



REGIONE
LAZIO

DOCUMENTO 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

Componenti del gruppo di lavoro:

Giuseppe Sabatelli (coordinatore); Domenico Di Lallo; Anna Santa Guzzo; Luigi Tonino Marsella; Maurizio Musolino; Antonio Silvestri

Revisori del documento:

Elsa Buffone; Giulia D'Amati; Mario De Curtis; Maria Grazia Frigo; Francesco Moneschi; Maria Grazia Pellegrini; Vincenzo Scotto di Palumbo; Herbert Valensise

Hanno collaborato alla stesura del documento:

Simona Asole; Sara Farchi

Revisione del 18 luglio 2018



CENTRO REGIONALE
RISCHIO CLINICO

DOCUMENTO 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

INDICE

1.0	Introduzione e rationale del documento	2
2.0	Ambiti di applicazione	2
3.0	Definizioni	3
4.0	Modello teorico di riferimento	3
L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 6 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO		4
5.0	FASE 1: Accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio	5
PERCORSO A – GESTIONE DEL PARTO VAGINALE A BASSO RISCHIO		8
6.0	FASE 2 del parto vaginale a basso rischio: Gestione travaglio/parto	9
7.0	FASE 3 del parto vaginale a basso rischio: Post-partum	10
PERCORSO B – GESTIONE DEL PARTO CHIRURGICO		11
8.0	FASE 2 del parto chirurgico: Gestione travaglio/parto	12
8.1	Il taglio cesareo (TC)	12
8.1.1	Classificazione del TC	12
8.2	Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio	13
8.2.1	Tricotomia area sovra pubica	13
8.2.2	Antibiotico profilassi perioperatoria	13
8.3	Prevenzione del rischio tromboembolico	14
8.4	Anestesia e organizzazione dell'intervento chirurgico	15
9.0	FASE 3 del parto chirurgico: Post-partum	16
10.0	Incident reporting in caso di evento sentinella morte materna	16
IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 16 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI		18
11.0	FASE 1 del percorso neonatale: Sala parto	19
12.0	FASE 2 del percorso neonatale: Trasferimento al nido/rooming in	20
13.0	FASE 3 del percorso neonatale: Dimissione	20
14.0	FASE 4 del percorso neonatale: Prima visita post-dimissione	21
15.0	Incident reporting in caso di evento sentinella morte neonatale	22
16.0	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI	23
	Allegati	24

1.0 INTRODUZIONE E RAZIONALE DEL DOCUMENTO

La promozione della salute riproduttiva, dalla fase che precede il concepimento fino all'espletamento del parto e al puerperio, rappresenta un tema particolarmente sensibile sia per gli aspetti sanitari che per quelli sociali. Nei Paesi socialmente più avanzati, nonostante la mortalità e morbosità materna correlate al travaglio e/o al parto e le morti o disabilità permanenti del neonato sano di peso superiore ai 2500 grammi siano eventi sempre più rari, è possibile che una quota non trascurabile di tali eventi potrebbe essere evitata migliorando gli standard assistenziali: nel caso delle morti materne la percentuale di eventi evitabili raggiunge circa il cinquanta per cento per i Paesi che dispongono di sistemi di sorveglianza attiva. Per questo motivo il Ministero della Salute ha pubblicato due raccomandazioni specifiche sul tema, di seguito riportate:

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

L'implementazione di tali raccomandazioni tramite l'adozione di procedure specifiche, tuttavia, si scontra con le difficoltà legate alla necessità di sintetizzare in un unico documento l'estrema variabilità clinica e le innumerevoli possibili deviazioni dal percorso fisiologico della gravidanza, del parto e del neonato. In altri termini, se per la gravidanza fisiologica che si conclude con un parto eutocico e per il neonato in buona salute è possibile ipotizzare un decorso prevedibile e uniforme, la deviazione dalla fisiologia può riconoscere innumerevoli forme e modalità espressive e, di conseguenza, richiedere l'adozione di altrettante tecniche operative e approcci terapeutici, patrimonio della competenza e dell'autonomia degli operatori sanitari coinvolti nel processo.

Con questo documento di indirizzo si è ritenuto pertanto opportuno evitare di entrare nel merito clinico e tecnico delle attività sanitarie legate a quello che potremmo genericamente definire il "percorso nascita", quanto piuttosto delineare metodologicamente una successione di *test point* (come ad esempio le informazioni riguardanti il monitoraggio cardiocografico, la scheda di accettazione ostetrica ed il monitoraggio post-partum) per il parto vaginale a basso rischio e per quello chirurgico, e per il percorso neonatale, 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 inappropriatazza.

NB: Il documento rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua emissione e non esime gli operatori dalla necessità di un aggiornamento continuo sugli argomenti trattati.

2.0 AMBITI DI APPLICAZIONE

A CHI	Il documento è rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza, in travaglio-parto e dei loro neonati
DOVE	Il documento interessa tutte le strutture pubbliche e private erogatrici di assistenza alle donne in gravidanza, in travaglio-parto e ai loro neonati
PER CHI	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

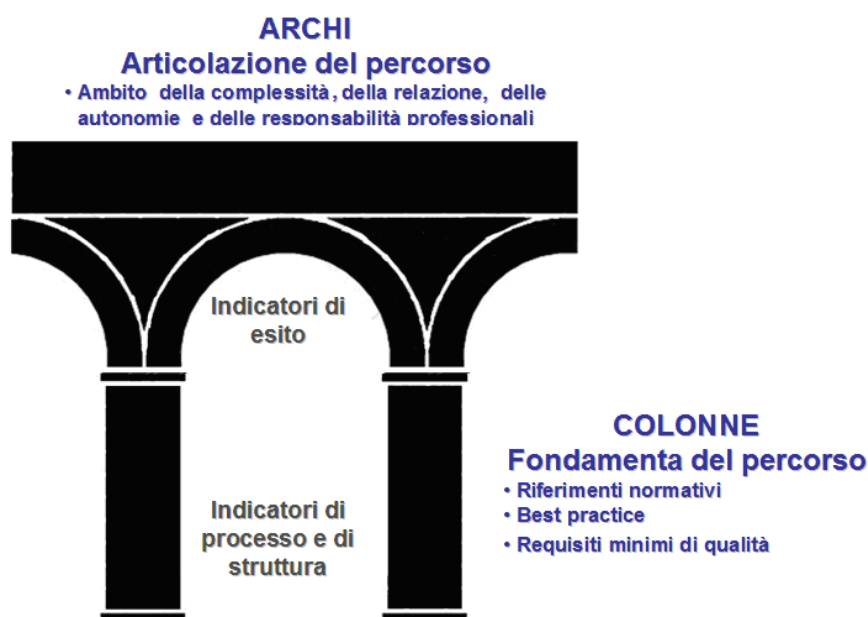
3.0 DEFINIZIONI

- **Morte materna:** morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal termine della gravidanza per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento.
- **Morte neonatale o disabilità permanente:** morte neonatale o disabilità permanente non correlata a condizione congenita in neonato di peso superiore a 2.500 grammi.

4.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Per la redazione del documento è stato adottato un modello definito ad “acquedotto romano”, composto da colonne e archi, come di seguito definiti:

- **Colonne:** rappresentano le attività di cui bisogna obbligatoriamente produrre evidenza nella documentazione sanitaria, in tutti i contesti organizzativi che erogano assistenza alle donne in gravidanza, in travaglio-parto e ai loro neonati
- **Archi:** rappresentano gli ambiti di autonomia professionale degli operatori coinvolti nel percorso nascita, in coerenza sia a criteri di individualizzazione e personalizzazione delle cure che alla diversificazione clinica dei singoli casi trattati. Tale autonomia, tuttavia, non può derogare a quanto stabilito dalle “colonne”



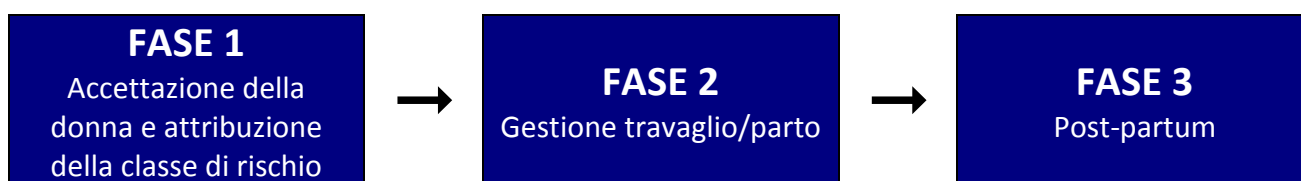
Analogamente a quanto accade per ogni processo clinico-assistenziale, anche per il percorso nascita è possibile individuare tre categorie di indicatori di monitoraggio di sistema:

- **Indicatori di esito:** indicatori correlati a cosa ho prodotto
- **Indicatori di processo:** indicatori correlati alle evidenze di corretta implementazione dei requisiti di struttura, tecnologici e procedurali (come ho prodotto)
- **Indicatori di struttura:** indicatori con evidenze del rispetto dei requisiti di struttura, tecnologici e procedurali (con cosa ho prodotto)

Alla luce del modello teorico di riferimento prescelto, questo documento si è limitato a suggerire per ogni fase (colonna) individuata, un set minimo di indicatori di processo ritenuti indispensabili per esplicitare il rispetto dei *test point* prescelti. Nel rispetto dell'autonomia delle singole strutture, tali indicatori potranno essere integrati in relazione alle specifiche articolazioni organizzative, purché venga data evidenza del rispetto dei requisiti minimi previsti per ogni fase.

**L'IMPLEMENTAZIONE DELLA
RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 6 PER LA
PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA
CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO**

Applicando il modello teorico di riferimento descritto nel capitolo 4, sono stati individuati i requisiti di sicurezza minimi, ma cogenti, del parto vaginale a basso rischio e di quello chirurgico nelle seguenti fasi (corrispondenti alle colonne del modello):

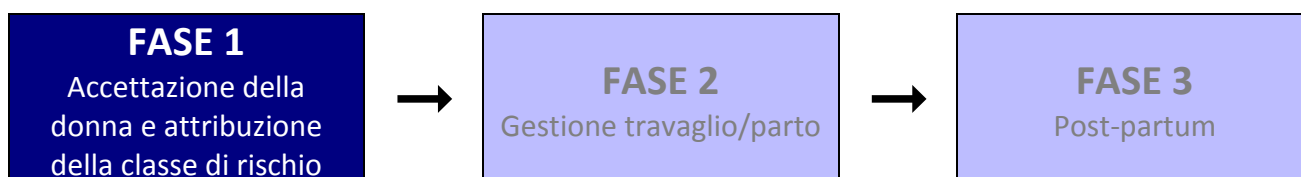


La FASE 1 e la FASE 3 sono comuni al parto vaginale a basso rischio e a quello chirurgico, mentre la FASE 2 riconosce attività specifiche per le due fattispecie.

Per ogni fase del processo il documento suggerisce un set di indicatori che è da considerarsi il livello mandatorio minimo per il monitoraggio e il controllo del percorso nascita.

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

5.0 FASE 1: ACCETTAZIONE DELLA DONNA E ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO



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)**. Per far questo è necessario eseguire le seguenti attività:

1. Triage ostetrico
2. Prima visita
3. Cardiotocografia (CTG)

- **TRIAGE OSTETRICO:** con questo termine non si intende una rivalutazione del codice triage attribuito al PS (nelle strutture in cui non sia disponibile un PS Ostetrico), bensì una valutazione del rischio della donna gravida e del feto effettuata da personale ostetrico al momento dell'accesso al PS o immediatamente dopo. Pur nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle diverse strutture, si raccomanda fortemente, ove possibile, che il triage ostetrico venga effettuato dall'ostetrica del Box di accettazione. L'attività di triage ostetrico deve essere registrata sulla documentazione clinica di PS.
- **PRIMA VISITA:** La visita di accettazione viene effettuata di norma dall'ostetrica di guardia o dal medico ginecologo. La raccolta dati dell'anamnesi prevede un'accurata valutazione del decorso della gravidanza, della storia ostetrica pregressa, di eventuali terapie in atto e/o di patologie materne concomitanti. Ulteriori indagini saranno effettuate contestualizzando il caso e su

esplicita prescrizione del medico che prende in carico la paziente. I requisiti minimi della visita di accettazione, oltre all'anamnesi, comprendono:

- a) esplorazione vaginale
- b) misurazione dei parametri vitali
- c) rilevazione del Battito Cardiaco Fetale (BCF)

- **CARDIOTOCOGRAFIA:** i parametri e i criteri per la valutazione del cardiocotogramma (CTG) sono riportati nella tabella seguente e nell'Allegato 1 (*Cartella del monitoraggio cardiocotografico*) che potrà essere adattato in relazione alle specificità organizzative aziendali, ma nel rispetto dei suoi contenuti minimi. Per poter esprimere una valutazione il CTG dovrà avere una durata di almeno venti minuti.

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	
	<p>a. Fra 100-109 Bradicardia lieve</p> <p>b. Fra 161-180 Tachicardia lieve</p>	< 5 bpm per un tempo compreso tra i 40 e i 90 min	<p>a. Precoci</p> <p>b. Variabili in rapporto alla contrazione</p> <p>c. Di durata inferiore a 3 min</p>	

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
	<p>a. < 100 Bradicardia severa</p> <p>b. > 180 Tachicardia severa</p> <p>c. Sinusoidale per un tempo > 10 min</p>	< 5 per un tempo ≥ 90 min	<p>a. Variabili in rapporto alla morfologia</p> <p>b. Tardive</p> <p>c. Prolungate oltre 3 min</p>	Assenti	Assenti	Presente, Regolare, Irregolare o Assente

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

Se la paziente è fisiologicamente in travaglio attivo (vedi Tabella 2), viene compilata la sezione documentale relativa al ricovero ostetrico sul modello riportato nell'Allegato 2 (*Scheda accettazione Box Travaglio/Parto*) che potrà essere adattato in relazione alle specificità organizzative aziendali, ma nel rispetto dei suoi contenuti minimi.

Nella sezione documentale relativa al ricovero ostetrico deve essere individuata la classe di rischio sulla base dei criteri riportati nella Tabella 3 e deve essere indicato in maniera esplicita a quale operatore sanitario viene affidata la gestione del caso.

L'individuazione della classe di rischio e l'assegnazione all'operatore sanitario competente deve essere effettuata dal medico ginecologo che per primo visita la paziente sulla base dei criteri elencati nella Tabella 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, dovrà immediatamente coinvolgere il medico ginecologo. A tal fine si sottolinea l'importanza di un continuo ed efficace coordinamento e comunicazione fra tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso nascita.

Tabella 2 – 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 maggiore o uguale a 4 cm

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

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

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

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

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

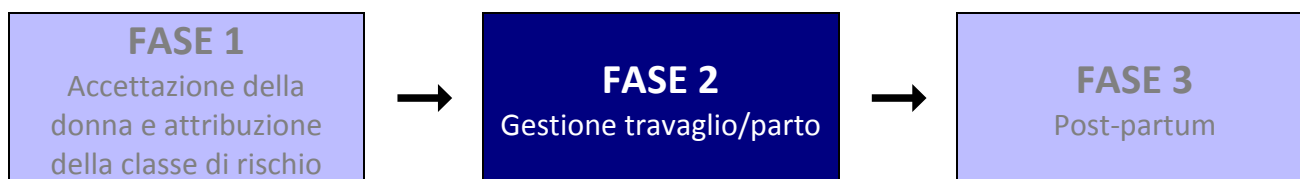
Indicatori di processo minimi suggeriti

- Presenza della scheda di Triage ostetrico
- Refertazione CTG sul modello dell'Allegato 1
- Compilazione sezione documentale relativa al ricovero ostetrico sul modello dell'Allegato 2

PERCORSO A

**GESTIONE DEL PARTO VAGINALE
A BASSO RISCHIO**

6.0 FASE 2 DEL PARTO VAGINALE A BASSO RISCHIO: GESTIONE TRAVAGLIO/PARTO



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.

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 tale strumento è indispensabile per la trasmissione di informazioni tra operatori e la visualizzazione immediata della progressione del travaglio. È inoltre uno degli strumenti di controllo del rispetto delle procedure e della qualità dell'assistenza. Il modello di partogramma può essere elaborato nel rispetto dell'autonomia organizzativa aziendale dalle diverse strutture, tuttavia è mandatorio che vengano monitorati i seguenti parametri:

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

La diagnosi di travaglio in atto coincide con l'inizio della compilazione del partogramma, sul quale vanno segnalate eventuali remissioni del travaglio.

NB: il partogramma deve essere compilato in tempo reale al fine di permettere in qualsiasi momento un controllo sull'andamento 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 vitali della donna**
- **Controllo del Battito Cardiaco Fetale (BCF)**
- **Assistenza al periodo espulsivo**
- **Clampaggio del funicolo**
- **Assistenza al secondamento**
- **Valutazione della perdite ematiche per la rilevazione di perdite superiori ai 500 ml**

Il personale medico e/o ostetrico che ha seguito il travaglio/parto deve trasmettere al pediatra/neonatologo qualsiasi informazione clinica o anamnestica relativa alla madre che possa avere ricadute sulla salute del neonato.

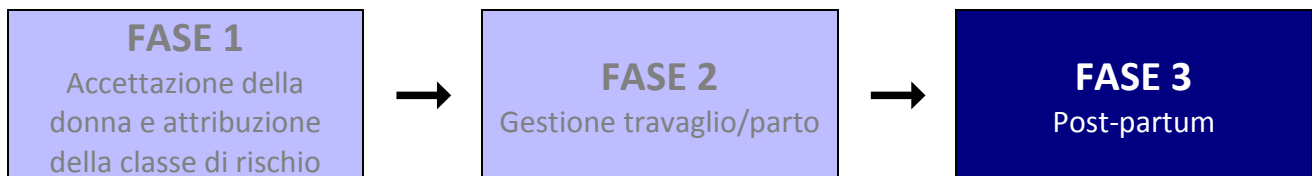
La FASE 2 del parto vaginale a basso rischio si conclude con l'espletamento del parto e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

- 1. Partogramma**
- 2. Cardiotocografia o rilevazione intermittente del battito cardiaco fetale a cadenza regolare**

Indicatori di processo minimi suggeriti

- Compilazione partogramma
- Refertazione CTG

7.0 FASE 3 DEL PARTO VAGINALE A BASSO RISCHIO: POST-PARTUM



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

- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- 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

secondo quanto previsto dall'Allegato 3 *Scheda di valutazione e monitoraggio post partum*, che potrà essere adattato in relazione alle specificità organizzative aziendali, ma nel rispetto dei suoi contenuti minimi. Per la valutazione del dolore si suggerisce l'utilizzo di scale come la NRS (*Numerical Rating Scale*, che valuta il dolore con una scala numerica da zero, assenza di dolore, a dieci, massimo dolore possibile) o la VAS (*Visual Analogue Scale*, dove la paziente è chiamata a valutare il dolore fra i due estremi di una linea continua non numerata).

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

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

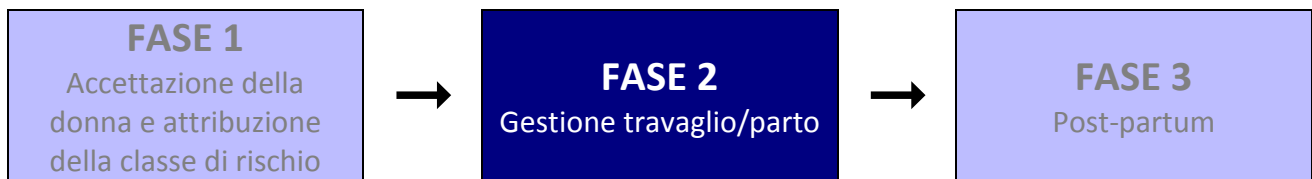
Indicatori di processo minimi suggeriti

- Compilazione scheda post partum sul modello dell'Allegato 3

PERCORSO B

GESTIONE DEL PARTO CHIRURGICO

8.0 FASE 2 DEL PARTO CHIRURGICO: GESTIONE TRAVAGLIO/PARTO



8.1 Il taglio cesareo (TC)

Nonostante le prove di efficacia disponibili confermino che l'intervento sia un fattore di rischio indipendente per la morbosità e la mortalità materna, il ricorso al TC nel Lazio è ancora eccessivamente elevato. Questo è, almeno in una certa misura, riconducibile a molteplici fattori relativi ad aspetti strutturali, organizzativi e culturali, tutti elementi indipendenti dalle necessità cliniche del singolo caso. Ogni organizzazione è pertanto tenuta a intraprendere ogni iniziativa utile per ridurre l'inappropriatezza legata al ricorso al TC come modalità di esecuzione del parto.

Il TC è un intervento che può essere deciso sulla base di criteri di appropriatezza (vedi Tabella 4) e/o dal carattere di urgenza-emergenza (vedi Tabella 5), oppure in regime di elezione programmata nel rispetto del *timing* gestazionale delle indicazioni previste dalle evidenze scientifiche.

In caso di prematurità e/o patologia fetale accertata in epoca prenatale, ai fini di una valutazione integrata del singolo caso, deve essere recepito il parere del medico pediatra/neonatologo.

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

8.1.1 Classificazione del TC

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 β 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 va prodotta in documentazione sanitaria l'evidenza dell'avvenuta informazione (*counselling*) circa i benefici di un parto spontaneo rispetto ad un

TC, con proposta ed eventuale accettazione del “travaglio di prova” in caso di pregresso TC. I contenuti minimi del *counselling* sono riportati nell’Allegato 4 (*Informativa parto con taglio cesareo in elezione*) che potrà essere adattato in relazione alle specificità organizzative aziendali, ma nel rispetto dei suoi contenuti minimi;

- Garantire la corretta e completa compilazione della *Checklist di sala operatoria* secondo la specifica procedura aziendale.

Nella Tabella 5 è riportata la classificazione del TC modificata da Lucas.

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

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

8.2 Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio

8.2.1 Tricotomia area sovra pubica

A meno che i peli nell’area di incisione interferiscano significativamente con l’esecuzione dell’intervento, va evitata la tricotomia. Ove necessaria deve essere effettuata mediante l’uso di *clipper* elettrici. **Va assolutamente evitato l’utilizzo del rasoio a lame.**

La tricotomia va eseguita immediatamente prima dell’intervento utilizzando esclusivamente rasoi elettrici (*clipper*) e solo nei casi in cui sia strettamente necessaria.

8.2.2 Antibiotico profilassi perioperatoria

La contaminazione del campo operatorio è un evento frequente nel corso di ogni intervento chirurgico e richiede l’utilizzo della profilassi antibiotica. Un uso inappropriato di tale profilassi, tuttavia, può causare un aumento delle antibioticoresistenze.

Nel caso del TC la somministrazione dell’antibiotico **deve avvenire in unica dose prima dell’incisione.** La scelta del tipo di antibiotico e della posologia è di competenza dello specialista sulla base delle valutazioni cliniche del caso. La somministrazione di dosi addizionali di antibiotico dopo la fine dell’intervento non si è dimostrato efficace nel ridurre ulteriormente la frequenza di

infezioni e andrebbe pertanto evitata, a meno di particolari necessità cliniche valutate dallo specialista.

8.3 Prevenzione del rischio tromboembolico

Le donne che partoriscono con TC presentano un rischio di tromboembolismo venoso superiore di 2-3 volte a quello delle donne che partoriscono con parto vaginale. Tale rischio aumenta di circa 4 volte nelle pazienti che subiscono un TC in urgenza. È pertanto fortemente raccomandata, da parte del medico ginecologo, la valutazione precoce del rischio tromboembolico nelle donne che si avviano al percorso del parto con TC al fine di attuare gli opportuni schemi operativi secondo quanto riportato di seguito (Tabelle 6).

Per tutte le donne sottoposte a TC andrebbe presa in considerazione la tromboprofilassi con eparina a basso peso molecolare (EBPM) per 10 giorni dopo il parto, ad eccezione di quelle sottoposte a TC di elezione. Per queste ultime la trombo profilassi con EBPM per 10 giorni dopo il parto andrebbe presa in considerazione solo in presenza di fattori di rischio aggiuntivi. In pazienti selezionate ad alto rischio di TEV, nelle quali fattori di rischio significativi persistano in puerperio, si suggerisce di continuare la tromboprofilassi farmacologica per 6 settimane dopo il parto.

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

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 (riposo forzato a letto per un periodo di tempo ≥ 1 settimana) b) Emorragia post partum ≥ 1000 ml con intervento chirurgico c) Precedente TEV d) Preeclampsia con IUGR e) Trombofilia <ul style="list-style-type: none"> - 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

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

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

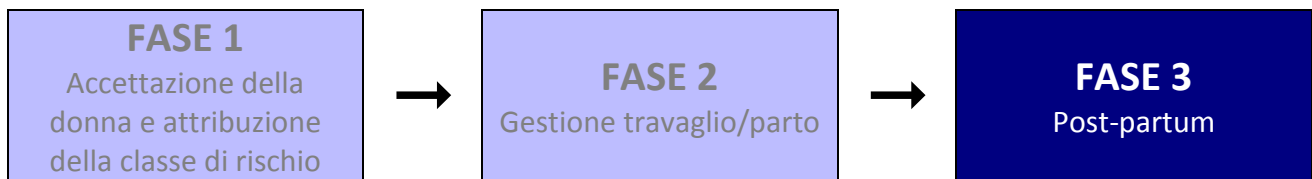
Indicatori minimi di processo suggeriti

- Compilazione checklist di sala operatoria
- Refertazione CTG

8.4 Anestesia ed organizzazione dell'intervento chirurgico

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

9.0 FASE 3 DEL PARTO CHIRURGICO: POST-PARTUM



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

- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- 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

secondo quanto previsto dall'Allegato 3 *Scheda di valutazione e monitoraggio post partum* che potrà essere adattato in relazione alle specificità organizzative aziendali, ma nel rispetto dei suoi contenuti minimi. Per la valutazione del dolore si suggerisce l'utilizzo di scale come la NRS (*Numerical Rating Scale*, che valuta il dolore con una scala numerica da zero, assenza di dolore, a dieci, massimo dolore possibile) o la VAS (*Visual Analogue Scale*, dove la paziente è chiamata a valutare il dolore fra i due estremi di una linea continua non numerata).

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

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

Indicatori di processo suggeriti

- Compilazione scheda post partum sul modello dell'Allegato 3

10.0 INCIDENT REPORTING IN CASO DI EVENTO SENTINELLA MORTE MATERNA

Nel 2003 la Regione Lazio è stata la prima ad attivare un sistema di sorveglianza della mortalità materna in Italia. Nel 2010 il Lazio è entrato a fare parte del progetto pilota di sorveglianza coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che oggi coinvolge 10 regioni (Piemonte, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Lazio, Campania, Puglia, Sardegna e Sicilia) che coprono il 77 per cento dei nati del Paese. A seguito della pubblicazione del DPCM sulle Sorveglianze e i Registri approvato dalla conferenza Stato Regioni (GU n. 109 del 12/5/2017), l'ISS ha assunto la responsabilità del coordinamento nazionale della sorveglianza della mortalità

materna e l'impegno della sua progressiva estensione all'intero Paese. Nel 2018 aderiranno alla sorveglianza anche il Veneto, le Marche e la Calabria portando la copertura al 91% dei nati.

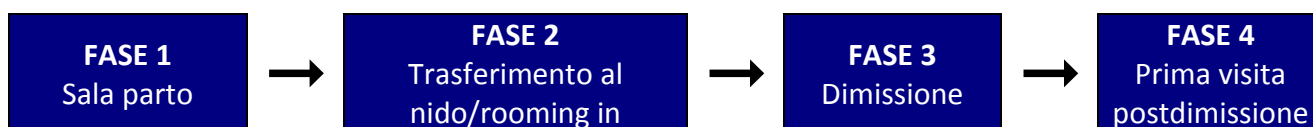
Al fine di integrare il flusso informativo del sistema di sorveglianza della mortalità materna con quello SIMES sono stati elaborati due Allegati, di seguito specificati, per guidare le UO di Risk Management delle diverse strutture, nella gestione di questa particolare categoria di eventi sentinella. Nel caso si verifichi una morte materna occorre pertanto:

1. Garantire la massima attenzione agli aspetti comunicativi con i parenti assicurando *privacy*, conforto e presenza empatica degli operatori;
2. Acquisire relazioni dettagliate da parte degli operatori sanitari che hanno assistito la donna;
3. Acquisire copia integrale della documentazione clinico-assistenziale della paziente;
4. Compilare, a cura del responsabile della UO coinvolta, la specifica scheda di *incident reporting* (Allegato 5: *Schema di Incident Reporting Evento Sentinella – Morte materna*) ed inviarla alla UO Risk management;
5. Predisporre, a cura del responsabile della UO Risk Management, gli strumenti di *risk analysis* più idonei al caso. L'Allegato 6 (*Schema Audit GRC Morte Materna*) rappresenta una guida per la conduzione di un Audit di GRC, focalizzata sulla individuazione dei fattori contribuenti e la predisposizione di un piano di miglioramento.

**IMPLEMENTAZIONE DELLA
RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 16 PER
LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ
PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO
>2500 GRAMMI**

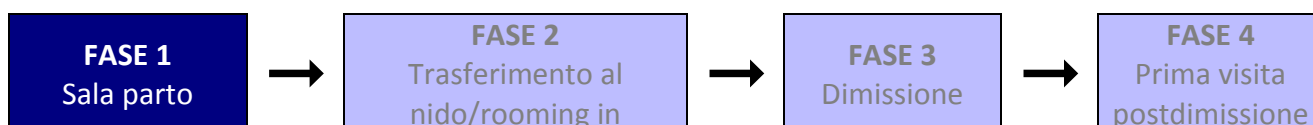
In analogia con quanto fatto per il percorso legato al travaglio e al parto, anche il percorso neonatale è stato suddiviso in fasi, al cui interno sono stati individuate le attività (le colonne del modello ad “acquedotto romano”) di cui bisogna obbligatoriamente produrre evidenza nella documentazione sanitaria, in tutti i contesti organizzativi che erogano assistenza neonatale.

Le fasi in cui è stato suddiviso il percorso neonatale sono le seguenti:



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

11.0 FASE 1 DEL PERCORSO NEONATALE: SALA PARTO



In questa fase, oltre all’identificazione della coppia madre-neonato secondo le procedure aziendali vigenti, è necessaria la valutazione dei seguenti parametri, di cui andrà data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

- Il pediatra/neonatologo acquisisce le informazioni cliniche e anamnestiche del caso dagli operatori che hanno seguito la donna durante il travaglio e il parto, e dalla documentazione sanitaria. Le informazioni dovrebbero riguardare anche il periodo della gravidanza;
- Punteggio Apgar superiore a 7 al quinto minuto;
- Assenza di malformazioni evidenti;
- Frequenza respiratoria fra 40 e 60 atti/minuto;
- Parametri antropometrici nella norma.

Nel caso in cui uno o più di questi parametri non siano nella norma, il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie sulla base delle specificità cliniche, del *setting* assistenziale e delle evidenze scientifiche.

Se tutti i parametri rientrano nella norma, è possibile passare alla fase successiva.

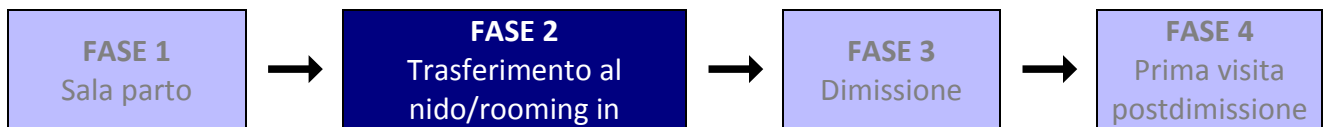
La FASE 1 del percorso neonatale si conclude con il trasferimento del neonato al nido/rooming in e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

- Punteggio di Apgar**
- Frequenza respiratoria**
- Sintetica descrizione morfobiometrica del neonato**

Indicatori minimi di processo suggeriti

- Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti previsti al capitolo 11

12.0 FASE 2 DEL PERCORSO NEONATALE: TRASFERIMENTO AL NIDO/ROOMING IN



In questa fase è necessario effettuare un esame obiettivo accurato e completo del neonato che consenta di valutare i parametri di seguito riportati, di cui andrà data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

- Nascita a termine (fra la 37ma e la 42ma settimana) con peso adeguato all'età gestazionale (superiore al decimo percentile secondo le curve SIN);
- Normale adattamento cardiorespiratorio alla vita extrauterina;
- Stabilità termica;
- Buone capacità nella suzione nutritiva e avvio efficace dell'alimentazione;
- Ittero, se presente, a basso rischio;
- Emissione registrata di meconio e urine;
- Esecuzione/programmazione di screening metabolico neonatale.

Nel caso uno o più di questi parametri non siano nella norma il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie sulla base delle specificità cliniche, del *setting* assistenziale e delle evidenze scientifiche.

Se tutti i parametri rientrano nella norma, è possibile passare alla fase successiva.

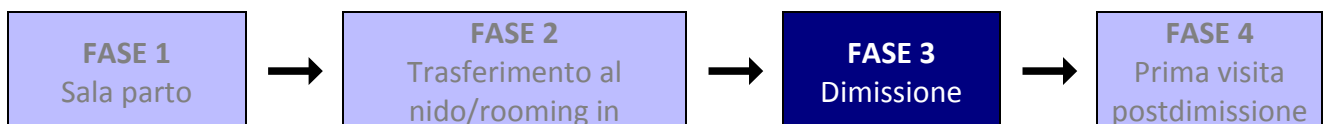
La FASE 2 del percorso neonatale si conclude con la dimissione e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

- Parametri vitali**
- Valori relativi all'andamento ponderale del neonato**
- Registrazione emissione di meconio e urine**
- Screening per malattie metaboliche dopo 48 ore dalla nascita**

Indicatori minimi di processo suggeriti

- Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti previsti al capitolo 12

13.0 FASE 3 DEL PERCORSO NEONATALE: DIMISSIONE



In questa fase, accertata la permanenza dei criteri indicati nella fase precedente, si dimette il neonato e contestualmente si programma la data per la prima visita ambulatoriale post-dimissione. È opportuno dare evidenza nella documentazione sanitaria delle seguenti attività:

- Valutazione della bilirubina in occasione del prelievo di sangue effettuato per lo screening metabolico esteso e praticato in seconda-terza giornata
- Promozione dell'allattamento materno

- c) Istruzioni ai genitori sull'allattamento e l'igiene del neonato comprendenti un recapito telefonico per eventuali consultazioni nel periodo intercorrente fra la dimissione e la prima visita ambulatoriale post-dimissione

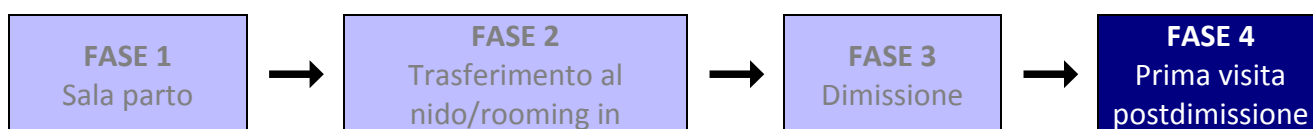
La FASE 3 del percorso neonatale si conclude con la programmazione della prima visita ambulatoriale post-dimissione e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

- 1. Informazione della madre sull'allattamento esclusivo, sulle raccomandazioni igienico sanitarie valide per la madre e il neonato e recapito telefonico per eventuali consultazioni con i sanitari**
- 2. Cartellino o lettera di dimissione**

Indicatori minimi di processo suggeriti

- Evidenza nella documentazione sanitaria dell'avvenuta informazione della madre

14.0 FASE 4 DEL PERCORSO NEONATALE: PRIMA VISITA POST-DIMISSIONE



È auspicabile che la prima visita post-dimissione venga effettuata dagli operatori del reparto di dimissione. Nel caso in cui, per particolari esigenze organizzative, questo non sia possibile, la prima visita post-dimissione dovrà essere effettuata presso i servizi territoriali o il pediatra di libera scelta.

In questa fase è necessaria la valutazione dei seguenti parametri, di cui andrà data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

- a) Rilievo dei dati biometrici;
- b) Rilievo dell'incremento ponderale;
- c) Rilievo delle condizioni generali del neonato: colorito, attività cardiaca, segni neurologici, stato dell'idratazione, oltre tutte le condizioni potenzialmente interferenti con la creazione di un normale rapporto fra la madre e il neonato.

Nel caso in cui uno o più di questi parametri non siano nella norma, il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie sulla base delle specificità cliniche, del *setting* assistenziale e delle evidenze scientifiche.

Se tutti i parametri rientrano nella norma, si conclude il percorso nascita.

La FASE 4 del percorso neonatale si conclude con l'esecuzione della prima visita ambulatoriale post-dimissione e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

- 1. Esame obiettivo completo del neonato**
- 2. Esplicitazione presenza/assenza di condizioni problematiche nella relazione madre-neonato**

Indicatori minimi di processo suggeriti

- Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti previsti al capitolo 14

15.0 INCIDENT REPORTING IN CASO DI EVENTO SENTINELLA MORTE NEONATALE

Sono stati elaborati due Allegati, di seguito specificati, per guidare le UO di Risk Management delle diverse strutture, nella gestione di questa particolare categoria di eventi sentinella. Nel caso si verifichi una morte neonatale occorre pertanto:

1. Garantire la massima attenzione agli aspetti comunicativi con i parenti assicurando *privacy*, conforto e presenza empatica degli operatori
2. Acquisire relazioni dettagliate da parte degli operatori sanitari che hanno assistito il neonato
3. Acquisire copia integrale della documentazione clinico-assistenziale
4. Compilare, a cura del responsabile della UO coinvolta, la specifica scheda di *incident reporting* (Allegato 7: *Schema di Incident Reporting Evento Sentinella – Morte o Disabilità Neonatale*) ed inviarla alla UO Risk management
5. Predisporre, a cura del responsabile della UO Risk Management, gli strumenti di *risk analysis* più idonei al caso. L'Allegato 8 (*Schema Audit GRC Morte o Disabilità Neonatale*) rappresenta una guida per la conduzione di un Audit di GRC, focalizzata sulla individuazione dei fattori contribuenti e la predisposizione di un piano di miglioramento

16.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

- Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG), Documento 17 - *Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto* (2008).
- SNLG Documento n. 19 - *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole* - Prima parte (2010).
- SNLG Documento n. 20 - *Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati* (2011).
- SNLG Linea Guida n. 20 - *Gravidanza Fisiologica* (2011).
- SNLG 22 - *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole* - Seconda parte (2016)
- Linee Guida Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – SIGO (2010).
- Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: *Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio* (2014).
- Royal College of Obstetrician & Gynaecologists: *Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium*. Green-Top Guideline No. 37a (April 2015).
- *Dimissione del neonato*. Documento della task force della Società Italiana di Neonatologia (2017).
- *Percorso nascita: Parto e puerperio - Assistenza al travaglio - Assistenza al parto a basso rischio*. Regione Emilia Romagna (2008)
- *Istruzioni per la compilazione del cartogramma*. Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi – Firenze, Regione Toscana (2010).
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) - *Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico*. Linee Guida Nazionali di riferimento, Ministero della Salute (2004).
- UNICEF Italia - *Standard per le buone pratiche per gli ospedali*. Roma (2012).
- D.M. 740 del 14/09/1994 – *Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o*.
- Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 07/09/2005 relativo al riconoscimento delle qualifiche professionali.
- D.Lgs. 06/11/2007, n. 206 *Attuazione della Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali*.
- Codice deontologico Ostetrica (2010).
- Codice deontologico Infermiere (2009).
- Codice deontologico Medico (2014).
- Ministero della Salute: *Raccomandazione n. 6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto* (2007).
- Ministero della Salute: *Raccomandazione n.16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita* (2014).
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 84: *Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism*. Obstet Gynecol 2007; 110: 429-40.
- Geerts WH et al. American College of Chest Physicians. *Prevention of Venous Thromboembolism*. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008; 133: S381-454.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium*. Green-Top Guidelines n. 37, 2009.
- Lucas DN, Yentis SM et al.: *Urgency of caesarean section: a new classification*. J R Soc Med 2000;93:346-50.
- WHO: *Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection* (2016).
- Royal College of Obstetrician & Gynaecologists: *Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium*. Green-Top Guideline No. 37a (April 2015).
- Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: *Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio* (2014).
- Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: *Monitoraggio cardiocografico in travaglio* (2018)

Allegato 1 - Cartella del monitoraggio cardiocografico

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

PROBLEMI MATERNI RIFERITI			
Pregresso cesareo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Pre-eclampsia pregressa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Gravidanza oltre il termine (> 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"/> Paziente non vigile/collaborativa	
<input type="checkbox"/> Deficit neurocognitivi		<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
DATA (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	TIMBRO E FIRMA OSTETRICA	

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
TIPO 1	<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
TIPO 2	<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			
TIPO 3	<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"/> TIPO 1	CTG in cui tutti i criteri rientrano nel TIPO 1 . Si interrompe il CTG e si trasmette in visione al medico curante. Note:
<input type="checkbox"/> TIPO 2	CTG in cui uno dei criteri rientra nel TIPO 2 e gli altri nel TIPO 1 . Si prosegue il CTG e si avvisa il medico curante. Note:
<input type="checkbox"/> TIPO 3	CTG in cui due o più criteri rientrano nel TIPO 2 e uno o più nel TIPO 3 . 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	

Allegato 2 - Scheda accettazione Box travaglio/parto

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

CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO

Epoca gestazionale: a termine (37 settimane + 1 giorno - 41 settimane + 2 giorni)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Feto singolo, presentazione cefalica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Assenza di patologia fetale nota	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
CTG fisiologico	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Travaglio insorto spontaneamente	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Liquido amniotico limpido	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Rottura delle membrane da meno di 12 ore	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Placenta normalmente inserita	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
Assenza di patologia materna nota (esami clinici, laboratoristici e strumentali nella norma) NB: La positività del tampone vaginale per streptococco β emolitico non classifica di per sé il travaglio come ad alto rischio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No

Altro (specificare) NB: La compilazione di questo campo classifica il travaglio come ad alto rischio

--

RACCOLTA DATI IMPOSSIBILE PER:

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

CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO

<input type="checkbox"/> BASSO RISCHIO (Tutti i criteri sono soddisfatti e non è stato compilato il campo "Altro")	<input type="checkbox"/> ALTO RISCHIO (Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto o è stato compilato il campo "Altro")
--	---

La paziente viene inviata in:	<input type="checkbox"/> Blocco travaglio/parto <input type="checkbox"/> Reparto di degenza
-------------------------------	--

Note/prescrizioni	
-------------------	--

--

Alle ore (HH:MM)	__ : __	La paziente è affidata a:	Nominativo operatore:	Qualifica (medico/ostetrica)
----------------------------	---------	---------------------------	-----------------------	------------------------------

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE	
---	--

TIMBRO E FIRMA DELL'OPERATORE PER PRESA IN CARICO DELLA PAZIENTE	
---	--

Allegato 3 - Scheda valutazione e monitoraggio post partum

Cognome e nome della paziente			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	Data e ora del parto (GG/MM/AAAA) (HH:MM)	__ / __ / ____ __: __
Tipo di parto	<input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> TC in urgenza <input type="checkbox"/> TC in elezione <input type="checkbox"/> Vacuum		

PARAMETRI E TEMPI DEL MONITORAGGIO					
NB: I tempi vanno calcolati a partire dal termine delle attività relative all'assistenza al parto					
Tempi (min.)	15	30	60	90	120
PA (mmHg)					
FC (bpm)					
FR (atti/min)					
SpO₂ (%)					
TC (°C)					
Dolore					
Diuresi	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:
Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)
Fondo uterino (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
Globo di sicurezza	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Trombo genito- puerperale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
Ferita chirurgica (se presente)	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite emat.
Firma ostetrica					
Ora di termine delle attività relative all'assistenza al parto (HH:MM)				__: __	
Data e ora trasferimento in reparto (GG/MM/AAAA) (HH:MM)		__ / __ / ____ __: __			
Firma dell'ostetrica					

Allegato 4 - Informativa parto con taglio cesareo in elezione

Gentile Signora,

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

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

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

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

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

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

Allegato 5 - 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 6 - 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 cardiocografico 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 <i>syndrome</i>
<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

Allegato 7 - Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte o Disabilità Neonatale

Numero SDO o RPS (se disponibile)			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	Ora della nascita (HH:MM)	__ . __
Nazionalità della madre			

NB: Barrare la casella relativa alla sezione d'interesse (Morte o Disabilità neonatale)

<input type="checkbox"/>	A) MORTE NEONATALE		
Data del decesso (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	Ora del decesso (HH:MM)	__ . __

LUOGO DELL'EVENTO	
<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> Sala Parto/Operatoria
<input type="checkbox"/> UO Ostetricia	<input type="checkbox"/> UO Pediatria Neonatologia/Nido
<input type="checkbox"/> UO Terapia Intensiva Neonatale	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):

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

<input type="checkbox"/>	B) DISABILITÀ NEONATALE
DISABILITÀ COME RIPORTATA NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE	

CRONOLOGIA DELL'EVENTO (Indicare in maniera sintetica la sequenza dei fatti o, nel caso di disabilità, l'evoluzione clinica avversa)

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

Allegato 8 - Schema Audit GRC Morte o Disabilità Neonatale

SEZIONE A – DATI DELLA MADRE, DEL NEONATO E DI EVENTUALI PRECEDENTI	
Cognome e Nome della madre	
Data di nascita della madre (GG/MM/AAAA)	
Data e ora di nascita del neonato (GG/MM/AAAA - HH:MM)	
Data e ora di morte del neonato (GG/MM/AAAA - HH:MM) ovvero Data di riscontro della disabilità (GG/MM/AAAA)	
Precedenti gravidanze e descrizione fisiologia/patologia di precedenti nati (Se noti. Se non noti indicare i motivi per cui non è possibile raccogliere le informazioni)	

SEZIONE B – CHECK DEI REQUISITI DI BASE DELLE FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE	
1. È documentata l'attribuzione della classe di rischio del travaglio / parto?	Note:
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2. Vi è evidenza della corretta trasmissione di informazioni anamnestiche tra ginecologi e neonatologi?	Note:
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
3. La prima valutazione neonatologica riporta le seguenti evidenze?	Note:
<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio di Apgar • Frequenza respiratoria • Sintetica descrizione morfobiometrica del neonato 	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4. Durante la permanenza nel reparto di Nipiologia vi è evidenza di valutazione dei seguenti elementi di giudizio clinico assistenziale?	Note:
<ul style="list-style-type: none"> • Parametri vitali • Andamento ponderale • Emissione di meconio e urine • Screening malattie metaboliche 	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

SEZIONE C – CAUSE DIRETTE DELLA MORTE O DELLA DISABILITÀ

SEZIONE D – ANALISI CRONOLOGICA

In questa sezione occorre costruire la linea temporale di successione degli eventi che hanno condotto alla morte o alla disabilità del neonato, 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