



PROCEDURA	ASL LATINA UOC RISCHIO CLINICO DIRETTORE DOTT. M. MELLACINA	VERS. 2 01.10.2022	Pag.1 di 17
-----------	---	-----------------------	-------------

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E O PARTO

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
01.10.2022	Direttore F.F. UOC Professioni Sanitarie Rete Ospedaliera <i>Dott.ssa. R. BIAGGI</i> Responsabile A.r.O.p. Qualità e Sicurezza delle cure <i>Dott. R. MASIERO</i> CPSI <i>Dott. R. ROMANO</i>	Direttore UOC Pediatria <i>Dott. BRUBANCO</i> Direttore UOC Ginecologia <i>Dott. F.A. BATTAGLIA</i> Dirigente Medico Legale <i>Dott.ssa A. RIZZO</i>	Direttore UOC Rischio Clinico Dr. M. MELLACINA <i>[Signature]</i>	1 Anno
VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni
	X			X

Gruppo di lavoro

Dott. M. Del Sole

Dott. R. Romano

Dott.ssa I. Pace

Dott. G. Ippolito

Dott. B. Fantinatti

Coordinato da

Responsabile A.r.O.p. Qualità e sicurezza delle cure

Dott. R. Masiero

La UOC Rischio Clinico è referente della implementazione della procedura.

INDICE

1. PREMESSA.....	4
2. OBIETTIVI.....	4
3. CAMPO D'APPLICAZIONE.....	4
4. DEFINIZIONI.....	5
5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ	6
6. ATTIVITÀ.....	7
<i>6.1 Strategie organizzative</i>	<i>7</i>
7. DIAGRAMMA DI FLUSSO/ MAPPA CONCETTUALE.....	9
8. VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	10
8.1 Tabella 1 – Parametri per la classificazione del cardiocogramma	12
10. SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA E ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI MONITORAGGIO	13
11. BIBLIOGRAFIA	14

1. PREMESSA

La morte materna rappresenta un evento drammatico e un indicatore delle condizioni generali di salute e di sviluppo di un paese. 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. Nel presente documento vengono illustrate e definite in modo sistemico le procedure in uso nei punti di nascita aziendali della ASL di Latina al fine di realizzare una presa in carico della gestante in modo completa e sicura, con il fine di prevenire gli eventi avversi correlati a travaglio e/o parto.

Le cause principale di morte sono riconducibili a fattori clinico- assistenziali ed organizzativi fra cui:

- mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti;
- incapacità di rilevare la gravità del problema;
- diagnosi non corretta;
- trattamento sub ottimale / non corretto;
- mancanza di posti letto in terapia intensiva;
- problemi correlati a linee guida, raccomandazioni e procedure.

2. OBIETTIVI

L'obiettivo della seguente procedura è di prevenire/ ridurre la mortalità materna correlata al travaglio e/o parto all'interno dell'Asl di Latina, migliorando il processo di assistenza e sicurezza del travaglio in tutti i punti di nascita.

Si vuole migliorare l'esito dell'assistenza erogata, attuando un processo organizzativo efficiente e minimizzando il rischio d'insorgenza degli eventi avversi correlato al travaglio/parto.

3. CAMPO D'APPLICAZIONE

Il presente documento e le modalità operative previste, vengono applicate da tutti gli operatori coinvolti nell'assistenza alla gestante dal travaglio al parto, in tutti i punti nascita aziendali della Asl di Latina.

4. DEFINIZIONI

- **Morte materna:** la 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:** la morte di una donna per cause ostetriche dirette o indirette oltre i 42 giorni ma entro un anno dal termine della gravidanza.
- **Morte correlata alla gravidanza:** la 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.
- **Morte materna per causa diretta:** da complicanze ostetriche della gravidanza, del parto e del puerperio.
- **Morte materna per causa indiretta:** da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza o aggravate dalla gravidanza, quali la patologia cardiaca, le neoplasie, e le malattie psichiatriche.

5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

FUNZIONE → ATTIVITÀ ↓	CPSI	UOC FORMAZIONE	DS PRESIDIO	Direttori UOC	UOGR
Valutazione Rischio	R	I	C	R	C
Facilitare comunicazione interna	R	I	R	R	C
Gestione ed organizzazione dell'equipè.	C	I	I	R	I
Condivisione della documentazione	R	I	R	R	C
Formazione professionisti	R	R	C	R	C
Sorveglianza eventi avversi	R		R	R	R

R= RESPONSABILE;

C= COLLABORA;

I= INFORMATO.

6. ATTIVITÀ

La presente procedura è finalizzata a promuovere l'adozione di misure assistenziali ed organizzative, per evitare e contenere l'insorgenza di eventi avversi durante la fase del parto e del post-partum.

6.1 Strategie organizzative

Le strategie organizzative prese in considerazione per migliorare l'assistenza durante il travaglio e il parto sono:

Triage Ostetrico: all'atto della registrazione devono essere adottate idonee modalità di comunicazione per permettere alla paziente di comprendere il significato di rischio e lo specifico percorso programmato. Durante il triage ostetrico deve avvenire l'identificazione del profilo di rischio che dev'essere riportato in cartella clinica.

Comunicazione interna: ogni UOC di Ginecologia e Ostetricia deve mettere a punto un sistema di comunicazione tra tutti i componenti dell'equipè valutando la complessità organizzativa ed assistenziale e soprattutto le modalità di comportamento durante un'emergenza.

Organizzazione dell'equipè: predisporre turni di servizio nel rispetto della sicurezza sia per le donne sia per i professionisti sanitari, equilibrando le competenze professionali presenti in servizio

La comunicazione con la donna assistita: ogni struttura deve promuovere strumenti assistenziali per accogliere e rassicurare le donne ad esempio attraverso brochure informative, procedure di privacy, carta dei servizi, percorso nascita, sostegno psicologico-

Percorsi assistenziali: al fine di favorire la continuità assistenziale ogni Uoc di Ginecologia e Ostetricia deve prevedere l'integrazione con il territorio, valutando l'appropriatezza del ricovero in base al livello del punto nascita e le modalità di trasporto in caso di emergenza ostetrica.

Documentazione clinica: la persona assistita deve poter conoscere e visionare la documentazione riguardante il proprio stato di salute. La documentazione deve fornire tutti gli elementi necessari a rendere verificabili le azioni assistenziali e terapeutiche (cartella clinica degenza ordinaria alla dimissione, cartella infermieristica, cartella ambulatoriale ostetrica, calendario della gravidanza per prenotazioni cup).

Formazione: è importante che il piano di formazione aziendale preveda un training specifico per il personale coinvolto in attività assistenziali in corso di travaglio e parto. È di fondamentale importanza che la formazione del personale per la gestione della

donna assistita in emergenza venga prevista nell'ambito dell'aggiornamento continuo di tutto il personale coinvolto.

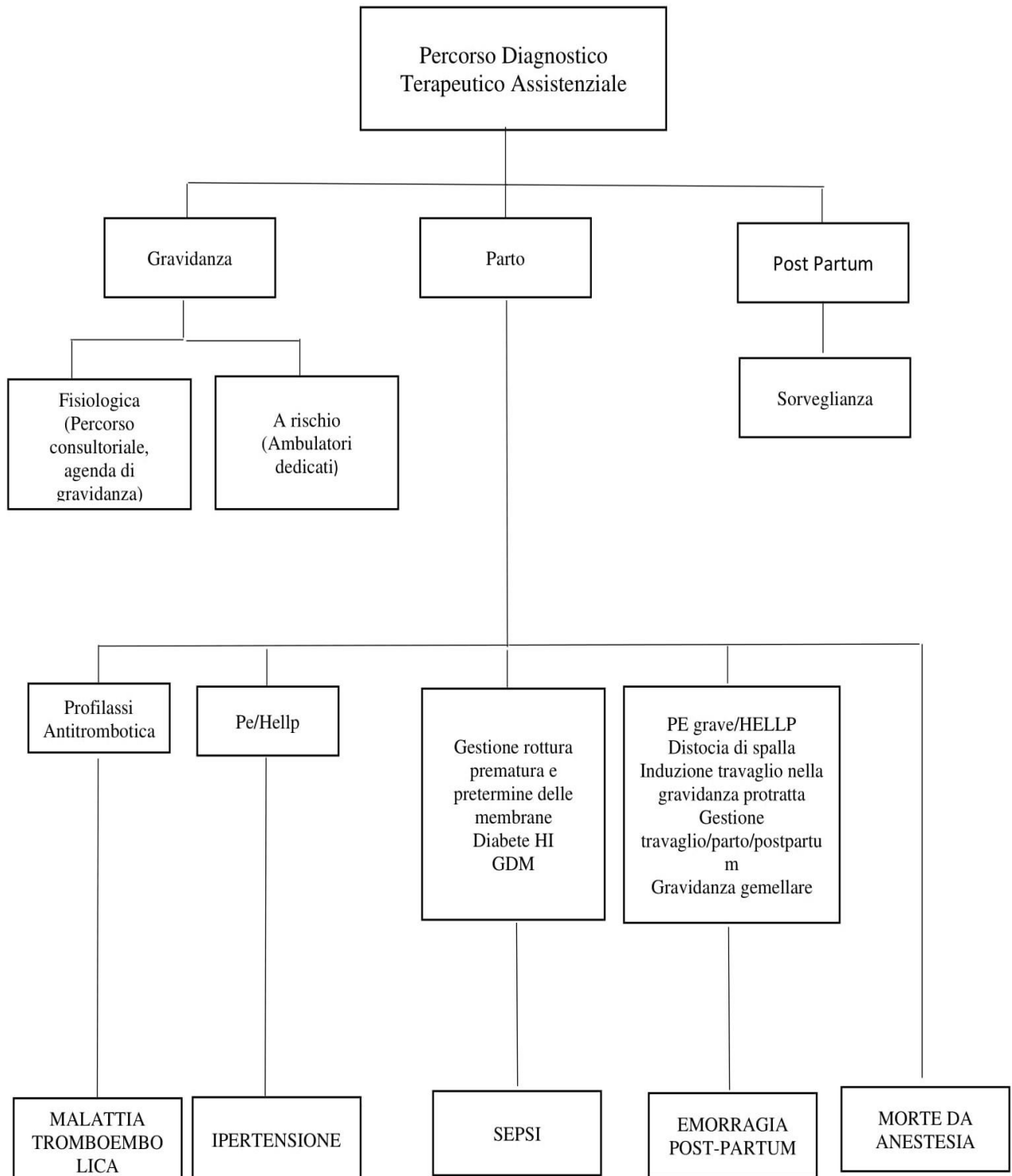
STRATEGIE CLINICHE

Le cause più frequenti ed efficacemente prevenibili di morte materna nei paesi occidentali sono rappresentate da:

- **Malattia tromboembolica:** le donne in gravidanza presentano un aumentato rischio di tromboembolismo venoso quattro volte maggiore rispetto alle non gravide. È fondamentale la valutazione del rischio che deve essere personalizzata al fine di programmare eventuali approfondimenti e consulenze e mettere in atto misure di prevenzione appropriata. Gli strumenti per la valutazione del rischio sono: anamnesi personale e familiare, eventuali esami clinici e strumentali. Per tutte le donne che entrano in ospedale per il parto occorre favorire e incoraggiare la mobilizzazione ed evitare la disidratazione. Nel caso la gestante è a rischio di emorragia la profilassi va fatta con le sole calze elastiche
- **Emorragia del post partum:** si parla di emorragia massiva quando la perdita equivale al 30-40% della volemia della paziente. La precisa definizione della quantità di sangue perso è determinante al fine di prevenire lo shock emorragico grave. Il riconoscimento delle cause è fondamentale per indirizzare il corretto trattamento. Alcuni casi si avvalgono con successo di provvedimenti chirurgici specifici.
- **Sepsi:** rappresenta l'8-10% delle cause dirette di morte materna. In chirurgia ostetrica, la prevenzione della sepsi attraverso l'antibiotico profilassi e i tempi della somministrazione in rapporto al tipo di intervento, devono essere effettuati in base a protocolli condivisi al fine di ridurre la carica batterica e il rischio d'infezione del sito chirurgico, prevenire endocardite batterica ed endometrite.
- **Ipertensione gestazionale:** l'ipertensione indotta in gravidanza è pari all'8-10%. La preeclampsia complica il 3-4% delle gravidanze. Attuare una prevenzione nei confronti della preeclampsia significa identificare le pazienti a rischio. In presenza di evidenti fattori di rischio, la donna può essere destinata ad un'intensiva sorveglianza prenatale e ad interventi di profilassi.
- **Prevenzione morte materna da anestesia:** le morti materne riconducibili direttamente all'anestesia sono ormai rare e dovute prevalentemente al mancato controllo delle vie aeree in anestesia generale per taglio cesareo. Il taglio cesareo elettivo è un fattore di rischio che aumenta la mortalità materna.

7. DIAGRAMMA DI FLUSSO/ MAPPA CONCETTUALE

La mappa concettuale fa riferimento alla Raccomandazione del Ministero della Salute “Raccomandazione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”.



8. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

“La valutazione del rischio ostetrico non è solo misura, ma un processo continuo attraverso la gravidanza e il travaglio. In ogni momento, infatti, possono esserci complicazioni della gravidanza che possono indurre ad applicare alla donna un livello di cure più intensivo” (OMS, 1996)

L’adozione di percorsi diagnostici terapeutici assistenziali congruenti con il livello e la classe di rischio, costituisce garanzia di sicurezza per la salute del neonato che tiene conto delle più aggiornata conoscenze biomediche e della loro applicazione clinica da parte di tutti i professionisti coinvolti nel percorso nascita.

La valutazione del rischio deve essere effettuata durante tre fasi:

- **Fase 1:** accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio;
- **Fase 2:** gestione travaglio parto;
- **Fase 3:** post partum;

La Fase 1 e la Fase3 sono comuni al parto vaginale a basso rischio e a quello chirurgico, mentre la Fase 2 riconosce attività specifiche per le due fattispecie.

Fase I: vengono eseguiti il triage ostetrico, la prima visita e la cardiotocografia.

Un triage ostetrico appropriato favorisce l’identificazione delle priorità assistenziali correlate alle condizioni cliniche specifiche. La classificazione del rischio corrisponde alla possibilità di intraprendere percorsi clinici specifici.

La prima visita comprende la raccolta anamnestica con valutazione accurata del decorso della gravidanza, della storia ostetrica pregressa, di eventuali patologie e terapie in atto.

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

A fronte della valutazione del profilo di rischio, la tempistica di accesso alle cure ostetriche è definita dallo stesso ginecologo e dal personale ostetrico. Si classificano tre categorie sulla base del grado di relativa urgenza clinica che tenga conto dello stato attuale della gestante e del feto.

Categoria I: condizione che può rapidamente peggiorare fino all'evolvere verso una situazione di emergenza. Gli interventi seppur programmati devono svolgersi nel minor tempo possibile.

Categoria II: condizione che, pur potendo determinare dolore, disfunzione o disabilità, non appare suscettibile di evoluzione peggiorativa in tempi brevi.

Categoria III: condizione che non determina, se non in misura minima, dolore, disfunzione o disabilità. Non ha le caratteristiche per acquisire un carattere di urgenza.

La **Fase II** che comprende la gestione del travaglio/ parto.

Il parto a basso rischio è di competenza del personale ostetrico. La supervisione delle condizioni cliniche delle gestanti presenti nelle sale travaglio o parto è competenza del medico di turno che evidenzia in cartella clinica questa attività. La diagnosi di travaglio coincide con l'inizio del partogramma. Il personale medico e ostetrico che segue il parto trasmette al padiatra/neonatologo ogni informazione relativa alla madre che possa avere ricadute sul feto.

In questo caso la **Fase III** del post partum comprende un'osservazione della puerpera di almeno due ore. L'osservazione/ monitoraggio inizia dal termine della attività relative all'assistenza al parto. In questa fase si valutano i parametri vitali, si osserva il fondo dell'utero, la diuresi, le perdite ematiche s'ispezione il perineo, la ferita chirurgica.

Il parto ad alto rischio comprende la gestione del travaglio/parto chirurgico, il taglio cesareo è un intervento che può essere deciso sulla base di criteri di appropriatezza e/o del carattere di urgenza/emergenza oppure in regime di elezione programmata. Il taglio cesareo deve essere preceduto dalla valutazione degli esami di laboratorio che indicano lo stato di salute della donna. È necessario acquisire i consensi informati della paziente per: intervento chirurgico, anestesia e trasfusione. Anche in questo caso la **Fase III** del post partum comprende un'osservazione ed un monitoraggio di almeno due ore. L'osservazione inizia al termine delle attività di assistenza al parto. È compito dell'ostetrica valutare i parametri vitali, la diuresi, le perdite ematiche, il fondo dell'utero, ispezionare il perineo e la ferita chirurgica.

8.1 Tabella 1 – Parametri per la classificazione del cardiocogramma

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

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

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

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

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

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

9. INDICATORI

Gli indicatori di processo e di risultato presi in considerazione in questa procedura

sono garantiti dai documenti allegati e dalla valutazione del processo clinico assistenziale della donna.

10.SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA E ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI MONITORAGGIO

L'Azienda deve favorire la segnalazione degli eventi sentinella tramite specifiche procedure aziendali. L'evento sentinella "Morte materna correlata al travaglio e/o parto" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute.

In caso di morte materna occorre:

- favorire e garantire la comunicazione;
- acquisire relazioni dettagliate da parte degli operatori che hanno assistito la donna;
- acquisire una copia della cartella clinico- assistenziale della paziente;
- compilare da parte del responsabile della UO la specifica scheda di incident reporting da inviare alla UO del rischio clinico.
- predisporre da parte del risk manager tutti gli strumenti di risk analysis idonei al caso.

11.BIBLIOGRAFIA

- Sono state analizzate le principali linee guida nazionali ed internazionali;
- Raccomandazione ministeriale n.6 “Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia correlata al travaglio e/o parto” del marzo 2008;
- Documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni ministeriali n.6 della regione Lazio del 18 luglio 2018;
- Determina regione Lazio n. G 09765 del 31/07/2018;
- SNGL linea guida n.20 – Gravidanza fisiologica (2011);
- Linee guida società italiana di ginecologia e ostetricia- SIGO 2010;
- Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, fondazione confalonieri Ragonese: Monitoraggio Cardiografico in travaglio (2018);
- SNGL 22- Taffio cesareo, una scelta consapevole (2017);
- SNGL “Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla” (2018);
- 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).

Allegato 2 - Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte Materna

Numero SDO o RPS (se disponibile)			
Anno di nascita		Nazionalità	
Precedenti gravidanze (se noto)			
Data del decesso (GG/MM/AAAA)	/_/_/	Ora del decesso (HH:MM)	
Eventuali patologie note e/o condizioni di rischio preesistenti:			
TIMING DELL'EVENTO			
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto durante la gravidanza. Età gestazionale del feto (settimane): n.			
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto durante o a seguito di parto, aborto spontaneo, IVG o gravidanza ectopica. Età gestazionale del feto (settimane): n.			
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto in puerperio o dopo la dimissione. Numero di giorni trascorsi tra l'esito gravidanza e il decesso: n.			

LUOGO DELL'EVENTO	
<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> Sala Parto
<input type="checkbox"/> UO Ostetricia	<input type="checkbox"/> Sala Operatoria
<input type="checkbox"/> UO Terapia Intensiva/Rianimazione	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):
CRONOLOGIA DELL'EVENTO (Indicare in maniera sintetica la sequenza dei fatti)	

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA	
<input type="checkbox"/> Relazioni degli operatori coinvolti	<input type="checkbox"/> Documentazione clinico-assistenziale
<input type="checkbox"/> Documentazione sottoposta a sequestro	<input type="checkbox"/> Nessuna

CAUSA DEL DECESSO COME RIPORTATA NEL CERTIFICATO DI MORTE	
<input type="checkbox"/> Richiesto riscontro autoptico	<input type="checkbox"/> Richiesto esame anatomopatologico della placenta o del materiale deciduo-placentare intrauterino

FIRMA DELL'OPERATORE _____