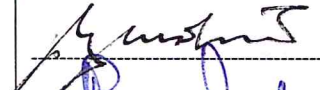
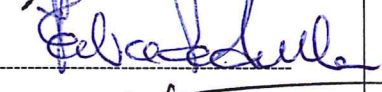
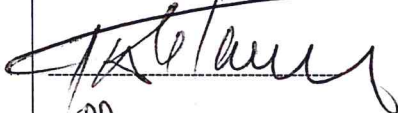
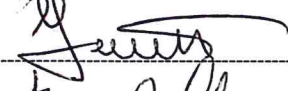
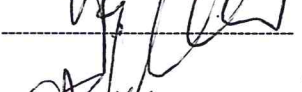
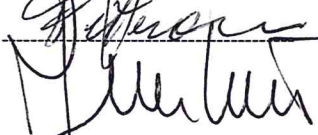
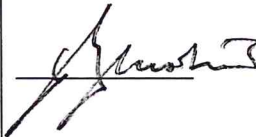


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI N. 6 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO E N. 16 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 1 di 22

Data REDAZIONE gg:mm:aa	Data prevista REVISIONE	Firma Componenti GdL ¹ UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e neonatologia UOC Anestesia e rianimazione UOC Direzione Medica Ospedaliera Dip. Az. Professioni Sanitarie	VERIFICA UOSD Risk Manager	APPROVATO Direttore Sanitario Aziendale
20.06.2019	2 anni (o prima per sopraggiunte esigenze di revisione)	       		

¹ Dott. Maurizio Musolino, Dott. Felice Patacchiola (Coordinatore), Dott. Mauro De Martinis, Dott.ssa Alessandra Ferretti, Dott. Pasquale Carducci, Dott. Vittorio Falchetti, Coordinatrice ostetrica Bernardina Campanelli, Coordinatrice infermieristica Paola Petroni.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 2 di 22

INDICE		
1.0	Introduzione e rationale dell'attività	3
2.0	Ambiti di applicazione	4
3.0	Definizioni	4
4.0	Modello teorico di riferimento	4
L'IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 6 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO		
5.0	FASE 1: Accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio	6
PERCORSO A – GESTIONE DEL PARTO A BASSO RISCHIO		
6.0	FASE 2 del parto a basso rischio: Gestione travaglio/parto	9
7.0	FASE 3 del parto a basso rischio: Post-partum	10
PERCORSO B – GESTIONE DEL PARTO AD ALTO RISCHIO		
8.0	FASE 2 del parto chirurgico: Gestione travaglio/parto	11
8.1	Il taglio cesareo (TC)	11
8.1.1	Il TC per autodeterminazione, in elezione o in emergenza/urgenza	11
8.2	Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio	13
8.2.1	Tricotomia area sovra pubica	13
8.2.2	Antibioticoprofilassi perioperatoria	13
8.3	Prevenzione del rischio tromboembolico	13
8.4	Anestesia e organizzazione dell'intervento chirurgico	15
9.0	FASE 3 del parto ad alto rischio: Post-partum	15
IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 16 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI		
11.0	FASE 1 del percorso neonatale: Sala parto	17
12.0	FASE 2 del percorso neonatale: Trasferimento al nido/rooming in	18
13.0	FASE 3 del percorso neonatale: Dimissione	19
14.0	FASE 4 del percorso neonatale: Prima visita post-dimissione	20
16.0	Riferimenti bibliografici e normativi	20
	Allegati	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 3 di 22

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

1.0 - INTRODUZIONE E RAZIONALE DELL'ATTIVITA'

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.

Dal rapporto² della natalità nel Lazio (ottobre 2018) a cura dell'Area Programmazione rete ospedaliera e Risk management Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria si evince che, alla data odierna, le nascite in Italia registrano una diminuzione per il nono anno consecutivo. In questo quadro, la Regione Lazio non si discosta dall'andamento nazionale.

Relativamente al Parto chirurgico³, basandosi sui dati scientifici disponibili, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che i tagli cesarei sono efficaci nel ridurre la mortalità materna e infantile solo se eseguiti su appropriata indicazione clinica. A livello di popolazione generale, un tasso di tagli cesarei superiore al 10% non è associato ad una riduzione della mortalità materna e neonatale, anzi, dal loro abuso possono derivarne complicazioni significative e, a volte, disabilità o morte,

Sono di seguito rappresentati i dati di attività della ASL Rieti (fonte dati UO ACeSIS)

Dati di attività della ASL Rieti (fonte dati UO ACeSIS)

anno	totale parti	parti cesarei	% parti cesarei	% parti cesarei primari
2009	707	353	49,9%	
2010	699	303	43,3%	
2011	684	338	49,4%	
2012	643	332	51,6%	
2013	599	270	45,1%	
2014	523	239	45,7%	
2015	567	255	45,0%	35,5%
2016	517	245	47,4%	32,2%
2017	543	198	36,5%	24,2%
2018	537	228	42,5%	26,2%

Nei paesi economicamente più avanzati, nonostante la mortalità e la 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

² https://www.regione.lazio.it/binary/rl_sanita/tbl_contenuti/Rapporto_nati2017.pdf

³ Appropriate technology for birth. Lancet. 1985;2(8452):436-7.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 4 di 22

potrebbe essere evitata migliorando gli standard assistenziali. A tal proposito il Ministero della Salute ha pubblicato le due specifiche raccomandazioni di seguito riportate:

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

L'Area Programmazione rete ospedaliera e Risk management della Regione Lazio ha curato l'implementazione di tali raccomandazioni in un unico documento di indirizzo⁴ a cui le aziende sanitarie pubbliche e private devono aderire sul piano operativo.

Pertanto, in coerenza con il documento di indirizzo regionale in materia di gestione del rischio clinico materno – neonatale, nella presente procedura ci si è limitati a delineare una successione di *test point* procedurali 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 inappropriately nel processo clinico assistenziale del travaglio/parto.

2.0 - AMBITI DI APPLICAZIONE

A CHI: Il documento è rivolto a tutti gli operatori sanitari della ASL Rieti coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza, in travaglio-parto e dei loro neonati

DOVE: Il documento interessa tutte le Unità Operative Aziendali della ASL Rieti 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 presente documento la UOSD Risk management e Qualità della ASL Rieti ha adottato il modello regionale definito ad "Acquedotto romano", articolato in colonne e archi, come

⁴ Determinazione 18 ottobre 2017, n. G14075 Approvazione del "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".

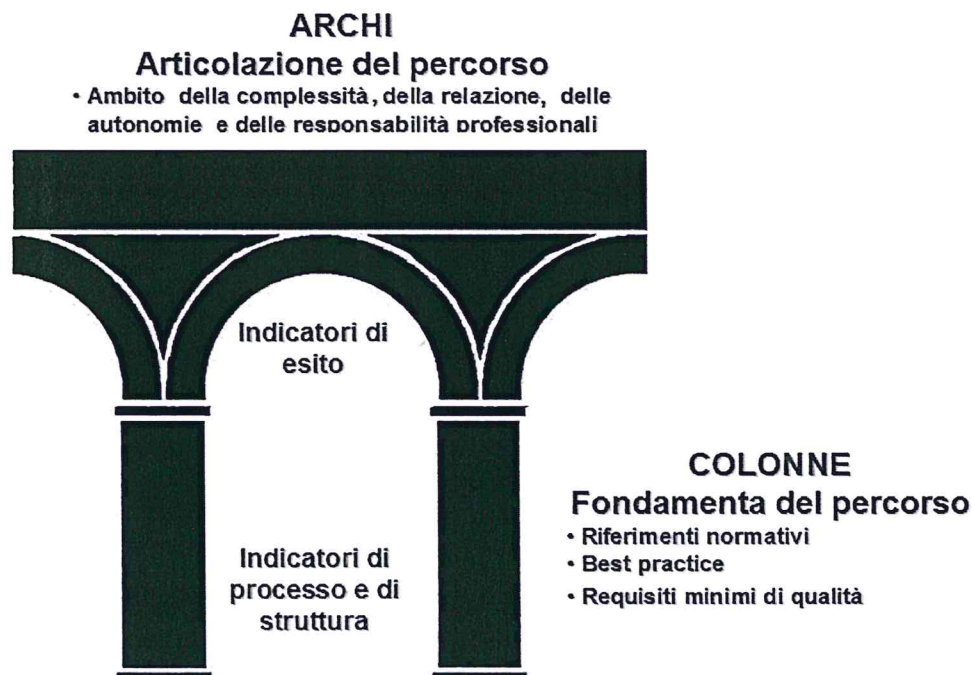
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI N. 6 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO E N. 16 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 5 di 22

di seguito definito:

- **Colonne:** rappresentano le attività di cui bisogna obbligatoriamente produrre evidenza nella documentazione sanitaria, in tutti i contesti operativi 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, ambiti non proceduralizzabili ma coerenti sia a criteri di individualizzazione e personalizzazione delle cure, sia alla diversificazione clinica dei singoli casi trattati. Tale autonomia, sebbene non proceduralizzabile, 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 con cui monitorare l'organizzazione del percorso nascita in fase di ricovero:

- **Indicatori di esito:** indicatori correlati agli esiti favorevoli e/o avversi dell'organizzazione, ovvero, *"cosa ho prodotto"*;
- **Indicatori di processo:** indicatori correlati alle evidenze di corretta implementazione dei requisiti di struttura, tecnologici e procedurali, ovvero, *"come ho prodotto"*;
- **Indicatori di struttura:** indicatori correlati alle evidenze del rispetto dei requisiti di struttura, tecnologici e procedurali, ovvero, *"con cosa ho prodotto"*.



Alla luce del modello teorico di riferimento, in questo documento è stato definito, per ogni fase (colonna) individuata, un set minimo di indicatori ritenuto indispensabile per garantire i requisiti di sicurezza minimi, ma cogenti, del parto a basso rischio e di quello chirurgico nelle seguenti fasi (corrispondenti alle colonne del modello):

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 6 di 22

FASE 1

Accettazione della donna e
attribuzione
della classe di rischio



FASE 2

Gestione
travaglio/parto



FASE 3

Post-partum

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

Per ogni fase del processo il set di indicatori previsto è da considerarsi come livello mandatorio minimo per il monitoraggio e il controllo del percorso nascita, tali indicatori sono oggetto di valutazione permanente da parte degli Operatori Facilitatori presenti nelle UU.OO. Ostetricia e Ginecologia, Sala Parto e Neonatologia, secondo tempi e modalità condivise con la UOSD Risk management.

Nel corso dell'intero processo in questione è fatto obbligo, per tutti professionisti esercenti le professioni sanitarie, di adottare modalità comunicative efficaci con la donna assistita che tenga conto degli aspetti sociali, culturali, religiosi e linguistici, anche per il tramite di mediatori culturali. In caso di necessità di supporto di mediazione socio-culturale contattare, nelle ore di attività, la Direzione Medica Ospedaliera al numero 0746/278221

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

L'avvio del percorso richiede la corretta valutazione iniziale delle caratteristiche del travaglio al fine di attribuire la corrispondente classe di rischio (Basso o Alto). Per far questo è necessario eseguire le seguenti attività:

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

1. **TRIAGE OSTETRICO:** con questo termine si intende una valutazione complessiva del rischio della donna gravida e del feto effettuata da personale ostetrico al momento dell'accesso al PS o immediatamente dopo il triage infermieristico. La valutazione ostetrica deve essere registrata sulla documentazione clinica di PS.
2. **PRIMA VISITA:** La visita di accettazione viene effettuata 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 valutazioni o indagini devono essere effettuate contestualizzando il caso, su esplicita prescrizione del medico che prende in carico la paziente, coinvolgendo il neonatologo, l'anestesista ed eventuali altri specialisti. 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)

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 7 di 22

CARDIOTOCOGRAMMA: i parametri e i criteri per la valutazione del cardiocotogramma (CTG) sono riportati nella tabella seguente e sono contenuti nell'apposito modello (vedi Allegato 1: Frontespizio Cartella CTG e Scheda del monitoraggio cardiocotografico).

Tabella 1 - Parametri per la classificazione del cardiocotogramma (CTG)						
	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	Accelerazioni	MAF	Attività contrattile
Normale Rassicurante	110-160	± 5 bpm rispetto alla linea di base	Nessuna	Presenti	Presenti	Presente, Regolare, Irregolare o Assente
NB: è da considerarsi FISIOLÓGICO un tracciato in cui tutti i parametri rientrano in questa categoria						

	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	
Sospetto	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 SOSPETTO un tracciato in cui anche solo uno dei parametri rientri nella categoria SOSPETTO e gli altri in quella FISIOLÓGICO				

	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	Accelerazioni	MAF	Attività contrattile
Patologico	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: E da considerarsi PATOLOGICO un tracciato in cui due o più parametri rientrano nella categoria SOSPETTO oppure uno o più parametri rientrano in quella PATOLOGICO						

Se la paziente è fisiologicamente in travaglio attivo (vedi Tabella 2), viene compilata la sezione documentale relativa al ricovero ostetrico (vedi Allegato 2: Scheda accettazione Box Travaglio/Parto).

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

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 - ostetrica** in caso di travaglio/parto a

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 8 di 22

basso rischio, ginecologo in caso di travaglio parto ad alto rischio –

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.

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 regolare e) Travaglio insorto spontaneamente f) Liquido Amniotico (LA) chiaro g) Rottura prematura delle membrane (Premature Rupture of the Membranes – PROM) < 12 ore in gravidanza a termine h) Placenta normalmente inserita i) Assenza di patologia materna o fetale
NB: per poter essere classificato come travaglio a basso rischio, devono essere soddisfatti tutti i criteri sopra elencati

ATTENZIONE: 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.

INDICATORI FASE 1:

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 2

Indicatori di processo minimi richiesti:
- Corretta compilazione della scheda di Triage ostetrico
- Refertazione CTG sul modello dell'Allegato 1 (Scheda monitoraggio CTG)
- Compilazione sezione documentale relativa al ricovero ostetrico sul modello dell'Allegato 2

Matrice delle responsabilità di processo FASE 1 ACCETTAZIONE DELLA DONNA E ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO			
attività \ operatore	Ginecologo	Ostetrica	Infermiera
Compilazione della scheda di Triage ostetrico		R	
Refertazione CTG	R		
Compilazione sezione documentale relativa al ricovero ostetrico	R		
R = responsabile			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 9 di 22

PERCORSO A

GESTIONE DEL PARTO A BASSO RISCHIO

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

La gestione del travaglio e parto 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. Tale operazione può essere condotta mediante l'osservazione clinica, la comunicazione con il personale ostetrico e 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. La diagnosi di travaglio attivo è 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. 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
- Pressione arteriosa (PA) e frequenza cardiaca (FC) materna
- Diuresi materna ed eventuale presenza di proteine o di acetone

La diagnosi di travaglio in atto coincide con l'inizio della compilazione del partogramma, sul quale vanno segnalate eventuali remissioni del travaglio. L'ostetrica o il ginecologo, su richiesta della paziente, contattano l'anestesista per l'esecuzione di analgesia attraverso spino-epidurale.

NB: è obbligatorio compilare il partogramma 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 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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU 2019 Pag. 10 di 22

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.

INDICATORI FASE 2:

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

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

Indicatori di processo minimi richiesti:

Compilazione partogramma

Refertazione CTG

Matrice delle responsabilità di processo FASE 2 GESTIONE TRAVAGLIO/PARTO

attività	operatore	Ginecologo	Ostetrica	Infermiera
Compilazione del partogramma			R	
Refertazione CTG		R		

R = responsabile

7.0 - FASE 3 DEL PARTO 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 es: secondamento, sutura dell'episiotomia, etc.).

In questo periodo l'ostetrica deve monitorare, a intervalli di 15 minuti, almeno i seguenti parametri:

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

secondo quanto previsto dalla Scheda di valutazione e monitoraggio post partum (in allegato 3).

Effettuare la rimozione del catetere epidurale da parte del medico anestesista.

INDICATORI FASE 3:

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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 11 di 22

evidenze:

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

Indicatori di processo minimi richiesti:

Compilazione Scheda di valutazione e monitoraggio post partum (allegato 3)

Matrice delle responsabilità di processo FASE 3 POST-PARTUM			
attività	operatore	Ginecologo	Ostetrica
Compilazione della scheda di monitoraggio post-partum			R
R = responsabile			

PERCORSO B

GESTIONE DEL PARTO CHIRURGICO

8.0 - FASE 2 DEL PARTO CHIRURGICO: GESTIONE TRAVAGLIO/PARTO

8.1 Il taglio cesareo (TC)

Il TC è una modalità di espletamento del parto che può essere decisa 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. Sofferenza fetale acuta
6. Placenta previa
7. Distacco intempestivo della placenta
8. Prolasso del cordone ombelicale
9. Patologie materne (es. Gestosi, infezione da HIV, cardiopatia, lussazione congenita dell'anca)
10. Pregresso taglio cesareo dopo valutazione clinica ed eventuale travaglio di prova

8.1.1 Il TC per autodeterminazione, in elezione o in emergenza/urgenza

L'esecuzione del TC per autodeterminazione, in elezione o urgenza è preceduta dalla valutazione degli esami di laboratorio, clinici e strumentali preoperatori di routine e dal controllo dei referti dei

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 12 di 22

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

Nel caso di condizioni di pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto, il TC viene praticato in emergenza. Per la definizione delle diverse tipologie di TC si veda la Tabella 5.

Tabella 5 - Definizione del TC in autodeterminazione, elezione o emergenza/urgenza ⁵	
Autodeterminazione	Si tratta di una condizione in cui il ricorso al TC non è dettato da ragioni cliniche, ma da una decisione della donna, a seguito della quale va condotta un'attività di counselling, al fine di informarla sui rischi della procedura chirurgica NB: La richiesta di TC in autodeterminazione deve essere riportata nella documentazione clinica e sottoscritta dalla paziente
Elezione	Il percorso clinico-assistenziale inizia con la fase di preospedalizzazione. Il ricorso al TC in elezione può essere legato ad assenza di compromissioni materne e/o fetali, ma necessita, per indicazioni esplicitate in cartella, di espletare il parto tramite TC
Urgenza	Il percorso clinico-assistenziale inizia dal PS o è motivato da variazioni del quadro clinico della donna durante il travaglio. Si ricorre al TC in urgenza per tutte quelle condizioni cliniche che, pur non costituendo un immediato pericolo di vita per la madre e/o del feto, sono potenzialmente legate a un esito sfavorevole del parto vaginale
Emergenza	Il percorso clinico-assistenziale inizia dal PS o è motivato da variazioni del quadro clinico della donna durante il travaglio. Si ricorre al TC in emergenza per 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.

⁵ SNLG 22 - Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - Seconda parte

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 13 di 22

8.2 Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio⁶

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.

La tricotomia, nei casi in cui sia strettamente necessaria, deve essere eseguita immediatamente prima dell'intervento utilizzando esclusivamente rasoi elettrici (clipper) o anticipatamente mediante creme depilatorie.

8.2.2 Antibiotico profilassi perioperatoria

Nel caso del TC la somministrazione dell'antibiotico deve avvenire in unica dose dopo il clampaggio del cordone ombelicale. L'utilizzo di dosi addizionali dopo la fine dell'intervento non si è dimostrato efficace nel ridurre ulteriormente la frequenza di infezioni e va pertanto evitato, a meno di particolari necessità cliniche valutate dallo specialista e di cui dare evidenza in documentazione clinica.

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

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

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

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 (Tabella 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 aggiuntivi⁷. 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 parto⁸.

⁶ SNLG 17 - Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto

⁷ Royal College of Obstetrician & Gynaecologists: Reducing the Risk of Venous Tromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-Top Guideline No. 37a (April 2015).

⁸ Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio (2014).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 14 di 22

1. E 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) ⁹	
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) Pre-eclampsia 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) Pre-eclampsia

INDICATORI FASE 2:

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 trombo embolico;
4. Checklist di sala operatoria.

Indicatori minimi di processo richiesti:
 Compilazione checklist di sala operatoria
 Refertazione CTG

⁹ Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio (2014).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 15 di 22

Matrice delle responsabilità di processo FASE 1 ACCETTAZIONE DELLA DONNA E ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO				
attività	operatore	Ginecologo	Ostetrica	Infermiera
Compilazione Partogramma (in caso di travaglio di prova)			R	
Rilevazione Cardiotocografia			R	
Refertazione CTG		R		
Valutazione rischio tromboembolico		R		
Compilazione Checklist di sala operatoria		R		
R = responsabile				

8.4 Anestesia e 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 para-fisiologiche presenti nella donna gravida che, sulla base delle evidenze disponibili, possano modificare il rischio anestesilogico. Deve essere pertanto attribuita la classe di rischio ASA ostetrico¹⁰. Per le operatività anestesilogiche si rimanda al protocollo operativo per TC.

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 espulsione del feto, ma dal termine delle attività relative all'assistenza al parto (ad es. sutura della ferita chirurgica).

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

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

¹⁰

- CLASSE 1 Partorienti senza alcun disturbo organico, fisiologico, biochimico o psichiatrico o al di fuori delle normali modificazioni fisiologiche dovute alla gravidanza
 - CLASSE 2 lieve malattia sistemica o modesta patologia della gravidanza
 - CLASSE 3 Malattia sistemica di grado moderato o grave malattia della gravidanza
 - CLASSE 4 Partorienti con gravi malattie sistemiche in pericolo di vita
 - CLASSE 5 Paziente moribonda con poche speranze di sopravvivenza che deve essere sottoposta ad intervento d'urgenza come ultima possibilità
 - EMERGENZA (E) per tutte le partorienti delle precedenti classi quando si deve procedere al di fuori di una procedura d'elezione o urgente (Es. Taglio Cesareo).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 16 di 22

secondo quanto previsto dalla Scheda di valutazione e monitoraggio post partum (in allegato).

INDICATORI FASE 3:

La FASE 3 del parto chirurgico 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 richiesti:

Compilazione completa della Scheda di valutazione e monitoraggio post partum (in allegato)

Matrice delle responsabilità di processo FASE 3 POST-PARTUM			
attività	operatore	Ginecologo	Ostetrica
	Compilazione della scheda di monitoraggio post-partum		R
R = responsabile			

In caso di evento sentinella "morte materna correlata al travaglio e/o parto" effettuare incident reporting al Risk manager mediante modulistica presente sul sito aziendale.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 17 di 22

IMPLEMENTAZIONE DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 16 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' 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 aziendali che erogano assistenza neonatale. Le fasi in cui è stato suddiviso il percorso neonatale sono le seguenti:

FASE 1	→	FASE 2	→	FASE 3	→	FASE 3
Sala Parto		Trasferimento al Nido / Rooming-in		Dimissione		Prima Visita post-dimissione

11.0 - FASE 1 DEL PERCORSO NEONATALE: SALA PARTO

In questa fase, oltre alla corretta identificazione della coppia madre-neonato secondo il protocollo aziendale, si effettua la valutazione dei seguenti parametri, di cui andrà data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

- a) Il pediatra/neonatalogo acquisisce le informazioni cliniche e anamnestiche del caso dagli operatori che hanno assistito la donna durante il travaglio e il parto, e dalla documentazione sanitaria;
- b) Rileva e registra il Punteggio Apgar al quinto minuto;
- c) Rileva e descrive l'assenza di malformazioni evidenti;
- d) Registra la Frequenza respiratoria e ne verifica la fisiologia;
- e) Rileva i parametri antropometrici e ne conferma la fisiologia statistica;

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 in materia.

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

INDICATORI FASE 1:

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:

1. Punteggio di Apgar
2. Frequenza respiratoria
3. Sintetica descrizione morfobiometrica del neonato

Indicatori di processo minimi richiesti:

Apposizione di identificativo anagrafico madre-neonato

Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti a) - ... - e) sopra elencati.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 18 di 22

**Matrice delle responsabilità di processo FASE 1
SALA PARTO**

attività	operatore	Pediatra / neonatologo	Ostetrica / infermiera
Identificazione anagrafica madre - neonato			R
Rilevazione del Punteggio Apgar Obiettivazione dell'assenza di malformazioni evidenti Registrazione della Frequenza respiratoria		R	
<i>R = responsabile</i>			

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

In questa fase si dovrà 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 37^{ma} e la 42^{ma} 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 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 più recenti.

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 richiesti:

Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti a) - ... - g) sopra elencati

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU, 2019 Pag. 19 di 22

Matrice delle responsabilità di processo FASE 2
NIDO / ROOMING-IN

attività	operatore	Pediatra / neonatologo	Infermiera
Rilevazione durante la permanenza al Nido /Rooming-in di: Parametri vitali Valori relativi all'andamento ponderale del neonato Emissione di meconio e urine Screening per malattie metaboliche dopo 48 ore dalla nascita			R
R = responsabile			

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;
- 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:

- 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;
- Cartellino o lettera di dimissione

Indicatori minimi di processo richiesti:
Evidenza nella documentazione sanitaria dell'avvenuta informazione della madre e presenza del cartellino di dimissione

Matrice delle responsabilità di processo FASE 3
DIMISSIONI

attività	operatore	Pediatra / neonatologo	Infermiera
Valutazione della bilirubina in occasione del prelievo di sangue effettuato per lo screening metabolico		R	
Promozione dell'allattamento materno; Istruzioni sull'igiene del neonato Consegna di un recapito telefonico per eventuali consultazioni nel periodo intercorrente fra la dimissione e la prima visita ambulatoriale post-dimissione			R
R = responsabile			

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 20 di 22

14.0 - FASE 4 DEL PERCORSO NEONATALE: PRIMA VISITA POSTDIMISSIONE

E raccomandabile 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:

- Rilievo dei dati biometrici;
- Rilievo dell'incremento ponderale;
- 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 buone pratiche cliniche.

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:

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

Indicatori minimi di processo richiesti:
 Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti a) - ... - c) sopra elencati

Matrice delle responsabilità di processo FASE 4 PRIMA VISITA POST-DIMISSIONE		
attività	operatore	Infermiera
Rilievo delle condizioni generali del neonato: colorito, attività cardiaca, segni neurologici, stato dell'idratazione.	Pediatra / neonatologo R	
<i>R = responsabile</i>		

In caso di evento sentinella "morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi" effettuare incident reporting al Risk manager mediante modulistica presente sul sito aziendale.

16.0 - RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

- Giuseppe Sabatelli, Maurizio Musolino, Clinical Risk Management e complessità dei sistemi di cura. L'acquedotto romano come paradigma di gestione nella Regione Lazio, ATENEAPOLI Editore (2019)
- Giuseppe Sabatelli, Maurizio Musolino, Domenico Di Lallo, Anna Santa Guzzo, Luigi Tonino Marsella, Antonio Silvestri, Documento di indirizzo per l'implementazione delle

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 21 di 22

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, Direzione regionale salute ed integrazione sociosanitaria Regione Lazio 2017

- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Linee di indirizzo per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza, al parto e al puerperio, Age.na.s 2018
- Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG), Documento 17 – Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto (2008).
- SNLG Documento n. 19 - Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - Prima parte (2010).
- SNLG Documento n. 20 - Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati (2011).
- SNLG Documento n. 21 - Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - Seconda parte (2011).
- SNLG Linea Guida n. 20 - Gravidanza Fisiologica (2011).
- Linee Guida Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – SIGO (2010).
- Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonesi: Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio (2014).
- Royal College of Obstetrician & Gynaecologists: Reducing the Risk of Venous Tromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-Top Guideline No. 37a (April 2015).
- Dimissione del neonato. Documento della task force della Società Italiana di Neonatologia (2017).
- Percorso nascita: Parto e puerperio - Assistenza al travaglio - Assistenza al parto a basso rischio. Regione Emilia Romagna (2008)
- Istruzioni per la compilazione del cartogramma. Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze, Regione Toscana (2010).
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) - Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico. Linee Guida Nazionali di riferimento, Ministero della Salute (2004).
- UNICEF Italia - Standard per le buone pratiche per gli ospedali. Roma (2012).
- D.M. 740 del 14/09/1994 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o.
- Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 07/09/2005 relativo al riconoscimento delle qualifiche professionali.
- D.Lgs. 06/11/2007, n. 206 Attuazione della Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.
- Codice deontologico Ostetrica (2010).
- Codice deontologico Infermiere (2009).
- Codice deontologico Medico (2014).
- Ministero della Salute: Raccomandazione n. 6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto (2007).
- Ministero della Salute: Raccomandazione n.16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita (2014).
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology, American College of Obstetricians and

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIETI UOSD Risk Management e Qualità UOC Ostetricia e ginecologia UOC Pediatria e Neonatologia DAPS	
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Rev.0 20 GIU. 2019 Pag. 22 di 22

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 VenousThromboembolism. 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.



PROCEDURA

Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali nn. 6 e 16 –
FRONTESPIZIO Cartella del monitoraggio cardiocografico (all. 1)

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

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

PROBLEMI FETALI			
Ritardo di crescita	☐ Sì	☐ No	☐ Dato non disponibile
Prematurità (< 37 settimane)	☐ Sì	☐ No	☐ Dato non disponibile
Oligoamnios	☐ Sì	☐ No	☐ Dato non disponibile
Flussimetria alterata	☐ Sì	☐ No	☐ Dato non disponibile
Gravidanza multipla	☐ Sì	☐ No	☐ Dato non disponibile
Liquido amniotico tinto	☐ Sì	☐ No	☐ Dato non disponibile
Presentazione podalica	☐ Sì	☐ No	☐ Dato non disponibile

RACCOLTA DATI IMPOSSIBILE PER:			
☐ Problemi linguistici		☐ Paziente non vigile/collaborativa	
☐ Deficit neurocognitivi		☐ Altro (specificare):	
DATA (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	TIMBRO E FIRMA OSTETRICA	



PROCEDURA

Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali nn. 6 e 16 –
SCHEDA Cartella del monitoraggio cardiocotografico (all. 1)

PARAMETRI DEL BATTITO CARDIACO FETALE

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

VALUTAZIONE DEL CARDIOTOCOGRAMMA

☐ 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:
☐ 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:
☐ 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	
-------------------------------	---------	-----------------------------	--



PROCEDURA

Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali nn. 6 e 16 –
SCHEDA di accettazione Box travaglio/parto (all. 2)

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)	☐ Sì	☐ No
Feto singolo, presentazione cefalica	☐ Sì	☐ No
Assenza di patologia fetale nota	☐ Sì	☐ No
CTG fisiologico	☐ Sì	☐ No
Travaglio insorto spontaneamente	☐ Sì	☐ No
Liquido amniotico limpido	☐ Sì	☐ No
Rottura delle membrane da meno di 12 ore	☐ Sì	☐ No
Placenta normalmente inserita	☐ Sì	☐ 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	☐ Sì	☐ No

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

RACCOLTA DATI IMPOSSIBILE PER:

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

CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO

☐ BASSO RISCHIO (Tutti i criteri sono soddisfatti e non è stato compilato il campo "Altro")	☐ ALTO RISCHIO (Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto o è stato compilato il campo "Altro")
La paziente viene inviata in:	☐ Blocco travaglio/parto ☐ 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				



PROCEDURA

Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali nn. 6 e 16 –
Scheda di valutazione e monitoraggio post-partum (all. 3)

Cognome e nome della paziente			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__ / __ / __	Data e ora del parto (GG/MM/AAAA) (HH:MM)	__ / __ / __ __: __
Tipo di parto	☐ Spontaneo ☐ TC in urgenza ☐ TC in elezione ☐ Vacuum		

PARAMETRI E TEMPI DEL MONITORAGGIO					
NB: I tempi vanno calcolati a partire dal termine delle attività relative all'assistenza al parto					
Tempi (min.) Parametri	15	30	60	90	120
PA (mmHg)					
FC (bpm)					
FR (atti/min)					
SpO ₂ (%)					
TC (°C)					
Dolore					
Diuresi	☐ Spontanea ☐ Catetere ml:	☐ Spontanea ☐ Catetere ml:	☐ Spontanea ☐ Catetere ml:	☐ Spontanea ☐ Catetere ml:	☐ Spontanea ☐ Catetere ml:
Perdite ematiche	☐ Scarse (< 200 ml) ☐ Moderate (> 200 < 500 ml) ☐ Abbondanti (> 500 ml)	☐ Scarse (< 200 ml) ☐ Moderate (> 200 < 500 ml) ☐ Abbondanti (> 500 ml)	☐ Scarse (< 200 ml) ☐ Moderate (> 200 < 500 ml) ☐ Abbondanti (> 500 ml)	☐ Scarse (< 200 ml) ☐ Moderate (> 200 < 500 ml) ☐ Abbondanti (> 500 ml)	☐ Scarse (< 200 ml) ☐ Moderate (> 200 < 500 ml) ☐ Abbondanti (> 500 ml)
Fondo uterino (OT = Ombelicale Trasversa)	☐ Due dita sopra OT ☐ A livello OT ☐ Due dita sotto OT	☐ Due dita sopra OT ☐ A livello OT ☐ Due dita sotto OT	☐ Due dita sopra OT ☐ A livello OT ☐ Due dita sotto OT	☐ Due dita sopra OT ☐ A livello OT ☐ Due dita sotto OT	☐ Due dita sopra OT ☐ A livello OT ☐ Due dita sotto OT
Globo di sicurezza	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No
Trombo genito- puerperale	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No	☐ Sì ☐ No
Ferita chirurgica (se presente)	☐ Regolare ☐ Perdite emat.	☐ Regolare ☐ Perdite emat.	☐ Regolare ☐ Perdite emat.	☐ Regolare ☐ Perdite emat.	☐ Regolare ☐ 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					

**PROCEDURA****Implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali nn. 6 e 16 –
Informativa parto con taglio cesareo in elezione* (all. 4)**

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 _____

TIMBRO E FIRMA dell' OSTETRICA