



**PROCEDURA PER LA SICUREZZA DEL PERCORSO
NASCITA**
**Recepimento Delle Raccomandazioni Ministeriali
nn. 6, 15, 16 e delle Linee Guida per la prevenzione
dell'Emorragia Post Partum (EPP)**

Rev. 00

Premessa

1. Introduzione
2. Scopo/Obiettivo
3. Campo di applicazione
4. Modifiche alle revisioni precedenti
5. Definizioni/Glossario /Acronimi
6. Matrice di Responsabilità/Descrizione delle attività
7. Riferimenti e Allegati

	Nome	Funzione
Redatta da	Patrizia Cuccaro	Referente Aziendale Rischio Clinico
	Mariavittoria Locci	Referente Aziendale Near Miss Ostetrici e Mortalità Materna
	Emilia Graziano	Ostetricia e Ginecologia
	Maddalena Turco	Ostetricia e Ginecologia
	Letizia Capasso	Neonatologia e TIN
	Marzia Longobardi	Neonatologia e TIN
	Serena Salome'	Neonatologia e TIN
	Francesco Paolo Improda	AIF Ginecologia e Ostetricia
Verificata da	Giuseppe Bifulco	Direttore UOSD Fisiopatologia Ostetricoginecologica e Referente Sorveglianza Mortalità Materna
	Francesco Raimondi	Direttore UOSD Neonatologia e TIN
	Edoardo De Robertis	Direttore UOSD Anestesia ginecologica e partoanalgesia
	Fulvio Zullo	Direttore UOC Ginecologia oncologica
	Giuseppe De Placido	Direttore DAI Materno Infantile e UOC Ginecologia ed ostetricia
	Gaetano D'Onofrio	Direttore Sanitario
Deliberata da	Vincenzo Viggiani	Direttore Generale
Data Deliberazione		

Premessa

La mortalità e la morbosità materna correlate al travaglio e/o parto e la mortalità infantile perinatale, classicamente utilizzati come indicatori proxy delle condizioni generali di salute e di sviluppo di un paese, sono fenomeni sempre più rari nei paesi socialmente avanzati.

La morte materna e la morte neonatale di feto nato sano con peso superiore a 2500 grammi, rappresentano un evento drammatico ed un indicatore cruciale delle condizioni generali di salute e di sviluppo di un paese. Il sistema di segnalazione nazionale degli Eventi Sentinella (SIMES), attivo dal 2005, ha registrato, nel periodo 2005-2012, 82 eventi sentinella riconducibili a "Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita", pari al 4.28% del totale. Tra i fattori contribuenti più frequentemente indicati, appaiono sempre i problemi di comunicazione e quelli correlati a linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali e procedure.

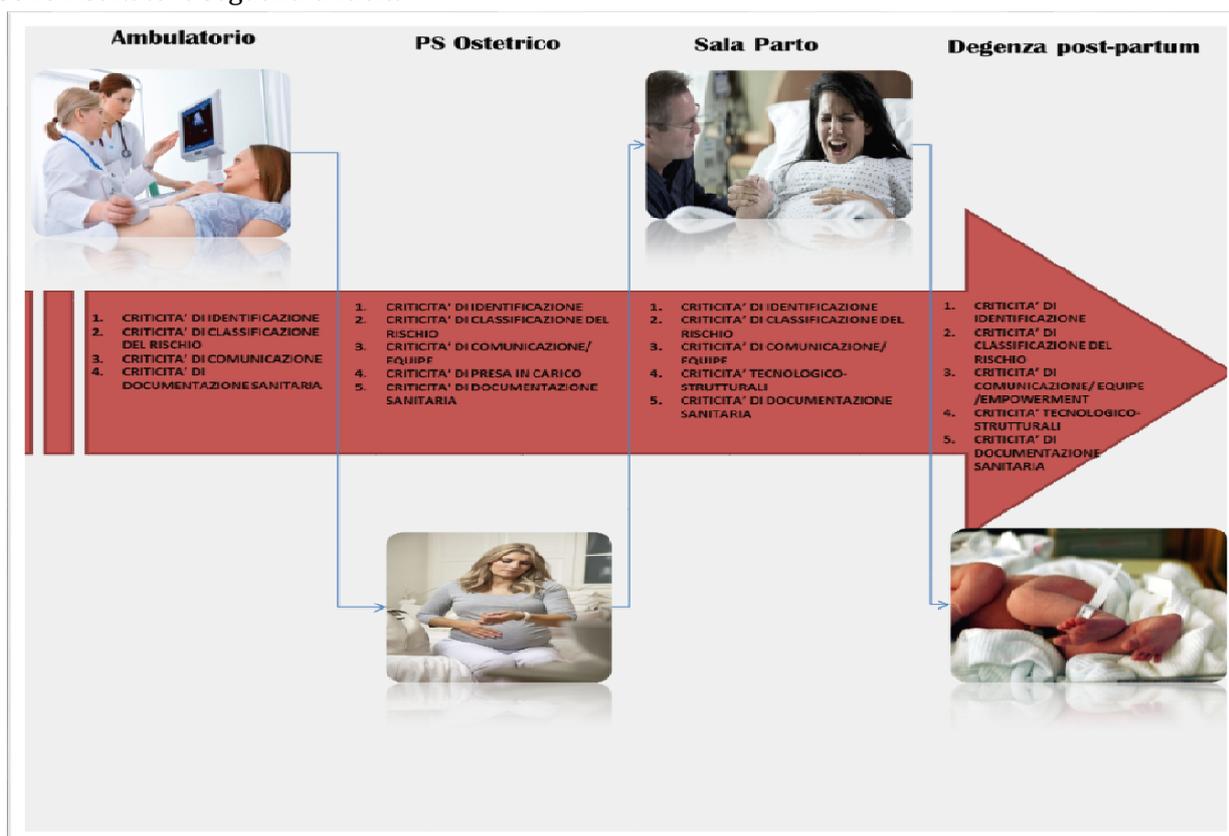
Nella Raccomandazione ministeriale n° 6 (Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto) gli aspetti clinici sono indicati come le cause più frequenti di decessi materni nei paesi occidentali e tra questi i più rilevanti sono la malattia tromboembolica, l'emorragia del postpartum, la preclampsia, la sepsi, l'embolia da liquido amniotico e la morte dovuta ad anestesia. Così pure la sicurezza del feto e del neonato è strettamente correlata alle condizioni della madre prima e durante la gestazione e alla buona conduzione dell'intero processo assistenziale. Alcune condizioni, quali ad esempio infezioni, obesità materna, malattie croniche, tabacco, alcol e uso di sostanze stupefacenti, influenzano negativamente il decorso della gravidanza e concorrono a definire i rischi alla nascita. L'attività assistenziale alla madre e al bambino è caratterizzata da elementi di particolare complessità e vede coinvolti diversi profili professionali, il cui coordinamento, secondo un modello organizzativo basato sul "team di assistenza", è essenziale per il mantenimento del continuum assistenziale in tutte le fasi del percorso, dalla cura della donna durante la gravidanza al periodo post-natale. Poiché la gravidanza, il parto/nascita e il post partum sono momenti di un processo unico, la frammentazione delle prestazioni multidisciplinari, la difficoltosa circolazione e condivisione delle informazioni tra le diverse figure professionali secondo modalità codificate, hanno un peso rilevante sulla sicurezza delle cure. L'accordo Stato Regioni 16-12-2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011), ha fornito indicazioni circa la riorganizzazione dei Punti nascita sul territorio nazionale. Vengono segnalati quali aspetti organizzativi cruciali su cui intervenire: il triage ostetrico, i percorsi assistenziali, la comunicazione interprofessionale, la comunicazione con la persona assistita e la documentazione in forma integrata dell'attività clinica.

1 Introduzione

L'AOU Federico II è sede di Pronto Soccorso Ostetrico con un punto nascita che supera i 2.000 parti annui e di una Terapia Intensiva Neonatale. Risultano, pertanto, applicabili le Raccomandazioni Ministeriali n.6, 15 e 16 e le Linee Guida per la Prevenzione dell'Emorragia Post Partum (EPP). Nel presente documento sono contenute le procedure di recepimento di tali raccomandazioni, elaborate in forma di Procedura Unica¹ per la sicurezza del Percorso Nascita. A tale procedura si è giunti analizzando, in uno specifico ciclo di audit con ginecologi ed ostetriche, i contenuti delle raccomandazioni e valutando proattivamente le principali criticità che caratterizzano il percorso nascita in un'ottica processuale e non "puntuale". In particolare, i contenuti delle Raccomandazioni sono stati confrontati con le linee di attività che compongono il Percorso Nascita:

- Ambulatori di Ecografia ostetrica e morfostrutturale
- Pronto soccorso ostetrico
- Sala parto - Sale operatorie
- Degenza Ostetricia
- Degenza Neonatale / TIN

Sono risultate le seguenti criticità:



¹ Di fatto, non sembra efficace parcellizzare il percorso nascita in procedure distinte per le diverse raccomandazioni

Per tale evidenza, la Procedura è stata strutturata prestando massima attenzione ai seguenti elementi di sicurezza:

- Identificare correttamente il caso e classificare il livello di rischio
- Comportarsi in base al livello di rischio identificato
- Documentare e comunicare

2 Scopo/Obiettivo

Lo scopo di questa procedura è disciplinare l'applicazione delle Raccomandazioni n° 6 (Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto), n°15 (Raccomandazione per la prevenzione di Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso) e n° 16 (Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso maggiore di 2500 grammi non correlata a malattia congenita) e le Linee Guida per la Prevenzione dell'EPP del Ministero della Salute, adottando strategie organizzative e modalità operative atte a ridurre e/o prevenire i decessi e la morbosità materna e/o neonatale correlate al travaglio e/o parto.

OBIETTIVI SPECIFICI:

1. prevenire l'errore nella diagnosi e nella gestione dell'emergenza in sala parto
2. implementare modelli di integrazione e comunicazione tra differenti professionisti coinvolti nel percorso nascita o potenzialmente coinvolti nell'assistenza in ambito ostetrico-neonatale.
3. garantire l'assistenza neonatale post-partum sia in fase di degenza che dopo la dimissione, favorendo il processo di continuità assistenziale nel territorio.
4. identificare il neonato a rischio
5. prevenire gravi conseguenze di salute per la madre e il neonato derivanti da carenze o inappropriato intervento nella gestione della patologia durante il travaglio/parto/puerperio con particolare attenzione a:
 - emorragia del postpartum
 - sepsi
 - ipertensione
 - malattia trombo embolica (inclusa embolia da liquido amniotico)
 - morte da anestesia
 - riconoscimento del profilo di rischio materno, fetale, neonatale
 - ricorso a manovre o tecniche assistenziali inappropriate o non raccomandate
 - uso inappropriato di farmaci per indurre il travaglio o per aumentare l'attività contrattile in travaglio
 - ricorso inappropriato e/o intempestivo al taglio cesareo (tc)
6. garantire la corretta rianimazione del neonato

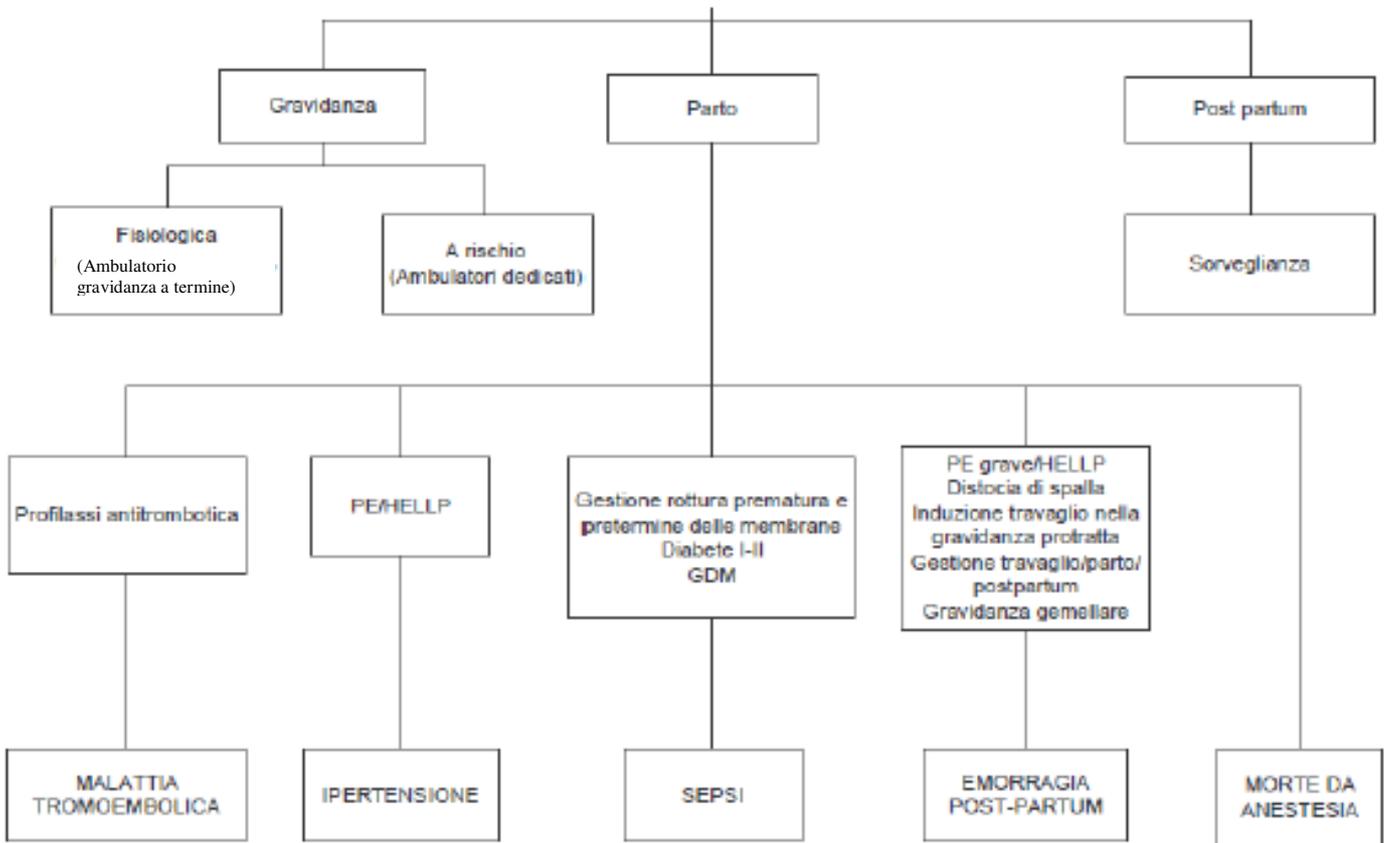
3 Campo di applicazione

La procedura è a tutela della madre e del neonato in tutte le fasi: gravidanza, travaglio-parto e dopo la nascita, durante la degenza e l'eventuale trasporto elettivo o in emergenza ed è rivolta ai Responsabili delle Unità operative del Dipartimento Materno-Infantile e "Blocco Parto" e a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza, in travaglio-parto e dei loro neonati. La valutazione del profilo di rischio della donna viene effettuata sin dalla prima visita ambulatoriale a cui la donna si sottopone e per tutta la durata del ricovero sino alla dimissione, in modo sistematico e dinamico, senza comunque mai sostituire un'adeguata e continuativa sorveglianza della donna e del feto. L'istituzione di "Ambulatorio di Gravidanza a termine" riveste una centralità nel percorso nascita per l'identificazione delle gravide a basso, medio e alto rischio e quindi successiva pianificazione dell'evento "parto".

La valutazione avviene sulla base di criteri biologici, sociali, psicologici, condivisi dall'équipe assistenziale (medico ginecologo, ostetrica, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla donna) ed accuratamente riportati nella documentazione clinica.

La corretta valutazione del rischio della donna in occasione del travaglio, del parto e del puerperio rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze.

Di seguito viene rappresentato il diagramma di flusso del percorso nascita.



4 Modifiche alle revisioni precedenti

Il documento rappresenta la prima revisione (revisione 0) della procedura di sicurezza per il percorso nascita per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali nn. 6, 15, 16 e delle Linee Guida per la prevenzione dell'Emorragia Post Partum (EPP). La procedura sarà revisionata al termine dei lavori di rifunzionalizzazione del PS Ostetrico, previsti nei primi mesi del 2018 e sarà aggiornata al momento dell'implementazione della Cartella Ambulatoriale Elettronica AMB WEB e delle modifiche alla procedura di Pronto Soccorso PSWeb.

5 Definizioni / Glossario / Acronimi

1. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Audit clinico: Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice,

attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

Morte materna: Morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento, ma non da cause accidentali o fortuite.

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

Evento Sentinella: Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, può comportare la morte o grave danno al paziente e determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

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

Morte materna diretta: Risulta da complicanze ostetriche della gravidanza, del parto e del puerperio per interventi, omissioni o trattamenti inappropriati

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

Morbosità materna: Una donna che sarebbe deceduta ma che è sopravvissuta alle complicazioni insorte durante la gravidanza, il parto o entro 42 giorni dal termine della gravidanza stessa perché ha ricevuto cure adeguate.

Postpartum: È il periodo di due ore che segue l'espulsione della placenta.

Puerperio: È il periodo di tempo che inizia subito dopo l'espulsione della placenta e termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica.

TC: taglio cesareo

STEN: Servizio trasporto emergenza neonatale

6 Matrice di Responsabilità/Attività

Attività \ Personale	Coordinatore punto nascita	Responsabile UOC Ostetricia	Ginecologo guard	Ostetrica sala parto	Responsabile UOC Anestesia Rianimazione	Anestesiista guardia	Pediatra/neonatalogo guardia	Responsabile UOSD neonatologia
Composizione turni di servizio team punto nascita	R	R			R			R
Programma di formazione degli operatori	R	R	C	C	R	C	C	R
Valutazione del rischio		I	R	C	I	C	C	I
Applicazione protocolli/procedure/istruzioni operative	R	R	R	R	R	R	R	R
Orientamento/inserimento per il nuovo personale	C	R	C	C	R	C	C	R
Rianimazione cardio polmonare materna e neonatale	I	I	C	C	I	R	R	I
Formazione e retraining Operatori in BLS	R	R	C	C	R	C	C	R
Applicazione Check list preparazione sala parto	I	I	I	R	I	I	I	I
Applicazione checklist di sala parto	I	I	R	R		R	R	I

Compilazione partogramma		C	R	R				
Assistenza neonato in sala parto e nel periodo peripartum		I	R	R		R	R	I
Applicazione procedura Trasferimento della madre e del neonato	I	I	R	C	I	C	R	I
Applicazione procedura trasferimento del neonato (STEN)	I	I	I	I		R	R	I
Compilazione documentazione clinica	I	I	R	R	R	I	R	I
Comunicazione interprofessionale e attivazione di audit clinici	R	R	C	C	R		C	R
Segnalazione eventi sentinella/avversi/ near miss	R	R	R	R	R	R	R	R
Monitoraggio e verifica degli indicatori previsti in procedura	R	R						R

6.1 FASE AMBULATORIALE – Controlli durante la gestazione

Durante la gestazione, vengono effettuati controlli seriatî per monitorare lo stato di avanzamento della gravidanza. In questa fase, la procedura prevede il seguente protocollo di sicurezza:

1. Effettuare la corretta identificazione della paziente ed etichettatura provetta per determinazione emogruppo
2. Identificare il livello di rischio della gravidanza: rischio materno e fetale
3. Effettuare una corretta e completa raccolta anamnestica e/o assicurarsi che questa sia disponibile
4. Valutari FdR per EPP in gravidanza (precedente EPP, la gravidanza multipla, la preeclampsia, il sospetto di un peso alla nascita >4.000 g, placenta previa, sospetta placentazione anomala invasiva).
5. Comunicare con altri membri dell'equipe in riferimento alle necessit  del caso
6. Fornire informativa alla donna, garantire ascolto e comunicazione
7. Verificare che siano presenti e disponibili altri membri dell'equipe in riferimento alle necessit  del caso
8. Compilare la cartella ambulatoriale
9. Effettuare visita anestesiológica
10. Effettuare programmazione del parto rispetto al livello di rischio
11. Se alto rischio, programmare il timing del parto sentito il neonatologo

Va inclusa in questa fase anche a valutazione clinica per l'effettuazione della partoanalgesia, a cura dell'anestesista

6.1.1 IDENTIFICARE LA PAZIENTE E CLASSIFICARE IL LIVELLO DI RISCHIO

Il **medico dell'ambulatorio** apre una scheda ambulatoriale recante:

- I dati anagrafici della paziente: NOME - COGNOME – LUOGO E DATA DI NASCITA – CODICE FISCALE
- I dati relativi alla gestazione:
- La classificazione del rischio del parto
- La classificazione del rischio per EPP², considerando:
 - precedente EPP, placenta previa, sospetta placentazione anomala invasiva e preeclampsia grave,
 - la localizzazione placentare in tutte le donne in occasione dell'ecografia di screening del secondo trimestre e, qualora indicata, in occasione di quella del terzo trimestre.
 - determinazione in tutte le donne con precedente taglio cesareo della localizzazione della sede di impianto del sacco gestazionale, in occasione dell'ecografia ostetrica del I trimestre, per escludere una gravidanza su cicatrice da taglio cesareo.
 - offrire alle donne in gravidanza lo screening dell'anemia.
- La valutazione anestesiológica pre-operatoria (se TC) ovvero per la partoanalgesia.

² Prevenzione EPP (Linee Guida ISS) *Raccomandazioni per la prevenzione della EPP durante i controlli ambulatoriali*

- Si raccomanda di prendere in esame i fattori di rischio per EPP in ogni donna assistita durante l'assistenza in gravidanza e al momento del ricovero per il parto, al fine di identificare precocemente le pazienti a rischio.

6.1.2 COMPORTARSI IN BASE AL LIVELLO DI RISCHIO

Le cause più frequenti ed efficacemente prevenibili di morte materna nei paesi occidentali sono rappresentate dalla malattia tromboembolica, dall'emorragia postpartum, dall'ipertensione - preeclampsia, dalla sepsi o dalla morte dovuta ad anestesia. Nella fase dei controlli ambulatoriali, **il medico e l'ostetrica** che seguono la donna devono predisporre ogni approfondimento e/o intervento necessario rispetto al livello di rischio identificato.

6.1.3 DOCUMENTARE E COMUNICARE

Il **medico dell'ambulatorio** deve aggiornare la scheda ambulatoriale ad ogni accesso della paziente, ponendo esplicito riferimento alle condizioni di rischio o di attenzione identificate durante ciascun controllo e tracciare ogni approfondimento e/o intervento necessario rispetto al livello di rischio identificato. Alla data di stesura del presente documento, è in fase di predisposizione una cartella clinica elettronica di fase ambulatoriale (AMB) in grado di garantire tracciabilità dei dati e delle decisioni assunte durante i controlli ambulatoriali sia ostetrico-ginecologici che anestesiologicali.

6.2 FASE PRONTO SOCCORSO – Triage Ostetrico

Il triage rappresenta il primo momento di accoglienza e valutazione delle persone che giungono in Pronto soccorso; è un'attività volta alla definizione delle priorità assistenziali attraverso la valutazione della condizione clinica dei pazienti e del rischio evolutivo, in modo da garantire la presa in carico e definire l'ordine di accesso al trattamento.

La funzione fondamentale del triage non è, pertanto, quella di ridurre i tempi d'attesa dei pazienti, ma di effettuare una redistribuzione a favore di chi ha necessità di interventi da erogare in emergenza e urgenza.

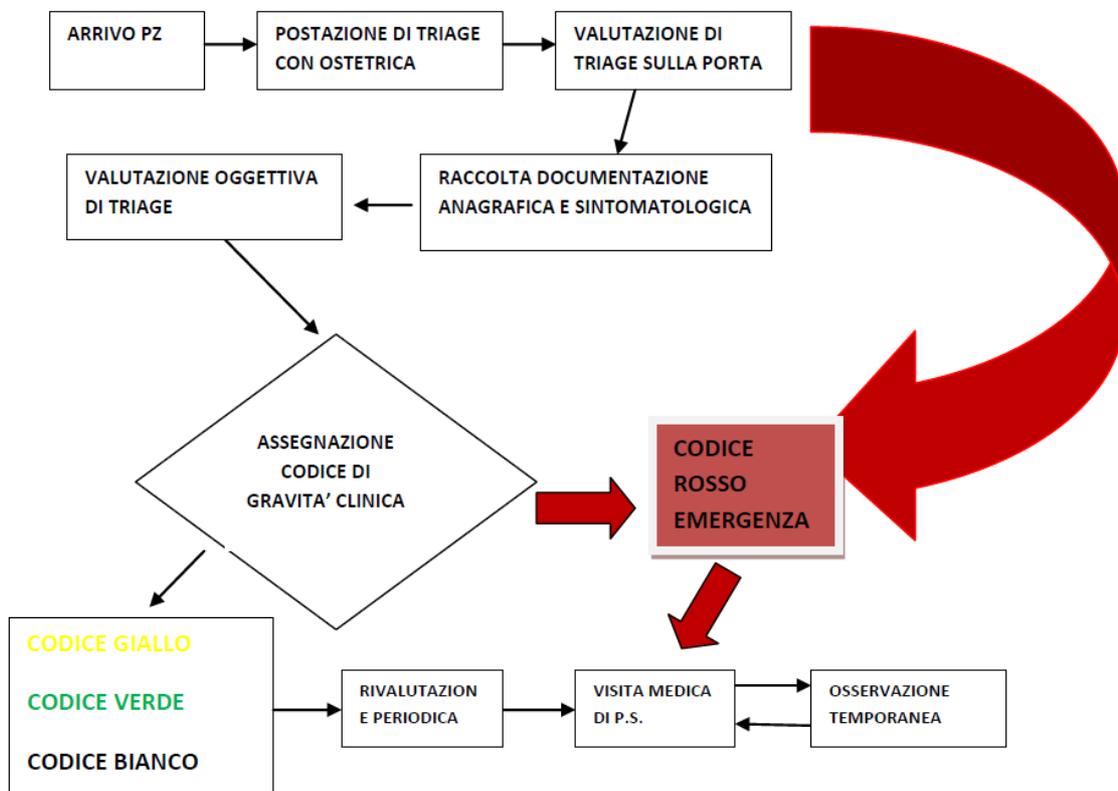
La corretta valutazione del rischio della donna in occasione del parto rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze. Pertanto, occorre provvedere alla classificazione del rischio al momento del ricovero a cui devono conseguire specifici "percorsi assistenziali" differenziati per profilo di rischio che orientati al pertinente utilizzo della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative. La valutazione del profilo di rischio della donna deve essere effettuata sulla base di criteri (fattori biologici, sociali, psicologici) condivisi dall'équipe assistenziale (ostetrica, ginecologo, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla gestante) e accuratamente riportati nella documentazione clinica. Deve, inoltre, essere caratterizzata da un processo di rivalutazione continuo e dinamico che non può in ogni caso sostituire un'adeguata e continuativa sorveglianza della donna e del feto in travaglio. Al fine di instaurare un'adeguata relazione assistenziale è opportuno che vengano sistematicamente adottate appropriate modalità di comunicazione con la donna all'atto del triage ostetrico per aiutarla a comprendere il significato del concetto di "rischio" e qual è il miglior percorso assistenziale che i clinici, in base alle evidenze disponibili, hanno identificato.

In questa fase, la procedura prevede il seguente protocollo di sicurezza:

1. Effettuare identificazione attiva in fase di stampa etichetta (sia per esami ematochimici, che emogruppo ecc)
2. Contattare mediatore culturale se necessario
3. Stampare etichetta e montare braccialetto
4. Effettuare raccolta anamnestica e/o verificare se disponibile anamnesi completa (da cartella ambulatoriale)
5. Valutare FdR per EPP in gravidanza
6. Effettuare classificazione livello di rischio parto (materno e fetale)
7. Fornire informativa alla donna, garantire ascolto e comunicazione
8. Comunicare con altri membri dell'équipe in riferimento alle necessità del caso
9. Attribuire codice di triage ostetrico
10. Compilare scheda di triage e inserirla nella cartella clinica disponibile alla donna
11. Considerare situazioni di fragilità
12. Effettuare presa in carico paziente in attesa, rivalutazione e aggiornamento scheda triage
13. Effettuare programmazione del parto rispetto al livello di rischio
14. Se alto rischio, programmare il timing del parto sentito il neonatologo

6.2.1 IDENTIFICARE LA PAZIENTE E CLASSIFICARE IL LIVELLO DI RISCHIO

Il processo di gestione del triage ostetrico può essere sintetizzato come da schema seguente:



In particolare, la procedura aziendale di triage prevede che:

1. **L'ostetrica-triagista o l'operatore addetto al triage** procede alla valutazione del caso secondo lo schema delle 4 D + R:
 - DOOR. Accoglienza, osservazione, identificazione, registrazione.
 - DATA. Assunzione dei dati clinici.
 - DISCUSSION. Formulazione del giudizio di gravità.
 - DECISION. Decisione sulla priorità di accesso alle cure e attribuzione del codice di priorità.
 - RIVALUTAZIONE. Rivalutazione ad intervalli predefiniti o in base alle condizioni di salute o alla patologia presente. Deve essere attuata:
 - a giudizio dell'ostetrica/o di triage;
 - a richiesta dell'utente o dei suoi accompagnatori;
 - allo scadere del tempo di rivalutazione previsto per ogni codice.

Il **medico ginecologo** del PS viene informato dall'ostetrica di tutti i casi presenti in pronto soccorso e visita le pazienti in base alla priorità definita. Può inoltre essere consultato in fase di triage per i casi dubbi, aiutando l'ostetrica stessa nella definizione delle priorità assistenziale. Il medico può, in caso di disaccordo con l'ordine di priorità definita, modificarlo a sua discrezione, assumendosi in tal caso tutta la responsabilità derivante dalla fase di TRIAGE.

NELL'ALLEGATO 1 E' ILLUSTRATO IL PROTOCOLLO OPERATIVO DELLE 4 D e DI RIVALUTAZIONE ADOTTATO IN A.O.U. COMPRENSIVO DEI TEMPI MASSIMI DI ATTESA PER RIVALUTAZIONE IN BASE A CIASCUN CODICE

2. **L'ostetrica-triagista o l'operatore addetto al triage**, dopo aver effettuato il triage e dopo la rivalutazione, attribuisce alla paziente un codice in base alle seguenti evidenze:
 - ROSSO, per le condizioni in cui è in atto la compromissione di una funzione vitale della donna o del feto, con il rischio di immediato pericolo di vita;
 - GIALLO, per le condizioni in cui esiste la minaccia di un cedimento di una funzione vitale della donna o del feto con possibilità di vita autonoma;
 - VERDE, per le condizioni che non evidenziano, al momento, fattori che pongono la vita della donna e del feto a rischio, ma per le quali rilevante è il controllo a distanza del triagista che al mutare delle condizioni della paziente modifica anche il codice di triage;
 - BIANCO, per le richieste di generico controllo o dovute a patologie minori. Anche in questo caso è rilevante il controllo a distanza del triagista che al mutare delle condizioni della paziente modifica anche il codice di triage.

A questi codici si aggiunge il CODICE VIOLA, individuato in base alla valutazione del benessere fetale.

Nel caso si preveda una decisione sul ricorso al Taglio Cesareo, si fa riferimento al "trriage" per TC raccomandato dalla LLGG dell'ISS sul Taglio Cesareo (versione modificata della classificazione di Lucas):

- codice rosso - pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto
- codice giallo - compromissione delle condizioni materne e/o fetali che non costituisce un immediato pericolo di vita
- codice verde - assenza di compromissione delle condizioni materne e/o fetali, ma necessità di anticipare il parto
- codice bianco - parto da inserire nella lista operatoria in base alle disponibilità del punto nascita.

NELL'ALLEGATO 2 E' ILLUSTRATO IL SISTEMA DI CODIFICA ADOTTATO IN A.O.U. CON I RISPETTIVI SINTOMI E NELL'ALLEGATO 2.bis SONO ILLUSTRATE LE PATOLOGIE MATERNE E FETALI IN BASE ALLE QUALI ATTRIBUIRE IL RELATIVO CODICE

6.2.2 COMPORTARSI IN BASE AL LIVELLO DI RISCHIO

1. Nel caso di attribuzione di CODICE ROSSO, **l'ostetrica-triagista o l'operatore addetto al triage** invia immediatamente la paziente all'ambulatorio medico;
2. Nel caso di attribuzione di CODICE GIALLO, **l'ostetrica- triagista o l'operatore addetto al triage** invia immediatamente la paziente all'ambulatorio, compatibilmente con altre emergenze in atto, attuando tutto quanto sia di sua competenza per assicurare un tempo medio di attesa non superiore ai 10 minuti e assicurando una valutazione successiva della paziente ogni 5-10 minuti.
3. Nel caso di attribuzione di CODICE VERDE, **l'ostetrica- triagista o l'operatore addetto al triage** attua tutto quanto sia di sua competenza per assicurare un tempo medio di attesa non superiore ai 60-120 minuti e assicurando una valutazione successiva della paziente ogni 30-60 minuti.
4. Nel caso di attribuzione di CODICE BIANCO, **l'ostetrica- triagista o l'operatore addetto al triage** attua tutto quanto sia di sua competenza per assicurare un tempo medio di attesa non superiore ai 240 minuti e assicurando una valutazione successiva della paziente ogni 120 minuti.

Le attese vengono effettuate, come raccomandato dalle Linee Guida SIMEU³, dal DPR 14 gennaio 1997 e dalla DGRC 7301_2001, in uno o più locali di attesa post-triage sotto la sorveglianza del personale. È presente un operatore addetto alla sicurezza (delle pazienti, degli accompagnatori e degli operatori).

6.2.3 DOCUMENTARE E COMUNICARE

La raccolta dati eseguita durante la fase di valutazione si realizza nella scheda di triage. Essa è elemento imprescindibile del sistema perché deve documentare il processo decisionale che ha portato alla formulazione del codice di priorità, deve descrivere i provvedimenti attuati al triage e permettere il passaggio delle informazioni all'interno del pronto soccorso⁴. In A.O.U. essa è gestita informaticamente con sistema PS_WEB.

Di minima, gli elementi da raccogliere sono:

- dati anagrafici per permettere l'inequivocabile identificazione dell'utente;
- data e ora di inizio e fine presa in carico al triage che coincide con il tempo d'attesa, tempo in cui solo l'ostetrica ha valutato la paziente;
- n° progressivo, obbligatorio per legge e utile per l'archiviazione e per successivi lavoro di ricerca;
- sintomo principale ossia il fattore che ha portato il paziente a recarsi in pronto soccorso. Esso non costituisce diagnosi ma pura raccolta dati;
- farmaci assunti e allergie note;
- test diagnostici (es. ECG, glicemia, ecc.);
- parametri vitali;
- valutazione ostetrica;
- codice di priorità assegnato;
- interventi effettuati in triage;
- percorsi/procedure brevi attuate in triage;
- esito di eventuali rivalutazioni;
- firma dell'operatore.

³ Standard organizzativi delle Strutture di Emergenza-Urgenza, 2011

⁴ La sua obbligatorietà giuridica deriva dall'obbligo che ogni professionista ha di documentare le azioni compiute e deve pertanto essere considerata "atto pubblico" e come tale è soggetta alle norme penalistiche sulla falsità documentale. È fondamentale che risponda a requisiti di chiarezza, veridicità e completezza, deve pertanto presentare l'elenco delle prestazioni sanitarie erogate ed il codice di priorità che si è scelto di attribuire al paziente. Sono proprio i dati in essa raccolti che giustificano la scelta del codice pertanto essa rappresenta anche una forma di protezione per l'operatore in sede di un eventuale dibattito giuridico.

6.3 FASE PARTO- SALA PARTO - SALA OPERATORIA

L'assistenza in sala parto è un processo multidisciplinare che fa convergere molte e diverse professionalità: la competenza tecnica, la qualifica professionale e le specifiche esperienze devono essere coerenti con il livello assistenziale definito ed uniformi tra tutti i membri dello staff.

Le funzioni di coordinamento del punto nascita, sono svolte dai Responsabili delle UOC Ostetricia e Ginecologia e dal coordinatore della sala parto. Nei piani organizzativi e nella composizione dei turni di servizio è presa in considerazione la clinical competence, in modo coerente con il livello delle prestazioni da erogare. Sono definite, formalizzate e condivise le responsabilità assistenziali e le competenze per ogni figura professionale coinvolta nell'assistenza e se ne tiene conto nella composizione dei turni di servizio e nel piano di formazione dei singoli operatori. Tutto questo, al fine di aumentare la sicurezza e ridurre la probabilità di eventi avversi, viene costantemente sorvegliato e misurato dal coordinatore del punto nascita per evidenziarne i punti deboli.

In questa fase, la procedura prevede il seguente protocollo di sicurezza:

1. Effettuare riconoscimento attivo (se possibile) e doppio controllo in caso di trasfusione
2. Identificare livello di rischio della gravidanza: rischio materno e fetale
3. Consultare anamnesi completa
4. Comunicare con altri membri dell'equipe in riferimento alle necessità del caso
5. Garantire la presenza in sala di tutti gli operatori previsti per ruolo e formati
6. Garantire la presenza dell'anestesista rianimatore/neonatologo se rischio prevedibile
7. Fornire informativa alla donna, garantire ascolto e comunicazione
8. Valutari FdR per EPP in travaglio-parto
9. Stima perdite ematiche
10. Verificare se isola neonatale attrezzata
11. Procedere a corretta identificazione coppia madre-figlio
12. Effettuare e documentare visita neonatologica
13. Compilare partogramma/verbale operatorio e inserirli nella cartella clinica
14. Favorire contatto madre-figlio
15. Effettuare rivalutazione neonato
16. Effettuare, se previsti, pH, ematocrito, EGA, GLU

6.3.1 IDENTIFICARE PAZIENTE E CLASSIFICARE IL LIVELLO DI RISCHIO

L'identificazione della paziente deve essere effettuata dal **ginecologo e dall'ostetrica** che hanno in carico la paziente e devono coinvolgere **l'anestesista** in caso di ricorso alla partoanalgesia, al parto operativo e/o a qualunque circostanza in cui sia necessario un supporto anestesiologicalo-rianimatorio materno e il neonatologo.

In particolare, nel parto vaginale **l'ostetrica** presenta lo staff e identifica la paziente, rileva i parametri vitali e il BCF, posiziona il tracciato CTG e compila il partogramma. Insieme al **ginecologo**, identifica il livello di rischio anche valutando la documentazione disponibile (Cartella Clinica, Cartella ambulatoriale, valutazione anestesiologicala, cartella di PS).

6.3.2 COMPORTARSI IN BASE AL LIVELLO DI RISCHIO⁵

Il ginecologo e l'anestesista effettuano eventuali prescrizioni terapeutiche, se necessarie. Nelle matrici che seguono sono schematizzate le principali attività di questa fase per l'identificazione del rischio e la scelta dei relativi comportamenti di sicurezza.

Tabella 1. Pre parto: Attività da verificare prima del parto

Accoglienza	Attività e responsabilità
Al momento dell'ingresso della paziente in Area Nascita o Centro Nascita	<ul style="list-style-type: none"> • L'ostetrica presenta lo staff, identifica la paziente. • L'ostetrica e/o la ginecologa/o identificano il rischio seguendo la checklist di identificazione del rischio aziendale • L'ostetrica rileva i parametri vitali • I componenti dell'equipe compilano la modulistica di pertinenza • L'ostetrica rileva il Battito Cardiaco Fetale • L'ostetrica posiziona il tracciato cardiocografico se appropriato • L'ostetrica inizia la compilazione del partogramma • Il ginecologo verifica se la paziente deve essere sottoposta a terapia antibiotica. • Il ginecologo verifica se la paziente deve essere sottoposta a terapia antipertensiva. • Il ginecologo verifica se la paziente deve essere sottoposta a terapia antiretrovirale.

Tabella 2. Pre parto: Sintesi attività da verificare prima del parto

Item	Responsabilità	
	Ginecologo/a	Ostetrica
Accoglienza		
Presentazione staff		X
Identificazione della madre		X
Identificazione del rischio	X	X
Rilevazione parametri vitali		X
Compilazione modulistica	X	X
Rilevazione BCF		X
Posizionamento tracciato cardiocografico		X
Partogramma		X
Chiamata del ginecologo		X
Prescrizione terapia antibiotica	X	
Prescrizione terapia antiipertensiva	X	
Prescrizione terapia antiretrovirale	X	

⁵ Raccomandazioni ISS Prevenzione Emorragia Post Partum
 fattori di rischio identificabili durante la gravidanza: una precedente EPP, la gravidanza multipla, la preeclampsia, il sospetto di un peso alla nascita >4.000 g, placenta previa, sospetta placentazione anomala invasiva;

Tabella 3. Intraparto: Attività da verificare durante il parto

Parto vaginale	Attività e responsabilità
Al momento dell'espletamento del parto per via vaginale	<ul style="list-style-type: none"> • L'ostetrica verifica la presenza dei presidi necessari all'assistenza la parto. • L'ostetrica verifica la somministrazione del bolo di 10UL ossitocina • L'ostetrica chiama la collega (seconda ostetrica) • L'ostetrica verifica se è opportuno chiamare il ginecologo • L'ostetrica e il ginecologo verificano se è opportuno chiamare il neonatologo. • L'ostetrica verifica la presenza dei presidi necessari all'assistenza del neonato. • L'ostetrica posiziona il braccialetto identificativo madre-neonato • L'ostetrica effettua l'emogas su cordone neonatale se previsto da procedura
Secondamento	Attività e responsabilità
Al momento del secondamento	<ul style="list-style-type: none"> • L'ostetrica verifica le perdite ematiche • L'ostetrica verifica il tono uterino • L'ostetrica chiama il ginecologo per perdite >500ml se necessario • Il ginecologo chiama l'anestesista • L'ostetrica valuta i parametri vitali • I professionisti compilano la modulistica secondo pertinenza: Consegne ostetriche, STU, STU neonato, partogramma, registro parto, cartella Argos (Es. PAI)

Tabella 4. Intraparto: Sintesi attività da verificare durante il parto

Item	Responsabilità	
	Ginecologo/a	Ostetrica
Parto vaginale		
Presidi necessari all'assistenza la parto.		X
Bolo di 10UL ossitocina		X
Chiamata seconda ostetrica		X
Chiamata ginecologo		X
Chiamata neonatologo	X	X
Presidi necessari all'assistenza del neonato		X
Posizionamento braccialetto identificativo madre-neonato		X
Emogas		X
Secondamento		
Perdite ematiche		X
Tono uterino		X
Chiamata ginecologo per perdite >500ml		X
Chiamata dell'anestesista	X	
Valutazione parametri vitali		X
Compilazione modulistica: Consegne ostetriche, STU, STU neonato, partogramma, registro parto, cartella Argos	X	X

6.3.3 DOCUMENTARE E COMUNICARE⁶

6.3.3.1 La checklist

La check list può rappresentare un valido strumento ai fini di migliorare la qualità e la sicurezza delle prestazioni durante l'evento parto. Nel 2008, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha messo a punto una checklist per il parto (Safe Childbirth Checklist). Lo strumento ricorda e aiuta il personale a garantire aderenza alle pratiche essenziali del parto; ogni elemento è un'azione fondamentale che, se perso, può portare a complicazioni o a morte.

Gli item della Checklist affrontano le cause principali delle morti materne (emorragie, infezioni, travaglio e disordini ipertensivi), nati morti intrapartum correlati (insufficiente cura intrapartum) e delle morti neonatali (Eventi in travaglio correlati, infezioni e complicazioni della prematurità). Nell'AOU è in via di adozione una check list di sala parto il cui fac simile è illustrato nell'allegato 5.

6.3.3.2 Partogramma

La durata del travaglio di parto è indicata dal tempo che intercorre tra la fase di diagnosi di travaglio attivo e l'espletamento del parto. Nella gestione dell'assistenza al travaglio/parto, la formulazione della diagnosi di travaglio attivo, riveste un'importanza fondamentale nella prevenzione e riduzione dei rischi connessi all'adozione di interventi non appropriati.

Al momento della formulazione della diagnosi di travaglio attivo deve iniziare la compilazione del partogramma, il cui uso risulta importante perché permette un'immediata comprensione dell'evoluzione del travaglio ed una precoce individuazione di alterazioni della dinamica e della meccanica del parto.

Il partogramma, definito anche cervicodilatogramma, rappresenta un ottimo strumento di registrazione dei parametri clinici che definiscono l'andamento del travaglio.

Con il termine Partografia si intende un metodo per la sorveglianza del travaglio che consiste nel riportare su un grafico opportunamente predisposto i principali fenomeni del travaglio, dilatazione della cervice uterina e discesa della parte fetale presentata, in funzione del tempo trascorso.

Il Partogramma è il documento su cui è rappresentato il diagramma utilizzato per la registrazione di questi due fenomeni del travaglio, oltre a ciò sono presenti altri grafici e tabelle su cui poter registrare altri parametri significativi per la valutazione dell'andamento del travaglio stesso e del benessere materno-fetale. Il tempo impiegato dalle modifiche del collo dell'utero per verificarsi, permette di disegnare una curva che indica l'evoluzione del travaglio. La lettura di tali eventi permette di individuare le alterazioni del travaglio che si classificano come distocie. Per la corretta compilazione ed interpretazione del tracciato, consultare la relativa istruzione operativa, già prodotta ed esposta in sala parto.

⁶ Raccomandazioni ISS Gravidanza Fisiologica

► La raccolta dei dati di salute prenatale deve essere effettuata con criteri e modalità standardizzati (per esempio tramite checklist), al fine di identificare e registrare le condizioni di rischio.

► I professionisti e i servizi di assistenza alla gravidanza devono affidare alla donna la cartella con la documentazione clinica prenatale.

6.4 FASE NEONATALE – SALA PARTO – SALA OPERATORIA

In ogni parto deve essere assicurata la possibilità di iniziare in maniera tempestiva la rianimazione cardiopolmonare alla nascita in un neonato depresso.

Il neonatologo di guardia del Nido e l'infermiera pediatrica sono deputati all'assistenza del neonato alla nascita ed a eventuale rianimazione secondo le linee guida di rianimazione neonatale dell'AHA/AAP.

Il materiale per la rianimazione polmonare così come l'isoletta per l'assistenza neonatale devono essere preventivamente preparati e ne va controllato il funzionamento. A tal fine, l'infermiera deputata all'assistenza del neonato alla nascita, supervisionata dal neonatologo di guardia, deve controllare il materiale per la rianimazione ed isoletta come da apposita check list di reparto (che va controfirmata) ad inizio turno del mattino e della sera.

6.4.1 IDENTIFICARE PAZIENTE E CLASSIFICARE IL LIVELLO DI RISCHIO

In questa fase è necessario applicare il seguente protocollo:

- Identificazione della coppia madre bambino subito dopo la nascita mediante riconoscimento materno ed apposizione di braccialetto numerato a madre e bambino. Il numero del braccialetto va riportato su cartella neonatale.

- valutazione della documentazione clinica e raccolta di anamnesi relative a condizione di salute materna prima e durante la gravidanza e sull'andamento del parto a cura del neonatologo di guardia al fine di individuare le condizioni materno fetali di rischio per la salute del neonato ed essere preventivamente preparati al momento della nascita ad iniziare eventuale rianimazione cardiopolmonare.

In particolare identificare il neonato che deve essere valutato per eventuale trattamento ipotermico come da Raccomandazioni SIN su assistenza al neonato con encefalopatia ipossico ischemica candidato al trattamento ipotermico.

6.4.2 COMPORTARSI IN BASE AL LIVELLO DI RISCHIO⁷

Immediatamente dopo la nascita valutare come da manuale di rianimazione neonatale dell'AHA/AAP:

l'età gestazionale, il tono muscolare e il tipo di respiro e/o la presenza di pianto.

- Se il neonato è a termine, il tono è adeguato ed il neonato ha respiro valido e /o piange segue assistenza di routine ossia mantenimento della temperatura corporea ed osservazione per la fase transizionale al Nido.

- In caso di fattori di rischio individuati all'anamnesi materna e/o necessità di rianimazione neonatale segue osservazione stretta e valutazione per criteri di trasferimento in TIN (vedi dopo criteri trasferimento in TIN).

- Opportuno eseguire emogas da sangue cordonale (arteria ombelicale) in tutti i nati da gravidanza a rischio e/o parto non fisiologico per valutare alla nascita il grado di compromissione fetale.

- il neonato che deve essere valutato per eventuale trattamento ipotermico va assistito spegnendo il lettino termico e trasferito in TIN per la valutazione.

6.4.3 DOCUMENTARE E COMUNICARE⁸

A cura del neonatologo che ha assistito al parto va compilata la cartella clinica del neonato in cui vanno riportati come previsto dalla stessa:

⁷ Raccomandazioni ISS Prevenzione Emorragia Post Partum

fattori di rischio identificabili durante la gravidanza: una precedente EPP, la gravidanza multipla, la preeclampsia, il sospetto di un peso alla nascita >4.000 g, placenta previa, sospetta placentazione anomala invasiva;

⁸ Raccomandazioni ISS Gravidanza Fisiologica

- ▶ La raccolta dei dati di salute prenatale deve essere effettuata con criteri e modalità standardizzati (per esempio tramite checklist), al fine di identificare e registrare le condizioni di rischio.

- ▶ I professionisti e i servizi di assistenza alla gravidanza devono affidare alla donna la cartella con la documentazione clinica prenatale.

- anamnesi relative a condizione di salute materna prima e durante la gravidanza e sull'andamento del parto che possono individuare fattori di rischio per il neonato.
- esame obiettivo e valutazione del neonato dopo la nascita, indice di APGAR e tutte le procedure eseguite e prescrizioni riportando data, ora e firma.

Tabella 1 Post parto: attività da verificare dopo il parto

Nelle 2 ore	Attività e responsabilità
	L'ostetrica spiega alla madre i principali segni di rischio neonatale e i rischi del post-partum
	L'infermiere pediatrico valuta i parametri vitali del neonato e compila la scheda neonatale
	L'infermiere pediatrico chiama il pediatra se necessario
Dopo 2 ore - Madre	Attività e responsabilità
	L'ostetrica verifica le perdite ematiche, il tono uterino e i parametri vitali e chiama il ginecologo se necessario
	Il ginecologo chiama l'anestesista se necessario
	L'ostetrica valuta il dolore (VAS) se necessario
Dopo 2 ore - Neonato	Attività e responsabilità
	L'infermiere pediatrico valuta i parametri vitali, esegue le profilassi e chiama il pediatra se necessario
	L'infermiere pediatrico compila la scheda neonatale

6.5 FASE NEONATALE - DEGENZA AL NIDO

6.5.1 IDENTIFICARE PAZIENTE E CLASSIFICARE IL LIVELLO DI RISCHIO

- NEONATO A BASSO RISCHIO DI PATOLOGIA: neonato a termine e di peso adeguato, da parto fisiologico, che non ha ricevuto rianimazione alla nascita e non ha rilevanti fattori di rischio all'anamnesi materna.

- NEONATO A RISCHIO DI PATOLOGIA: neonato pretermine, di basso peso, che ha ricevuto rianimazione alla nascita ed/o ha fattori di rischio all'anamnesi materna (diabete materno, febbre peripartum, tampone positivo per streptococco agalactiae etc).

6.5.2 COMPORTARSI IN BASE AL LIVELLO DI RISCHIO

NEONATO A BASSO RISCHIO DI PATOLOGIA: dopo una prima valutazione clinica, segue una fase osservazionale post partum (di circa 2 h) con attenta e regolare sorveglianza del benessere neonatale (sorvegliando colorito, respiro ed equilibrio termico).

Dopo tale fase post partum, bisogna favorire il contatto madre neonato e le madri devono essere incoraggiate e sostenute ad avviare precocemente l'allattamento al seno per cui i neonati rimangono in stanza con le mamme (rooming in) con controllo medico quotidiano e diversi controlli giornalieri da parte del personale sanitario alla coppia madre / neonato per fornire informazioni necessarie alle madri su:

- allattamento al seno
- cure quotidiane del neonato
- valutazione dell'equilibrio termico, colorito, emissione di feci ed urine.

Giornalmente bisogna valutare per il neonato:

- peso
- capacità di attaccarsi al seno ed effettuare una buona poppata
- emissione di feci ed urine

Alla dimissione:

- visita neonatologica comprendente manovra di Ortolani e palpazione dei polsi femorali
- screening audiologico
- screening per la ricerca del riflesso rosso della retina
- screening con saturimetria per cardiopatie congenite
- fornire scheda di dimissione riassuntiva sulla degenza comprendente indicazioni su posizione nel sonno e sicurezza del trasporto in auto.
- programmare un controllo postdimissione se necessario (per controllo di ittero o completamento iter diagnostico)
- indicare sulla scheda di dimissione controllo presso il proprio Pediatra di libera scelta al massimo entro 1 settimana dalla dimissione.

NEONATO A RISCHIO DI PATOLOGIA:

a) tra questi bisogna individuare coloro che posseggono i criteri per trasferimento in TIN ossia^o:

- neonati prematuri < 34 wk di età gestazionale alla nascita
- neonati necessitanti di assistenza intensiva di qualsiasi peso o età gestazionale in particolare:
 - neonati che necessitano di ventilazione assistita
 - neonati chirurgici o con malformazioni complesse
 - neonati con gravi compromissioni delle funzioni vitali
 - neonati che necessitano di procedure o monitoraggi invasivi
 - neonati che devono essere valutati per trattamento ipotermico

b) per i neonati che non presentano i criteri per il trasferimento in TIN ma che sono a rischio di patologia perché < 2 Kg di peso e/o < 36 settimane di EG o con distress respiratorio o altra compromissione d'organo che non richiede trasferimento in TIN:

- osservazione in incubatrice nel post partum
- eseguire valutazione emogas e saturimetria, monitoraggio della temperatura corporea e della glicemia
- valutazione per eventuale inizio di alimentazione precoce
- controllo medico almeno tre volte al giorno.

c) per il neonato figlio di madre diabetica prevedere controllo di glicemia nel post partum a 1 e 3 h di vita e poi su indicazione clinica.

^oAccordo Stato Regioni 2010

6.5.3 DOCUMENTARE E COMUNICARE⁹

Riportare nella cartella neonatale tutte le valutazioni del neonato, tutte le procedure eseguite e prescrizioni riportando data, ora e firma. I neonati a rischio di patologia vanno comunicati e segnalati su apposito registro delle consegne ai cambi guardia.

Fornire alla madre ed ai familiari tutte le informazioni in modo chiaro e corretto.

⁹ Raccomandazioni ISS Gravidanza Fisiologica

- ▶ La raccolta dei dati di salute prenatale deve essere effettuata con criteri e modalità standardizzati (per esempio tramite checklist), al fine di identificare e registrare le condizioni di rischio.
- ▶ I professionisti e i servizi di assistenza alla gravidanza devono affidare alla donna la cartella con la documentazione clinica prenatale.

RIFERIMENTI E ALLEGATI

6.1 Riferimenti

- Raccomandazione n° 6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto),
- Raccomandazione n°15 per la prevenzione di Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all'interno del Pronto soccorso
- Raccomandazione n° 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso maggiore di 2500 grammi non correlata a malattia congenita
- Linee Guida per la Prevenzione dell'EPP

6.2 Allegati

ALLEGATO 1.: PROTOCOLLO OPERATIVO TRIAGE: LE 4 D + R

ALLEGATO 2. SISTEMA DI CODIFICA

ALLEGATO 3. MASCHERE ATTUALI PSWEB

ALLEGATO 4. PROTOCOLLI

ALLEGATO 5. CHECK LIST SALA PARTO

PROTOCOLLO OPERATIVO TRIAGE: LE 4 D + R

1) DOOR. Valutazione sulla porta: consiste in una rapida osservazione dell'aspetto generale della persona con l'obiettivo di individuare i soggetti con problemi assistenziali che necessitano di un intervento immediato.

2) DATA. Raccolta dati: si compone della valutazione soggettiva, effettuata essenzialmente attraverso l'intervista (anamnesi mirata e valutazione dei sintomi) e della valutazione oggettiva, la quale consiste nella rilevazione dei segni e nell'analisi della documentazione clinica ove disponibile.

L'ostetrica/o interroga la paziente ed eventuali accompagnatori, se necessario, al fine di determinare:

- Il sintomo principale ossia la problematica determinante che ha indotto la paziente a recarsi in pronto soccorso. Le domande iniziali dovrebbero essere aperte così da consentire alla paziente di descrivere i propri sintomi liberamente.
- I sintomi associati che possono essere correlati alle condizioni della paziente.
- L'evento presente ossia il problema di maggior rilevanza della paziente. Le informazioni da ottenere devono comprendere l'ora di insorgenza dei sintomi, la loro progressione nel tempo, l'area interessata dal problema, il meccanismo di un eventuale trauma così come le terapie effettuate e bisogna evitare di pensare che il problema più evidente sia quello principale.
- Il dolore, in particolare la sua sede, intensità e caratteristiche.
- L'anamnesi del paziente, fondamentale poiché permette di avere un quadro clinico più completo e potrebbe influenzare significativamente l'assegnazione del codice colore. La modalità di valutazione e l'accuratezza della fase di raccolta dati devono tenere conto delle condizioni della persona. L'intervista deve essere mirata a raccogliere il maggior numero di informazioni necessarie alla definizione del problema di salute della persona e del possibile rischio evolutivo. In questa fase diventano essenziali le capacità comunicative e di interazione con paziente ed accompagnatori. Essa deve prevedere un'anamnesi rapida ma accurata, l'individuazione di fattori di rischio presenti, terapie assunte, patologie presenti ed allergie.

La valutazione oggettiva si compone dell'esame fisico e dell'analisi della documentazione. Consiste di dati osservati (come si presenta la paziente), dati misurati (parametri vitali) e dati ricercati (esame localizzato). Nel ricercare questi dati bisognerebbe tener conto di alcuni principi generali: visualizzare sempre, nel rispetto della privacy, la zona interessata dal problema principale dopo di che visualizzare il resto; iniziare l'indagine dalle manovre e domande meno invasive per poi procedere in crescendo; in caso di dubbio cercare sempre l'aiuto di colleghi o del medico. Se necessario potranno essere effettuati alcuni provvedimenti assistenziali indispensabili per supportare la paziente in attesa e diminuirne lo stress emotivo e doloroso, quali ad esempio: sistemazione posturale idonea (barella, carrozzina, ecc.), medicazioni temporanee di ferite, applicazione di ghiaccio, ecc.. Inoltre se previsto dai protocolli, possono essere iniziati trattamenti diagnostici o terapeutici e attivati percorsi dedicati. Compito dell'ostetrica di triage è anche quello di garantire un'adeguata informazione all'utente circa l'esito della valutazione di triage ed il funzionamento della struttura anche attraverso la consegna di opuscoli informativi.

3) DISCUSSION

4) DECISION. Decisione di Triage: si concretizza con l'assegnazione del codice di priorità, l'attuazione dei necessari provvedimenti assistenziali e l'eventuale attivazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

d) Rivalutazione: necessaria per cogliere tempestivamente eventuali evoluzioni delle condizioni degli utenti in attesa. Il codice colore può essere riconfermato o variare.

La rivalutazione si basa sugli elementi universali della clinica quali: l'anamnesi, la rilevazione dei parametri vitali e di nuovi sintomi insorti e l'esecuzione di test diagnostici.

I tempi di rivalutazione massimi in base ai vari codici non possono superare

- 10 minuti per i codici gialli,
- 60 minuti per i codici verdi
- 240 minuti per quelli bianchi.

ALLEGATO 2

SISTEMA DI CODIFICA PER TRIAGE OSTETRICO

- ✓ Shock ;
- ✓ Arresto cardiaco;
- ✓ Arresto respiratorio;
- ✓ Emorragie dell'apparato genitale (Sospetto distacco di placenta, Placenta previa sanguinante, sospetta rottura d'utero, Aborto in atto)
- ✓ Preclampsia/eclampsia (Crisi ipertensiva, Crisi eclamptica, HELLP syndrome);
- ✓ Crisi ipoglicemica, chetoacidosi o coma in paziente diabetica;
- ✓ Addome acuto (sospetta gravidanza extrauterina, Embolia di liquido amniotico; patologie abortive, appendicite acuta)
- ✓ Politrauma;
- ✓ Insufficienza respiratoria acuta;
- ✓ Cefalea acuta con associati segni neurologici;
- ✓ Crisi psicotica acuta (con violenza verso se e gli altri);
- ✓ Prolasso di funicolo;
- ✓ Prolasso arto fetale.
- ✓ Mancata percezione dei movimenti fetali (assenza totale)
- ✓ Sofferenza fetale;
- ✓ Morte intrauterina;
- ✓ Travaglio di parto avanzato con rischio di parto imminente;
- ✓ Violenza sessuale riferita o presunta;

CODICE ROSSO

Condizioni in cui è in atto la compromissione di una funzione vitale della paziente o del feto, con il rischio di immediato pericolo di vita.

ACCESSO IMMEDIATO

- ✓ Minaccia di aborto;
- ✓ Rottura prematura delle membrane;
- ✓ Paziente con ipertensione gestazionale stabile;
- ✓ Inizio travaglio in gravidanza non fisiologica (paziente portatrice di cerchiaggio, gravidanza pretermine, pregresso cesareo, presentazione anomala, gravidanza gemellare, taglio cesareo programmato)
- ✓ Travaglio di parto non a rischio di parto imminente;
- ✓ Importante dolore addominale spontaneo o post traumatico in assenza di alterazioni dei parametri vitali o di sospetto di addome acuto;
- ✓ Metrorragie del puerperio;
- ✓ Sospetta colica renale;
- ✓ Epatopatie in gravidanza stabile;

CODICE GIALLO

Condizioni in cui esiste la minaccia di un cedimento di una funzione vitale della donna o del feto con possibilità di vita autonoma
ACCESSO IN 10 MINUTI (e comunque dopo tutti i codici rossi)

RIVALUTAZIONE OGNI 10 MINUTI

- ✓ Inizio travaglio e prodromi di travaglio in gravidanza fisiologica;
- ✓ Deiscenza di suture;
- ✓ Iperpiressia materna ($T < 38^{\circ}\text{C}$)
- ✓ Iperemesi gravidica in paziente non compensata
- ✓ Disturbi mammari in puerperio

CODICE VERDE

Condizioni nelle quali non esistono fattori che pongono la vita della donna e del feto a rischio
ACCESSO IN 60-120MINUTI (e comunque dopo tutti i codici gialli e rossi)

RIVALUTAZIONE OGNI 60 MINUTI

- ✓ Richieste di generico controllo o dovute a patologie minori ostetriche e ginecologiche

CODICE BIANCO

I pazienti richiedono prestazioni sanitarie per cui sono previsti percorsi extraospedalieri (medico di famiglia, ambulatori specialistici, consultori etc). L'accesso avviene dopo tutti gli altri codici. Rivalutazione a richiesta o a 240 min

Codice rosso	Codice giallo
<ul style="list-style-type: none"> • Contrazioni ritmiche e dolorose (travaglio di parto) • Sanguinamento vaginale severo • Dolorabilità uterina acuta ed intensa • Dolore addomino-pelvico acuto • Dolore lombo-sacrale intenso • Febbre elevata con brivido • Fenomeni allergici gravi • Convulsioni • Traumi gravi • Dispnea • Ustioni gravi • Stato di Shock • Pazienti trasportate da mezzi di pronto soccorso 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrazioni non ritmiche né dolorose • Sanguinamento vaginale moderato • Dolorabilità uterina moderata • Dolore addomino-pelvico moderato • Dolore lombo-sacrale moderato • Sospetta rottura prematura delle membrane (PROM) • Vomito nel II° o III° trimestre di gravidanza • Febbre superiore a 38° C • Ipertensione arteriosa • Ipotensione arteriosa • Cefalea e/o vertigini • Lipotimia risoltasi spontaneamente • Epistassi • Disturbi del visus e/o dell'udito • Ustioni di grado moderato
Codice verde	Codice bianco
<ul style="list-style-type: none"> • Attività contrattile uterina sporadica • Febbre inferiore a 38° C • Ingorgo mammario e/o mastite in puerperio e in allattamento • Diarrea • Ematuria • Disuria • Fenomeni allergici tipo orticarioide • Valutazione CTG ambulatoriale 	<ul style="list-style-type: none"> • Vomito nel primo trimestre di gravidanza • Prurito e/o bruciore vulvo-vaginale • Leucorrea • Tumefazione vulvo-vaginale • Febbricola • Faringodinia • Otagia • Odontalgia • Tosse • Stipsi • Congiuntivite • Consultazione o lettura CTG

ALLEGATO 3

MASCHERE APPLICATIVE DEL SISTEMA PS_WEB PER LA GESTIONE DEL TRIAGE OSTETRICO

Maschera di Triage. I campi in giallo sono obbligatori

PRONTO SOCCORSO OSTETRICO

Scheda n° 2013000043 Cognome PROVA Nome CUP Data di nascita 01/01/1994 Età 19 anni Sesso F Dettaglio Anagrafico

PATOLOGIE SALIENTI ALLERGIE INTOLLERANZE FATTORI DI RISCHIO PATOLOGIE FAMILIARI PARAMETRI FISILOGICI TERAPIE IN CORSO

Scheda Paziente Trasferimento Privacy

Scheda n° 2013000043 Data 16/10/2013 Ora 16:02 Priorità VERDE Rivalutazione

Prestaz. PS Param. Clinici Cambia Paz. Precedenti

Anamnesi Infermieristica Causa dichiarata all'accettazione

Servizio PRONTO SOCCORSO OSTETRICO Ambulatorio 2A - SALA VISITA FastTrack Anonimato

Problema Principale Sintomi o disturbi ostetrico ginecologici Data trauma Ora trauma Età Presunta

Comune Località Resp. terzi

Modalità di arrivo Altra ambulanza Inviato da Medico continuità assistenziale Struttura di Provenienza

Luogo Evento Circostanze del Trauma Posizione Ticket

Ubicazione del Paziente Dati 118 Regime di Erogazione

SSN Classe E. Esenzione

Conferma Annulla Stampa Anteprima Esci

Maschera Presa in carico da parte del medico

Partendo dall'elenco degli accessi, il medico potrà decidere in base alla priorità quale paziente prendere in carico per effettuare la visita.

La presa in carico si effettua tramite il bottone Fonendoscopio 

Verrà visualizzato un pop-up che permette di visualizzare e modificare i dati di presa in carico.

Presa in carico del paziente

Sei sicuro di voler prendere in carico il paziente PROVA PROVA ?

Ambulatorio/Box 3A - SALA CARDIOTOCOGRAFIA

Data di presa in carico 06/11/2013 16:03

Prendi in carico Apri in consultazione

Tramite il bottone **Prendi in carico** il medico diventa il Case Manager dell'accesso e verrà aperta l'home page della scheda di Pronto Soccorso

PRONTO SOCCORSO OSTETRICO

Cognome **PROVA** Nome **PROVA** Data di nascita **12/07/1951** Età **62 anni** Sesso **M** Dettaglio Anagrafico [→](#)

Case Manager **GIORDANO ELENA** Urgenza Scheda n° **20130000032** Data Ora Apertura **15/10/2013 15:34** Data Ora Presa in Carico **06/11/2013 16:03** **EPICRISI - 1**

PATOLOGIE SALIENTI ALLERGIE INTOLLERANZE FATTORI DI RISCHIO PATOLOGIE FAMILIARI PARAMETRI FISIOLOGICI TERAPIE IN CORSO [»](#)

Parametri Clinici [↗](#)



Esami [↗](#)

Data Richiesta	Eroqatore	Stato	Esami
06/11/2013 16:04	PRONTO SOCCORSO OSTETRICO	ESEGUITO	VISITA OSTETRICO-GINECOLOGICA...



Visita specialistica ostetrico-ginecologica

Terapia Testuale [↗](#)

Nessun elemento trovato!

Anamnesi [↗](#)

Nessun elemento trovato!

Esame Obiettivo [↗](#)

Nessun elemento trovato!

Triage

Valut. Clin.

Esami

Terapia

Diario

Param. Clin.

Allegati

Dimissione

Prestaz. PS

Precedenti

Anteprima

Stampa

Esci

Annulla

ALLEGATO 4

Utilizzo e implementazione di procedure e percorsi assistenziali

L'uniformità dei comportamenti nell'ambito di un processo assistenziale è un elemento importante per garantire la sicurezza, così come la condivisione delle modalità operative previste dal processo stesso ne rappresenta la condizione più importante.

Le UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia, Pediatria/Neonatologia, Anestesia e Rianimazione, sono dotate dei seguenti percorsi clinico-assistenziali ed istruzioni operative elaborati dai professionisti in considerazione delle specificità dei reparti in cui operano e delle evidenze presenti in letteratura e disponibili presso le UU.OO. di pertinenza:

- a) Istruzione Operativa (I.O di assistenza al travaglio e parto vaginale)
 - a. lettura del tracciato cardiocotografico
 - b. compilazione del partogramma
 - c. applicazione della check list di sala parto
 - d. applicazione della check list di preparazione della sala parto
- b) Procedura parto vaginale in situazioni "a rischio"
 - a. parto vaginale dopo taglio cesareo
 - b. conduzione della sofferenza fetale in travaglio
 - c. conduzione dell'oligoidramnios a termine: presenza di un AFI < a 20 mm.
 - d. criteri per definire la sofferenza fetale
 - e. Modalità del parto prematuro
 - f. Ritardo di crescita intrauterino
- c) Istruzione operativa per la gestione della distocia di spalla
- d) Istruzione operativa per la prevenzione e trattamento dell'emorragia del post partum
- e) Istruzione operativa per il taglio cesareo
 - a. applicazione checklist di sala operatoria
- f) Istruzione operativa per la prevenzione della mortalità materna dovuta ad anestesia
- g) Istruzione operativa per la prevenzione/trattamento della malattia tromboembolica
- h) Istruzione operativa per la gestione della sepsi ospedaliera
- i) Istruzione operativa per la prevenzione/trattamento della sepsi
- j) Istruzione operativa per l'ipertensione e gravidanza
- k) Istruzione operativa per la gestione/trattamento della Hellp Syndrome
- l) Istruzione operativa per Diabete in gravidanza
- m) Istruzione operativa per il trattamento della minaccia di parto prematuro
- n) Istruzione operativa per l'identificazione del neonato e della coppia madre-figlio
- o) Istruzione operativa assistenza neonato in sala parto e nel periodo peripartum
- p) Procedura assistenziale del neonato non patologico
- q) Istruzione Operativa per la gestione del neonato a rischio
- r) Procedura di dimissione del neonato
- s) Istruzione operativa di trasferimento di neonato patologico (vedi procedura aziendale per la gestione del trasferimento intra ed extraospedaliero del paziente)
- t) Indicazioni per l'esame istologico della placenta e del cordone ombelicale
- u) Percorso clinico assistenziale Parto indolore

Le procedure/istruzioni operative per le diverse fasi dell'assistenza all'interno del punto nascita, vengono condivise e utilizzate da tutte le professionalità coinvolte.

La sensibilizzazione al loro utilizzo da parte degli operatori avviene attraverso incontri di formazione ed informazione di cui viene tracciata evidenza.

6.4 Orientamento/inserimento per il nuovo personale.

Tutto il personale deve venire informato e addestrato sulle modalità operative del punto nascita.

La persona di nuovo inserimento deve essere affiancata, per il periodo utile, da personale esperto.

La responsabilità della formazione è in carico al Direttore del D.A.I., ai Responsabile delle UOC di competenza e al Coordinatore del punto nascita.

6.5 Utilizzo dei servizi di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza

La possibilità di attuare tempestivamente manovre rianimatorie impreviste, deve essere assicurata tramite:

- disponibilità di un anestesista rianimatore dedicato al percorso nascita H24;
- disponibilità H24 dell'intervento immediato di un neonatologo/pediatra in grado di completare la rianimazione, eventualmente con il supporto del rianimatore;
- presenza alla nascita del neonatologo/pediatra;
- preparazione, secondo procedura aziendale e prima della nascita, del materiale per la rianimazione e verifica del suo corretto funzionamento.

I protocolli da utilizzare in caso di rianimazione materna e neonatale devono essere formalizzati e condivisi da tutti gli operatori sanitari del Punto nascita, che devono essere puntualmente informati sugli aggiornamenti.

Il punto nascita deve essere in grado di affrontare contemporaneamente due situazioni di rianimazione (ostetrico-neonatale) al momento del parto.

Tutti gli operatori neonatologi di sala parto devono avere una formazione di BLS neonatale, con periodica valutazione e retraining. Tra gli operatori presenti in sala parto al momento della nascita, almeno uno deve essere nelle condizioni di iniziare e di dedicarsi esclusivamente alla rianimazione primaria neonatale.

ALLEGATO 5

Fac simile di check list di sala parto che l'AOU intende implementare

Check list sala parto

IDENTIFICAZIONE MADRE Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____ N° braccialeto: _____		PRE PARTO Data: □□/□□/□□	
Accoglienza <input type="checkbox"/> Presentazione staff <input type="checkbox"/> Identificazione della madre <input type="checkbox"/> Identificazione rischio <input type="checkbox"/> Rilevazione parametri vitali <input type="checkbox"/> Compilazione modulistica <input type="checkbox"/> Rilevazione BCF <input type="checkbox"/> Posizionamento tracciatore cardiotoconografico		<input type="checkbox"/> Compilazione partogramma <input type="checkbox"/> Richiesta paronalgia <input type="checkbox"/> Chiamata del ginecologo <input type="checkbox"/> Valutazione Terapia antibiotica <input type="checkbox"/> Valutazione Terapia antipertensiva <input type="checkbox"/> Valutazione Terapia retrovirale	
IDENTIFICAZIONE FIGLIO Cognome: _____ Nome: _____ Data e ora di nascita: _____ N° braccialeto: _____		INTRAPARTO Data: □□/□□/□□	
Parto vaginale <input type="checkbox"/> Presenza presidi necessari all'assistenza al parto <input type="checkbox"/> Chiamata seconda ostetrica <input type="checkbox"/> Somministrazione bolo 100L ossigeno <input type="checkbox"/> Chiamata del ginecologo <input type="checkbox"/> Chiamata del pediatra <input type="checkbox"/> Presenza presidi necessari all'assistenza del neonato <input type="checkbox"/> Posizionamento braccialeto madre e neonato		<input type="checkbox"/> Esecuzione emogas Secondamento <input type="checkbox"/> Valutazione perdite ematiche <input type="checkbox"/> Valutazione tono uterino <input type="checkbox"/> Chiamata del ginecologo (perdite > 500ml) <input type="checkbox"/> Chiamata dell'anestesista <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali	
EQUIPE I Ostetrica: _____ II Ostetrica: _____ Il Ginecologo: _____ Il ginecologo: _____ Anestesista: _____ Pediatra: _____ OSS: _____		POST PARTO Data: □□/□□/□□	
Nelle 2 ore <input type="checkbox"/> Spiegazione brochure segni di rischio neonatale <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali neonato <input type="checkbox"/> Raccomandazione alla madre principali rischi del post-parto <input type="checkbox"/> Compilazione scheda neonato <input type="checkbox"/> Chiamata del pediatra		Dopo 2 ore / Madre <input type="checkbox"/> Valutazione perdite ematiche <input type="checkbox"/> Valutazione tono uterino <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali <input type="checkbox"/> Chiamata del ginecologo <input type="checkbox"/> Chiamata dell'anestesista <input type="checkbox"/> Valutazione VAS	
Dopo 2 ore / Neonato <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali <input type="checkbox"/> Esecuzione profilassi <input type="checkbox"/> Compilazione scheda neonato <input type="checkbox"/> Spiegazione check list allattamento <input type="checkbox"/> Chiamata del pediatra		<input type="checkbox"/> Telefonata reparto di degenza	
Compilatore: _____		Compilatore: _____	