza della mortalità Materna Istituto Superiore di Sanità gennaio 2019
25. D.M. 740 del 14/09/1994 – Regolamento concernente l’individuazione della figura e relativo profilo professionale dell’ostetrica/o.
26. Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 07/09/2005 relativo al riconoscimento delle qualifiche professionali.
27. D.Lgs. 06/11/2007, n. 206 Attuazione della Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.
28. Codice deontologico Ostetrica (2010 e sue successive integrazioni)
29. Codice deontologico Infermiere (2009).
30. Codice deontologico Medico (2014).
31. DOCUMENTO TAS (Tavolo Allattamento al seno) MINISTERO DELLA SALUTE)
32. Ministero della Salute: Raccomandazione n. 6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto(2007).
33. Committee on Practice Bulletins-Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 84: Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Obstet Gynecol 2007; 110: 429-40.
34. Geerts WH et al. American College of Chest Physicians. Prevention of Venous Thromboembolism. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008; 133: S381-454.
35. Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. Green-Top Guidelines n. 37, 2009.

*Qw*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 20 di 34

### Allegato I: Monitoraggio cardiocografico di accettazione

Cognome e nome della paziente			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__/__/__	Età gestazionale (settimane)	

PROBLEMI MATERNI RIFERITI			
Pregresso cesareo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Pre-eclampsia pregressa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Gravidanza oltre il termine (> 42ma settimana)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Rottura delle membrane da oltre 24 ore (PROM)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Induzione del travaglio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Diabete	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Emorragia ante partum	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Altre patologie materne	<input type="checkbox"/> Sì (specificare): ..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dato non disponibile		
Assunzione di farmaci	<input type="checkbox"/> Sì (specificare): ..... <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dato non disponibile		

PROBLEMI FETALI			
Ritardo di crescita	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Prematurità (< 37 settimane)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Oligoamnios	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Flussimetria alterata	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Gravidanza multipla	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Liquido amniotico tinto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Presentazione podalica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile

RACCOLTA DATI IMPOSSIBILE PER:			
<input type="checkbox"/> Problemi linguistici <input type="checkbox"/> Deficit neurocognitivi		<input type="checkbox"/> Paziente non vigile/collaborativa <input type="checkbox"/> Altro (specificare): .....	
DATA (GG/MM/AAAA)	__/__/__	TIMBRO E FIRMA OSTETRICA	



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 21 di 34

PARAMETRI DEL BATTITO CARDIACO FETALE							
DATA (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	ORA INIZIO MONITORAGGIO (HH:MM)	__ : __	ORA FINE MONITORAGGIO (HH:MM)	__ : __		
CATEGORIA	CRITERI	LINEA DI BASE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	DECELERAZIONI	ACCELERAZIONI	MAF	ATTIVITÀ CONTRATTILE
<b>TIPO 1</b>		<input type="checkbox"/> 110 – 160	<input type="checkbox"/> ± 5 bpm	<input type="checkbox"/> ASSENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> IRREGOL. <input type="checkbox"/> ASSENTE
<b>TIPO 2</b>		<input type="checkbox"/> 100 – 109 (bradicardia lieve) <input type="checkbox"/> 161 – 180 (tachicardia lieve)	<input type="checkbox"/> < 5 bpm per un periodo tra i 40 e i 90 minuti	<input type="checkbox"/> precoci <input type="checkbox"/> variabili (in rapporto alle contrazioni) <input type="checkbox"/> durata inferiore a 3 minuti			
<b>TIPO 3</b>		<input type="checkbox"/> < 100 (bradicardia severa) <input type="checkbox"/> > 180 (Tachicardia severa) <input type="checkbox"/> Sinusoidale per un periodo superiore ai 10 minuti	<input type="checkbox"/> < 5 bpm per un periodo ≥ ai 90 minuti	<input type="checkbox"/> variabili (in rapporto alla morfologia) <input type="checkbox"/> tardive <input type="checkbox"/> durata superiore a 3 minuti	<input type="checkbox"/> ASSENTI	<input type="checkbox"/> ASSENTI	<input type="checkbox"/> PRESENTE <input type="checkbox"/> REGOLARE <input type="checkbox"/> IRREGOL. <input type="checkbox"/> ASSENTE

VALUTAZIONE DEL CARDIOTOCOGRAMMA	
<input type="checkbox"/> <b>TIPO 1</b>	CTG in cui <b>tutti i criteri rientrano nel TIPO 1</b> . Si interrompe il CTG e si trasmette in visione al medico curante. Note: .....
<input type="checkbox"/> <b>TIPO 2</b>	CTG in cui <b>uno dei criteri rientra nel TIPO 2 e gli altri nel TIPO 1</b> . Si prosegue il CTG e si avvisa il medico curante. Note: .....
<input type="checkbox"/> <b>TIPO 3</b>	CTG in cui <b>due o più criteri rientrano nel TIPO 2 e uno o più nel TIPO 3</b> . Si prosegue il CTG, si avvisa con urgenza il medico curante e si allerta la sala parto. Note: .....

ORA VALUTAZIONE (HH:MM)	__ : __	TIMBRO E FIRMA OSTETRICA	
ORA VALUTAZIONE (HH:MM)	__ : __	TIMBRO E FIRMA MEDICO	

*ew*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 22 di 34

### Allegato 2 Scheda Accettazione Box Travaglio/parto

<b>Cognome e nome della paziente</b>			
<b>Data di nascita</b> (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	<b>Età gestazionale</b> (settimane)	
<b>Data di accettazione</b> (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	<b>Ora di accettazione</b> (HH:MM)	__ : __

CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO		
Epoca gestazionale: a termine (37 settimane + 1 giorno - 41 settimane + 2 giorni)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Feto singolo, presentazione cefalica	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Assenza di patologia fetale nota	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
CTG fisiologico	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Travaglio insorto spontaneamente	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Liquido amniotico limpido	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Rottura delle membrane da meno di 12 ore	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Placenta normalmente inserita	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Assenza di patologia materna nota (esami clinici, laboratoristici e strumentali nella norma) NB: La positività del tampone vaginale per streptococco $\beta$ emolitico non classifica di per sé il travaglio come ad alto rischio	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
Altro (specificare) NB: La compilazione di questo campo classifica il travaglio come ad alto rischio		

RACCOLTA DATI IMPOSSIBILE PER:	
<input type="checkbox"/> Problemi linguistici	<input type="checkbox"/> Paziente non vigile/collaborativa
<input type="checkbox"/> Deficit neurocognitivi	<input type="checkbox"/> Altro (specificare): .....

CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO	
<input type="checkbox"/> <b>BASSO RISCHIO</b> (Tutti i criteri sono soddisfatti e non è stato compilato il campo "Altro")	<input type="checkbox"/> <b>ALTO RISCHIO</b> (Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto o è stato compilato il campo "Altro")
La paziente viene inviata in:	<input type="checkbox"/> Blocco travaglio/parto <input type="checkbox"/> Reparto di degenza
Note/prescrizioni	

<b>Alle ore</b> (HH:MM)	__ : __	<b>La paziente è affidata a:</b>	<b>Nominativo operatore:</b>	<b>Qualifica (medico/ostetrica)</b>
<b>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE</b>				
<b>TIMBRO E FIRMA DELL'OPERATORE PER PRESA IN CARICO DELLA PAZIENTE</b>				

*Devi*



ISTITUTO SANITARIO REGIONALE

ASL ROMA 1

Regione Lazio

Asl Roma I

Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della

Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci

UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili



**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. n. I

Data 17/01/2019

Pag. 23 di 34

**Allegato 3-Partogramma**

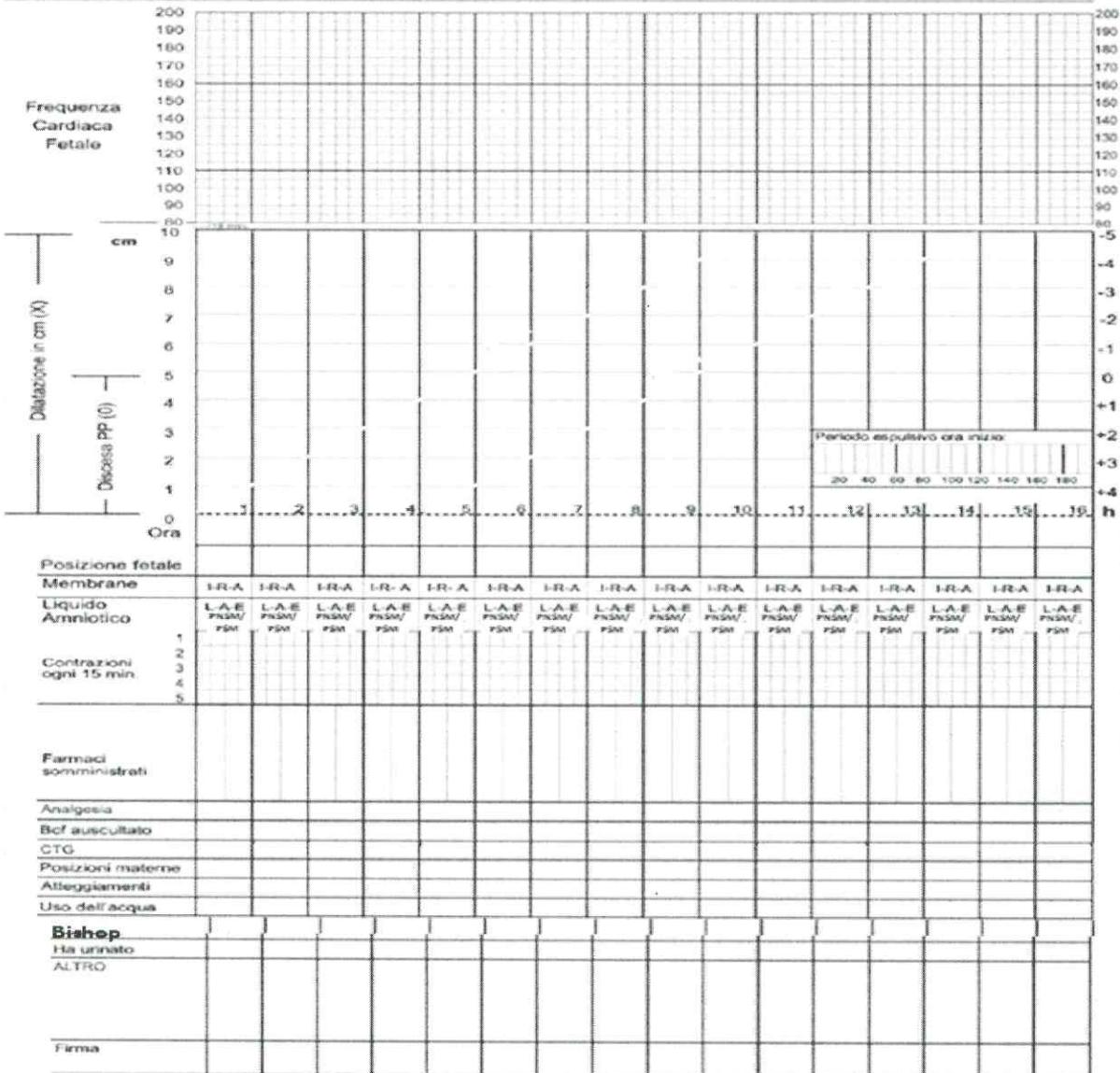
Logo  Azienda	<b>PARTOGRAMMA</b>		<b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	
	Cognome _____		Iniziale ore ____ : BASSO ALTO	
	Nome _____		MDG _____ OST _____	
	Nata il _____	Gravida _____ Para _____	Modifica ore ____ : BASSO ALTO	
	Ingresso il _____ ore _____	Rottura membrane il _____ ore _____	MDG _____ OST _____	

DATA

POLSO

PA

TEMP.



*Handwritten signature*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 24 di 34

Note \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inizio travaglio attivo ore		Posizione al parto		Ostetrica A	
Inizio fase espulsiva ore		Esiti perineali		Ostetrica B	
Parto ore		Anestesia locale		Altro:	
Secondamento ore		Perdita ematica			

**Legenda breve:**

**POSIZIONE FETALE:** "OISA" (occipito iliaca sinistra anteriore), "OISP" (occipito iliaca sinistra posteriore), "OIDA" (occipito iliaca destra anteriore), "OIDP" (occipito iliaca destra posteriore).

**MEMBRANE:** "I": integre; "R": rotte o "A": amniorexi.

**LIQUIDO AMNIOTICO:** "L": limpido; "A": assente; "E": ematico; "PSM": presenza significativa di meconio; "PNSM": presenza non significativa di meconio.

**BCF AUSCULTATO:** Annotare "SI"/ "NO"; **CTG:** Annotare "SI"/ "NO".

**POSIZIONI MATERNE:** "V" varie, "A" accovacciata, "S" seduta, "P" in piedi, "F" fianco, "C" carponi.

**ATTEGGIAMENTI:** "P" pianto, "V" vomito, "R" riposo, "S" scoraggiamento, "I" insofferenza, "A" autonoma, "NA" non autonoma, "BS" bisognosa di sostegno, "AG" aggressiva.

**USO DELL'ACQUA:** "D" doccia/ "V" vasca. **BOCCA UTERINA:** "SP" spessa, "S" sottile, "SOF" soffice, "R" rigida, "E" edematosa, "P" posteriore, "L" laterale, "C" centralizzata.

**PREMITO:** Annotare "SI"/ "NO";

**HA URINATO:** Annotare "SI"/ "NO" oppure "CAT" in caso di cateterismo vescicale estemporaneo.

*aut*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 25 di 34

## Allegato 4 - Indicazioni sulla compilazione del Partogramma

### 1- DEFINIZIONI ED ABBREVIAZIONI

BCF Battito Cardiaco Fetale

EV Endovena

FC Frequenza Cardiaca

IMPEGNO (come descritto su Pescetto/De Cecco/Pecorari ed. 1979) *“superamento del piano dello Stretto Superiore da parte della maggiore circonferenza della PP”*

Mdg Medico di guardia

NICE National Institute of Clinical Evidence

OMS Organizzazione Mondiale della Sanità

OST Ostetrica

PA Pressione Arteriosa

PP Parte Presentata

SI Stretto Inferiore

SM Stretto Medio

SpO2 Saturazione ossigeno pulsio ossimetro

SS Stretto Superiore

SUT Scheda Unica di Terapia

### 2- MODALITÀ DI COMPILAZIONE DEL PARTOGRAMMA

Si intende utilizzare il Partogramma come strumento ostetrico di sorveglianza del travaglio di parto, sul modello di Partogramma adottato nella Regione Emilia Romagna.

La compilazione del Partogramma deve avvenire contestualmente alle valutazioni effettuate e ad ogni segnalazione eseguita su di esso deve corrispondere la firma/sigla dell'operatore e l'ora in cui si effettua.

#### 2.1 Diagnosi di travaglio attivo

Il Partogramma si apre al momento dell'inizio della fase attiva del travaglio, caratterizzata dal raggiungimento progressivo dei 4-5 cm di dilatazione cervicale e dalla presenza di contrazioni uterine regolari e dolorose.

#### 2.2 Monitoraggio dell'attività uterina

Segnalare sul Partogramma ogni 30 minuti la frequenza e l'intensità delle contrazioni uterine.

#### 2.3 Monitoraggio della dilatazione cervicale

L'esplorazione vaginale è raccomandata ogni 4 ore per la valutazione della fase attiva del primo stadio del travaglio di parto nel basso rischio ostetrico (OMS 2018): non sono opportune ripetute esplorazioni vaginali più frequenti in assenza di motivazioni specifiche.

Segnalare almeno ogni 4 ore tramite una croce da apporre sul Partogramma la dilatazione del collo dell'utero.

#### 2.4 Monitoraggio del benessere fetale

Segnalare sul Partogramma ogni 15 minuti l'avvenuta auscultazione intermittente del BCF (nel travaglio di parto a basso rischio); nel travaglio ad alto rischio attenersi alle indicazioni mediche per quanto concerne il monitoraggio del BCF. Annotare o allegare al Partogramma l'auscultazione/registrazione del BCF in ambedue i casi.

*Handwritten signature*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 26 di 34

## 2.5 Sorveglianza delle condizioni materne

Nel basso rischio rilevare e annotare ogni 4 ore PA, FC, Temperatura. Nell'alto rischio il monitoraggio di questi e altri parametri dipende dall'indicazione medica.

Controllare lo stato di svuotamento della vescica ed eventualmente invitare la donna ad urinare ora, ora e mezza. Valutare eventuali perdite ematiche dai genitali, l'eventuale rottura delle membrane amniocoriali, il colore e la quantità del liquido amniotico, la condizione di adattamento psicologico e la risposta al dolore della donna. Sono dati significativi l'assunzione di bevande e cibi, di cui deve essere specificata la qualità e quantità (es. 1 fetta biscottata, un bicchiere di the zuccherato). Facilitare, ove possibile, la libertà di movimento della donna e registrare le posizioni, anche se suggerite, da essa assunte.

## 2.6 Induzione o accelerazione farmacologica del travaglio di parto

In caso di induzione farmacologica o di somministrazione ossitocica a sostegno del travaglio, segnalare data e ora di inizio della somministrazione del farmaco. Si rimanda alla SUT per la registrazione della modalità di somministrazione. Anche nel caso di induzione ossitocica l'apertura del partogramma si effettua al momento della diagnosi di travaglio attivo.

Per la somministrazione di farmaci analgesici o liquidi EV segnalare ora e farmaco. Si rimanda alla SUT per la registrazione della modalità di somministrazione.

## 2.7 Diagnosi di impegno e monitoraggio della progressione della PP

Si assume per "IMPEGNO" quanto definito al punto I. Si stabilisce che il livello "0" identifica il reperi della PP (rappresentato dall'occipite) al livello delle spine ischiatiche.

Si stabilisce la gradualità del posizionamento della testa fetale nel seguente modo "-4/0/+4", corrispondenti anche alle seguenti diciture:

- Extrapelvica = -4;
  - Non impegnata mobile = -3;
  - Non impegnata adagiata = -2/-1;
  - Impegnata allo SS = 0;
  - Impegnata allo SM = +1;
- 3- Impegnata allo SI = +2;

## 4- MONITORAGGIO DEL SECONDO STADIO DEL TRAVAGLIO DI PARTO

Lo strumento descritto non ha applicabilità per quanto attiene alla sorveglianza/monitoraggio del secondo stadio del travaglio di parto, secondo quanto risulta dalle attuali evidenze scientifiche.

Auscultare il BCF per un minuto dopo la contrazione almeno ogni 5 minuti. Annotare o allegare al Partogramma la documentazione relativa all'auscultazione/registrazione del BCF.

## 5- LEGENDA PARTOGRAMMA

### PAGINA FRONTALE:

**VALUTAZIONE DEL RISCHIO:** Riportare il nome del MdG e dell'ostetrica coinvolti nella valutazione del rischio, sia nel momento di insorgenza del travaglio che al momento di una modifica dello stato di rischio della donna.

**DATA e PARAMETRI VITALI:** annotare la data della visita e i valori dei parametri vitali rilevati.

**BCF:** Riportare modalità e/o reperto di registrazione del BCF.

**GRAFICO DILATAZIONE/DISCESA DELLA PP:** con una "X" si annota la dilatazione cervicale e con una "O" la discesa della parte presentata; da notare come il riferimento alla dilatazione sia a sinistra del grafico



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 27 di 34

(da 0 a 10 cm) e la discesa della parte presentata sia a destra (da -5 a +4). Sulla linea della dilatazione 0 sono presenti numeri dall'1 al 16 che rappresentano le ore del travaglio.

**PERIODO ESPULSIVO:** annerire i rettangoli in base alla durata del periodo espulsivo, ognuno dei quali equivale a 10 minuti.

**ORA:** Indicare l'ora esatta della visita ostetrica.

**POSIZIONE FETALE:** Indicare la posizione fetale. Nel caso della presentazione cefalica di vertice: "**OISA**" (occipito iliaca sinistra anteriore), "**OISP**" (occipito iliaca sinistra posteriore), "**OIDA**" (occipito iliaca destra anteriore), "**OIDP**" (occipito iliaca destra posteriore).

**MEMBRANE:** Indicare, cerchiando la lettera corrispondente, lo stato delle membrane al momento della visita come segue: "**I**": integre, "**R**": rotte e "**A**": amniorexi.

**LIQUIDO AMNIOTICO:** Indicare, cerchiando la lettera corrispondente, le caratteristiche del liquido amniotico come segue: "**L**": limpido, "**A**": assente, "**E**": ematico, "**PSM**": presenza significativa di meconio, "**PNSM**": presenza non significativa di meconio.

**CONTRAZIONI:** annerire il quadratino corrispondente al numero e alla durata delle contrazioni uterine valide percepite come segue:

-  Contrazioni di durata inferiore ai 20 secondi
-  Contrazioni di durata compresa tra i 20 e 40 secondi
-  Contrazioni di durata maggiore di 40 secondi

**FARMACI SOMMINISTRATI:** Indicare, se presenti, il nome dei farmaci o dei liquidi somministrati in travaglio. Indicare l'ossitocina come "**OX**" e annotare il numero di unità e di ml infusi al minuto. Per l'analgesia epidurale annotare ogni bolo somministrato.

**BCF AUSCULTATO:** Annotare "**SI**"/ "**NO**".

**CTG:** Annotare "**SI**"/ "**NO**".

**POSIZIONI MATERNE:** Indicare la posizione prevalente assunta dalla donna nel periodo di valutazione come segue: "**V**" varie, "**A**" accovacciata, "**S**" seduta, "**P**" in piedi, "**F**" fianco, "**C**" carponi.

**ATTEGGIAMENTI:** "**P**" pianto, "**V**" vomito, "**R**" riposo, "**S**" scoraggiamento, "**I**" insofferenza, "**A**" autonoma, "**NA**" non autonoma, "**BS**" bisognosa di sostegno, "**AG**" aggressiva.

**USO DELL'ACQUA:** "**D**" doccia/ "**V**" vasca.

**BOCCA UTERINA:** "**SP**" spessa, "**S**" sottile, "**SOF**" soffice, "**R**" rigida, "**E**" edematosa, "**P**" posteriore, "**L**" laterale, "**C**" centralizzata.

**PREMITO:** Annotare "**SI**"/ "**NO**".

**HA URINATO:** Annotare "**SI**"/ "**NO**" oppure "**CAT**" in caso di cateterismo vescicale estemporaneo.

**ALTRO:** Utilizzare per indicare altre informazioni non incluse nel partogramma come l'assunzione di bevande o cibi liquidi e/o solidi.

**FIRMA:** riportare la firma dell'operatore che effettua la visita.

**PAGINA RETRO:**

**NOTE:** segnalare eventi che possono influenzare il travaglio non riportabili in altri spazi predisposti del Partogramma.

**TABELLA:** Riportare le ore richieste nei quadri riassuntivi dei tempi del travaglio e del parto, la posizione al parto, gli esiti perineali, il tipo di in anestesia locale (es. LIDOCAINA) e la quantità della perdita ematica.

**LEGENDA BREVE.**

*Aut*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 28 di 34

### Allegato 5 Scheda valutazione e monitoraggio post-partum

<b>Cognome e nome della paziente</b>					
<b>Data di nascita</b> (GG/MM/AAAA)	__/__/__	<b>Data e ora del parto</b> (GG/MM/AAAA) (HH:MM)	__/__/__ __:__		
<b>Tipo di parto</b>	<input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> TC in urgenza <input type="checkbox"/> TC in elezione <input type="checkbox"/> Vacuum				
PARAMETRI E TEMPI DEL MONITORAGGIO					
<b>NB:</b> I tempi vanno calcolati a partire dal termine delle attività relative all'assistenza al parto					
Tempi (min.) Parametri	30	60	120		
<b>PA</b> (mmHg)					
<b>FC</b> (bpm)					
<b>FR</b> (atti/min)					
<b>SpO<sub>2</sub></b> (%)					
<b>TC</b> (°C)					
<b>Dolore</b>					
<b>Diuresi</b>	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml: .....				
<b>Perdite ematiche</b>	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)
<b>Fondo uterino</b> (OT = Ombelicale Trasversa)	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT
<b>Globo di sicurezza</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				
<b>Trombo genito- puerperale</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No				
<b>Ferita chirurgica</b> (se presente)	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.				
<b>Firma ostetrica</b>					
<b>Ora di termine delle attività relative all'assistenza al parto (HH:MM)</b>			__:__		
<b>Data e ora trasferimento in reparto</b> (GG/MM/AAAA) (HH:MM)		__/__/__    __:__			
<b>Firma dell'ostetrica</b>					

*Allegato*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 29 di 34

Note

---



---



---



---

<b>Contatto pelle a pelle con il neonato</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Allattamento al seno</b>	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
<b>Data e ora trasferimento del neonato al nido</b>	___/___/___ :__	

Note:

---



---

Prescrizioni anestesiolgiche:

---



---



---



---

Prescrizione tromboprofilassi: specificare  si  no



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 30 di 34

## Allegato 6: Informativa Taglio Cesareo d'elezione

**Gentile Signora,**

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

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

Qualora avesse già effettuato un cesareo nella precedente gravidanza, avrà sicuramente ricevuto informazioni lungo il decorso della gravidanza dal suo curante o dai nostri professionisti circa la possibilità di poter eseguire un travaglio di prova dopo Taglio cesareo per poter partorire per via vaginale. Inoltre qualora avesse optato per un'espletamento del parto per via chirurgica per motivi personali (tocofobia, pregresso parto traumatico, etc), avrà sicuramente ricevuto dai nostri professionisti informazioni inerenti la ridotta morbilità materno-fetale del parto vaginale rispetto al taglio cesareo.

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

- HCV
- HbsAg
- VDRL
- HIV
- Rubeo test
- Tampone vagino-rettale per Streptococco di gruppo B (GBS)
- Toxo test
- CMV
- Emocromo
- Prove di coagulazione
- Colinesterasi
- Creatininemiatransaminasi
- Gruppo sanguigno
- ECG
- Ecografie ostetriche eseguite in gravidanza

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

Data

Timbro e firma ostetrica/medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 31 di 34

### Allegato 7: 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

*Handwritten signature*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 32 di 34

### Allegato 8: 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	
<b>1. Vi è evidenza del triage ostetrico?</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
<b>2. È documentata l'attribuzione della classe di rischio?</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
<b>3. La gestione dell'esame cardiotocografico è formalmente esplicitata e standardizzata?</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
<b>4. Il partogramma è compilato correttamente?</b> <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
<b>5. È documentato il monitoraggio post-partum?</b> <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:	

*Allo*

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE <b>ASL ROMA 1</b>	Regione Lazio Asl Roma I Dipartimento salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott. Pietro Saccucci UOC SPRM Dir. Dott.ssa Maddalena Quintili	
	<b>Raccomandazione n° 6 del Ministero della Salute</b> Procedura per la Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto	4 A PRO 03 Rev. n. I Data 17/01/2019 Pag. 33 di 34

#### 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

*Alu*

