


 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 1 di 25	



DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE	AUTORIZZAZIONE
Gennaio 2023	Dr.ssa N. Vargiu DM SC Ostetricia e Ginecologia Dr.ssa M.N. Pinna Dirigente SS Assistenza Ostetrica Dr.ssa P. Lubinu CPSO SC Ostetricia e Ginecologia Dr.ssa B. Cocco CPSO SC Ostetricia e Ginecologia Dr.ssa N. Trucchetti CPSO SC Ostetricia e Ginecologia Dr.ssa E. Solinas CPSO SC Ostetricia e Ginecologia M. Salaris CPSO SC Ostetricia e Ginecologia Dott. M. Daidone Medico in formazione SC Ostetricia e Ginecologia	Dott.ssa S. Porcheddu D.M. SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio Dott.ssa A. Spano D.B. SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio	Dott. R. Foddanu Dir. SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio Prof. G. Capobianco Dir. SC Ostetricia e Ginecologia	Dott. L. Cugia Direttore Sanitario

REVISIONE	DATA	MOTIVO	PAGINE

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 2 di 25	

INDICE:

1. PREMESSA	3
2. SCOPO/OBIETTIVO	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4. TERMINOLOGIA.....	5
5. RESPONSABILITÀ	5
6. RIFERIMENTI	6
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ	8
8. INDICATORI	15
9. ALLEGATI	15
• Scheda di valutazione per il rischio ostetrico.....	16
• SISPaC di Sala Parto.....	18
• Perineal Card.....	20
10. ARCHIVIAZIONE	23
11. DIAGRAMMA DI FLUSSO	24

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 3 di 25	

1. PREMESSA

Nella maggioranza dei casi l'evento nascita è costituito da processi fisiologici che vedono nell'ostetrica la figura professionale responsabile dell'assistenza e della sorveglianza nel travaglio e parto a basso rischio.



Dalla letteratura internazionale proviene l'indicazione alla gestione della gravidanza e del parto a basso rischio da parte delle ostetriche quale modalità associata ad esiti di salute materni e neonatali non diversi da quelli delle unità di ostetricia tradizionali, ad una riduzione degli interventi medici (taglio cesareo, episiotomia) e ad una maggiore soddisfazione delle donne. L'ostetrica è, di fatto, la figura professionale idonea a garantire le cure necessarie alle donne e ai neonati nell'ambito del basso rischio ostetrico e soprattutto a offrire un percorso di continuità assistenziale che si snoda attraverso la gravidanza, il parto, il puerperio e le cure al neonato.

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood, 1996) "definiamo normale una nascita in cui il travaglio insorge spontaneamente, all'inizio è a basso rischio e rimane tale per tutto il travaglio e il parto. Il neonato si trova in presentazione cefalica, a un'epoca gestazionale compresa tra 37 e 42 settimane compiute. Dopo il parto la madre e il bambino sono in buone condizioni [...]. In una nascita normale ci devono essere delle buone ragioni per interferire con il processo spontaneo".

La linea guida "Gravidanza fisiologica", prodotta dal Sistema Nazionale Linee Guida dell'ISS, attraverso una revisione sistematica delle prove di efficacia, raccomanda il modello organizzativo basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica di donne senza rischi di complicazioni e afferma che il SSN deve mettere la donna in grado di operare scelte informate basate sui propri bisogni e i propri valori, dopo averne discusso con i professionisti ai quali si è rivolta per l'assistenza alla gravidanza e al parto.

Secondo le "Linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico" del Ministero della Salute (Documento BRO 2017) qualora non fosse prevista nel Punto Nascita la predisposizione di Aree funzionali per le gravidanze "a basso rischio ostetrico", si raccomanda l'implementazione di modelli organizzativi di gestione autonoma BRO previa definizione di protocolli clinico/assistenziali e checklist che possano offrire alle partorienti l'assistenza esclusiva da parte delle ostetriche all'interno delle tradizionali Unità Operative di ostetricia e ginecologia.

Infine, anche l'Accordo Stato Regioni del 2010 raccomanda di promuovere il ruolo di tutti i professionisti coinvolti nel percorso nascita, anche tramite l'individuazione di strategie organizzative diversificate per l'assistenza alla gravidanza ad alto rischio e a quella a basso rischio ostetrico.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 4 di 25	

È ragionevole quindi proporre un'organizzazione differenziata in linee guida, ruoli professionali e spazi dedicati per le condizioni a basso rischio e le condizioni a rischio o patologiche.

L'ostetrica, responsabile dell'assistenza alla gravidanza e al parto eutocici e del puerperio (DM 740/94), deve essere in grado, tuttavia, di individuare situazioni potenzialmente patologiche che richiedono l'intervento del medico e di praticare dove occorra le relative misure di particolare emergenza. Il medico interviene in caso di complicazioni o se il suo intervento è richiesto dall'ostetrica.

Nella gestione del travaglio di parto, sia in autonomia ostetrica che nel lavoro d'equipe, si riconoscono come principi fondamentali i seguenti punti:

1. centralità della donna e non degli operatori, in tutte le fasi del percorso assistenziale.
2. garantire alle donne il rispetto dei loro valori, della loro cultura e della loro volontà.
3. garantire un'assistenza basata sulle prove di efficacia (EBO, EBM)
4. promozione immediata dell'allattamento al seno mediante contatto precoce e prolungato del neonato e della mamma, che non devono essere separati nelle prime due ore del post partum.

2. SCOPO/OBIETTIVO



Lo scopo della presente procedura è descrivere le modalità per la gestione della gravida che rientra nei criteri del basso rischio ostetrico e accede al Punto Nascita per l'espletamento del parto.

L'obiettivo fondamentale di ogni operatore è quello di valorizzare la qualità dell'esperienza del parto promuovendo il parto fisiologico e le buone pratiche assistenziali.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura si applica a tutte le donne incluse nel percorso del travaglio a basso rischio nell'AOU di Sassari secondo le seguenti caratteristiche:

- epoca gestazionale compresa tra 37 settimane+0 giorni e 41 settimane+3 giorni, certa o confermata in precedenza mediante ultrasuoni
- feto singolo in presentazione cefalica di vertice
- travaglio insorto spontaneamente
- assenza di patologie materne
- assenza di patologie fetali note
- sacco integro o rottura prematura delle membrane < 24 ore, liquido amniotico limpido
- liquido amniotico in normale quantità
- placenta normoinserita ed assenza di sanguinamenti significativi
- peso fetale stimato tra 2500 e i 4000 grammi.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 5 di 25	

4. TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, DEFINIZIONI

AOU = Azienda Ospedaliera Universitaria

CPSO = Ostetrica

CTG= Cardiotocografo-cardiotografia

BCF= Battito Cardiaco Fetale

EPP= Emorragia Post Partum

CEDAP= Certificato di Assistenza al Parto



EBO=Evidence Based Obstetric - EBM= Evidence Based Medicine

OISA= Occipito-Iliaca-Sinistra-Anteriore

SCO= Sangue Cordone Ombelicale

5. RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	DM Ginecologo	Coordinatore CPSO	CPSO
Ricovero ospedaliero	R	I	C
Definizione profilo di rischio	R	I	C
Diagnosi di travaglio	C	I	R
Ridefinizione del profilo di rischio	C	I	R
Partogramma	I	I	R
Assistenza al travaglio	I	I	R
Monitoraggio del benessere fetale	I	I	R
Assistenza al parto	I	I	R
Episiotomia	C	I	R
Clampaggio del cordone ombelicale	I	I	R



 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 6 di 25	

Sutura Lacerazioni	R	I	C
Episiorrafia	R	I	C
Monitoraggio del benessere neonatale	I	I	R
Assistenza al post-partum	I	I	R
Richiesta intervento Neonatologo	R	I	C



R=Responsabile C=Coinvolto I= Informato

6. RIFERIMENTI

- Antenatal Care Nice Clinical Guideline, London: National Institute for Health and Clinical Excellence (2014)
- Intrapartum Care: Care of Healthy Women and their Babies During Childbirth Issued: December 2014 Nice Clinical Guideline 190 Guidance. Nice. Org.Uk/Cg190
- Who Recommendations: Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience
- Obstetrics & Gynecology January 2017 Committee Opinion684 Delayed Umbelical Cord Clamping After Birth.
- Obstetrics & Gynecology June 2016, Committee opinion N.664: Refusal of Medical Reccomanded Treatment During Pregnancy.
- Linee Guida ISS N.20 Gravidanza Fisiologica <https://www.epicentro.iss.it/itoss/LineeGuida>.
- Raccomandazione AOGOI numero 6 Per il Monitoraggio Cardiotocografico
- Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto. Ministero della Salute
- Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita del Ministero della Salute, 2014
- Linee Guida ISS n.26. Emorragia Post Partum: Come Prevenirla, Come Curarla. Dicembre 2018 Aggiornamento delle evidenze e modifica della raccomandazione sul trattamento con acido tranexamico in corso di emorragia del post partum (EPP)

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 7 di 25	

- Linea Guida ISS n.22 Taglio Cesareo: Una Scelta Appropriata e Consapevole. Data di pubblicazione: gennaio 2010 Data di aggiornamento: gennaio 2014
- Linee di Indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a Basso Rischio Ostetrico (BRO) 2017 del Ministero della Salute
- Legge 42/1999 e Direttiva Europea 80/154/CEE.
- DM 740/1994
- Linee di Indirizzo per la Promozione e il Miglioramento della Qualità, della Sicurezza e dell'appropriatezza degli Interventi Assistenziali nel Percorso Nascita e per la riduzione del Taglio Cesareo. Accordo Stato-Regioni, 16 dicembre 2010,
- Fisiologia della Nascita, R. Spandrio, A. Regalia, G. Bestetti, Carocci Faber, 2014
- Ginecologia E Ostetricia, G. Pescetto, L. De Cecco, D. Pecorari, N. Ragni, Soc. Ed. Universo, Ristampa 2002
- Salute e Nascita, V. Schmid, Urrà, 2007
- La Disciplina Ostetrica, M. Guana Et Al., Mc Graw Hill, 2006
- Il Periodo Espulsivo e ...Dintorni, L. Danti, Piccin, 2017
- Manuale Di Sala Parto, A. Valle Et Al, Edi Ermes, 2006
- Cardiotocografia, L. Danti, Piccin, 2018
- Urgenze Ed Emergenze In Sala Parto, A. Ragusa, C. Crescini, Piccin, 2015

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 8 di 25	

7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

Assistenza ai prodromi

Nella fase prodromica è preferibile che la donna non sia ricoverata in ospedale. È opportuno fornire comunque consigli su come attendere la fase attiva del travaglio e tranquillizzare la coppia. Se la donna richiede comunque di essere ricoverata o se sono presenti altre particolari condizioni è opportuno offrire la possibilità di trascorrere alcune ore in osservazione per decidere con maggior cognizione di causa sul ricovero facendo diagnosi tempestiva di fase attiva e rassicurarla sulla normalità della fase latente.

RICOVERO (*vedi anche I.O. Ricovero della paziente in travaglio di parto*)

Assistenza al travaglio

Assistenza al I stadio (periodo dilatante)

Il primo stadio del travaglio inizia quando si hanno contrazioni uterine regolari e termina quando la donna raggiunge la dilatazione cervicale completa.



Esso può essere distinto in una fase latente, in cui si assiste fondamentalmente all'appianamento del collo uterino ed in una fase attiva in cui si assiste alla dilatazione dello stesso.

Durante il I stadio del travaglio l'ostetrica valuta:

- i segni clinici del benessere materno (attività contrattile uterina e pausa fisiologica)
- le caratteristiche della fase latente e attiva
- i segni di progressione del travaglio
- i segni clinici di atteggiamento e posizione anomali del feto

Diagnosi di travaglio

- **Fase latente** del travaglio:
 - contrazioni irregolari
 - diversa localizzazione del dolore
 - pallore
 - muco denso
 - aumento dei MAF
 - respiro rapido e superficiale
 - scariche intestinali
 - tachicardia
 - difficoltà di riposo

 AOU Sassari				 <small>A.D. MDLXII</small>	
Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 9 di 25	



- donna vigile e recettiva
- bisogno di movimento
- PP ballottabile
- caratteristiche della cervice

- **Fase attiva del travaglio:**

- Le contrazioni valide e regolari
- localizzazione più estesa del dolore
- muco denso striato di sangue
- lieve riduzione dei MAF
- rossore in volto
- minzione frequente
- respiro profondo
- polso lento e pieno
- ricerca di riposo in pausa
- donna meno vigile
- possibile rottura delle membrane amniocoriali (il liquido può essere rosato)
- PP non ballottabile
- caratteristiche della cervice (consistenza, centralizzazione, appianamento, dilatazione)

- **Segni clinici di progressione del travaglio:**

- caratteristiche delle contrazioni
- localizzazione del dolore
- perdite muco-ematiche
- diminuzione del diametro pupillare
- rottura delle membrane amniocoriali
- sensazione di premito
- progressiva colorazione solco intergluteo
- bisogno di riposo
- donna meno vigile
- PP poco apprezzabile alla palpazione addominale
- caratteristiche della cervice (differenti tra nullipare e pluripare)

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 10 di 25	

- **Segni clinici di dilatazione completa:**
 - diminuzione delle contrazioni
 - attenuazione del dolore sovrapubico
 - marcatura
 - variazioni del BCF
 - premito posteriore
 - bisogno di dormire in pausa
 - occhi lucidi, pupille ristrette
 - donna meno vigile
 - cervice completamente dilatata

Norme assistenziali in travaglio

La conduzione dell'assistenza è dell'ostetrica e avviene nel rispetto dei tempi e dei ritmi del travaglio di parto fisiologico in un ambiente confortevole e rispettoso dell'intimità.



Obiettivi assistenziali:

- garantire supporto fisico ed emotivo garantendo il benessere materno e la continuità assistenziale
- garantire il benessere fetale (es. adeguata ossigenazione)
- predisporre un ambiente adeguato e utilizzare modalità comunicative adeguate
- lasciare piena libertà di posizione e di movimento durante il travaglio
- consentire l'assunzione di piccoli pasti e/o bevande
- rispettare il diritto della donna ad avere vicino il compagno e/o persona di fiducia durante il travaglio e parto
- evitare di effettuare di routine pratiche e procedure che non sono supportate da evidenze scientifiche (tricotomia, clistere, infusione endovenosa, amniorexi precoce, visite vaginali ravvicinate, monitoraggio elettronico continuo, somministrazione routinaria di farmaci) e garantire il rispetto dei tempi fisiologici
- promuovere strategie e tecniche non farmacologiche per il contenimento del dolore (massaggi, uso dell'acqua calda, ecc.).

Monitoraggio del Battito Cardiaco Fetale (BCF)

Dopo una cardiotocografia di 30 minuti reattiva eseguita all'ingresso, in fase attiva si proce con la rilevazione intermittente del BCF (differenziandolo dalla Fc materna) ripetuta ogni 15 minuti, durante e dopo la contrazione, per almeno 60 secondi dopo la fine della stessa.

Il BCF va auscultato quando si rompono le membrane amniocoriali.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 11 di 25	

Tutte le annotazioni devono essere riportate nella cartella clinica della paziente ed essere datate e firmate.

È opportuno applicare il monitoraggio continuo se:

- all'auscultazione la frequenza della linea di base è < 110 o > 160 bpm
- in presenza di decelerazioni
- viraggio del liquido amniotico
- applicazione di ossitocina
- ricorso ad analgesia peridurale
- iperpiressia, rialzo pressione arteriosa, tachisistolia materna

Ridefinizione del profilo di rischio sull'apposita Scheda di valutazione per il rischio ostetrico.

Compilazione del Partogramma



Il partogramma è lo strumento che permette una visione complessiva dell'evoluzione del travaglio. L'ostetrica compila il partogramma (BCF, progressione parte presentata nel tempo, dilatazione). L'inizio della compilazione coincide con la diagnosi di travaglio attivo. Si considera normale una velocità di dilatazione di 0,5 cm/ora, anche meno fino ai 6 cm di dilatazione. Le linee guida NICE del 2014 raccomandano di effettuare visite vaginali ogni 4 ore. È opportuno darsi comunque un tempo di almeno 4 ore prima di procedere con interventi medici per correggere una progressione rallentata, favorendo nel frattempo l'uso di procedure assistenziali ostetriche in presenza di un rallentamento della velocità di dilatazione < 0,5 cm/ora.

Assistenza al II stadio (periodo espulsivo)

Il secondo stadio del travaglio inizia con il raggiungimento della dilatazione cervicale completa e termina con la nascita del bambino. Se il secondo stadio del travaglio è in progressione e le condizioni di madre e feto sono soddisfacenti non ci sono valide dimostrazioni che giustifichino limiti arbitrari di tempo riguardo la sua durata (Le Ray et al., 2014). I limiti arbitrari devono essere abbandonati in quanto contribuiscono ad accrescere il clima di tensione in sala parto e aumentano procedure mediche (episiotomie, manovre di Kristeller, POV, TC).

- **Nullipara**: il parto dovrebbe avvenire entro 3 ore dall'inizio della fase attiva del secondo stadio.
- **Pluripara**: il parto dovrebbe avvenire entro 2 ore dall'inizio della fase attiva (NICE 2014).
- Non viene definita la normalità per la durata della fase latente

Un prolungamento dei tempi può dipendere da diversi fattori: posizione litotomica, analgesia peridurale, qualità della relazione con la donna, posizioni occipito-iliache posteriori, posizioni

 AOU Sassari				 <small>A.D. MDLXII</small>
Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 12 di 25

parzialmente deflesse, morfologia del bacino, sproporzioni relative, tonicità del pavimento pelvico, giri di funicolo, brevità di funicolo.

Il secondo stadio può essere suddiviso in una prima fase in cui la donna non avverte ancora il premito (fase latente o di transizione) e in una seconda fase (fase attiva) in cui avverte il premito, cioè l'urgenza di spingere. È possibile che si verifichi in questa fase un rallentamento della dinamica uterina che poi riprenderà intensificandosi. Tale rallentamento fornisce un'opportunità alla donna di riposare prima della fase attiva della spinta e non costituisce un'indicazione all'incremento della dinamica uterina.

- **Segni clinici durante il secondo stadio:**

- Segni di benessere materno (buon equilibrio neuroendocrino)
- Segni di benessere fetale (MAF, BCF con variazioni fisiologiche per la fase, LA limpido, fenomeni meccanici)
- Segni di inizio di fase attiva
- Segni di progressione fetale
- Segni clinici sullo stato dei tessuti perineali
- Segni clinici che giustificano l'attesa del tempo testa/spalle.



Ridefinizione del profilo di rischio sull'apposita **Scheda Regionale di valutazione per il rischio ostetrico**.

Norme assistenziali nel II stadio

Quando il parto è imminente l'ostetrica avvisa la seconda ostetrica e l'OSS. Il ginecologo e il neonatologo (se necessario) che saranno presenti alla nascita del neonato quando richiesto dall'ostetrica.

Obiettivi assistenziali:

- Garantire il benessere materno
- Garantire il benessere fetale
- Nella fase di transizione non invitare a spingere la donna prima che avverta un premito irrefrenabile. Assecondare nella donna il bisogno di riposo e rispettare i tempi.
- Quando la donna percepisce il premito non è opportuno dirigere la spinta espulsiva (non suggerire di routine la manovra di Valsalva), ma incoraggiare la donna a spinte spontanee.
- L'uso routinario dell'episiotomia, se non motivata, non è giustificato.
- Rispettare sempre l'intimità del parto evitando l'affollamento degli operatori se non necessario e regolamentare l'ingresso degli studenti.
- Evitare la manovra di Kristeller. Qualora fosse necessaria, va considerata un intervento

 AOU Sassari				 <small>A.D. MDLXII</small>	
Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 13 di 25	

medico. La donna viene informata e la manovra si documenta in cartella.

- Evitare continue esplorazioni vaginali per distendere il perineo e valutare la discesa della parte presentata in quanto sono manovre inefficaci e fastidiose.
- Il controllo del battito cardiaco fetale viene rilevato ogni 5 minuti e per almeno 60 secondi dopo la contrazione.
- Valutare il rischio di lacerazioni perineali e attuare la protezione del perineo oppure l'approccio "senza mani".
- Attendere fino a 1-2 contrazioni per l'estrazione delle spalle dopo l'espulsione della testa.
- Facilitare l'espulsione evitando inutili trazioni.



Accoglienza e prime cure al neonato

Le manovre di assistenza saranno espletate in modo da non interrompere il legame fisico ed emozionale tra mamma e neonato attraverso la tutela dei bisogni sensoriali del neonato nel passaggio dalla vita intrauterina alla vita extrauterina.

- Posizionare il neonato alla nascita sul ventre nudo materno, dopo averlo accuratamente asciugato, con il cordone attaccato e mantenere entrambi protetti da un telo caldo (contatto pelle a pelle).
- Il contatto pelle a pelle ha solitamente durata di due ore. (Vedi procedura)
- Mantenimento della temperatura corporea (cambio del telino caldo).
- Recisione del cordone ombelicale a pulsazioni cessate o comunque non prima di un minuto dal parto (se non sono necessarie manovre rianimatorie).
- Rispetto dei tempi e modi dell'instaurarsi della relazione precoce tra mamma e neonato senza inutili interventi.
- Promozione dell'allattamento al seno favorendo il riflesso attivo di ricerca del capezzolo durante le prime due ore a contatto con la mamma.
- Attribuzione del punteggio di Apgar da parte dell'ostetrica
- Prima valutazione del neonatologo, se presente al parto, sul lettino da parto, e non nell'isola neonatale, se le condizioni neonatali lo permettono.
- Identificazione del neonato (vedi procedura).

Assistenza al III Stadio (Secondamento)

Il terzo stadio del travaglio è definito come il periodo tra l'espulsione del feto e quello degli annessi fetali (placenta e membrane amniocoriali). Il periodo del secondamento dura in media 15-20 minuti, con ampie variazioni individuali. Si parla di mancato distacco della placenta quando essa rimane inserita nella parete uterina oltre un'ora dall'espulsione del feto.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 14 di 25	

Norme di assistenza nelle donne a basso rischio di emorragia post partum

- Controllo della quantità delle perdite ematiche (sacca graduata).
- Si raccomanda, per la profilassi della emorragia, la somministrazione di ossitocina 10 UI IM dopo l'espulsione del feto. Se sussiste rischio di EPP continuare con infusione di ossitocina 10 UI/ora (20 UI in 500 cc da infondere in 2 ore).
- Se una donna a basso rischio chiede un approccio fisiologico (mancato uso di uterotonici, clampaggio a secondamento avvenuto o a cessazione delle pulsazioni, nessuna trazione sul cordone o spremitura uterina), informarla adeguatamente, e se conferma l'approccio, si raccomanda di assecondarla e di documentarlo.
- Prelievo di sangue dal funicolo per la determinazione del gruppo del neonato e G6PDH.
- Controllo della placenta e relative caratteristiche al momento dell'espulsione.
- Controllo pareti vaginali e del perineo a secondamento avvenuto.
- Episiorrafia o sutura di eventuale lacerazione.

Assistenza al post partum



Con il termine post partum si intendono le prime due ore dopo la nascita, periodo nel quale l'ostetrica garantisce:

- Controllo della contrattura dell'utero.
- Controllo delle perdite ematiche (lochiazioni).
- Controllo genitali esterni e perineo.
- Rilevazione parametri vitali.
- Controllo diuresi.

I controlli di cui sopra devono essere documentati e riportati in cartella clinica.

L'obiettivo primario di questa fase è la protezione del periodo sensibile per la promozione della relazione genitoriale. L'attenzione deve essere quindi posta a ridurre al minimo indispensabile la separazione mamma/bambino e garantire sicurezza, quiete e riservatezza (assicurare quindi la privacy alla nuova famiglia).

Al compimento delle due ore, se le condizioni cliniche lo permettono, la donna viene trasferita dalla sala parto nel reparto e il neonato al nido. Va ricordata alla donna la possibilità di effettuare il rooming - in durante la degenza.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 15 di 25	

8. INDICATORI



- Numero di donne che richiede l'assistenza BRO/ Numero di donne che presentano le caratteristiche del travaglio a basso rischio
- Numero di donne che rientrano per caratteristiche nel percorso BRO /Numero di donne partorienti
- Numero di donne che accedono al BRO e sviluppano successive complicazioni/ Numero di donne che accedono al BRO
- Numero neonati trasferiti in TIN/ Numero totale dei neonati del percorso BRO
- Numero e completezza di compilazione **SISPaC di Sala Parto**/ numero di parti
- Numero e completezza di compilazione **Scheda di Valutazione del Rischio Ostetrico**/ numero di parti

Vanno effettuati AUDIT multidisciplinari periodici (almeno annuali) per il monitoraggio del percorso.

9. ALLEGATI

- a. *Scheda di valutazione per il rischio ostetrico*
- b. *SISPaC di Sala Parto*
- c. *Perineal card*

La SISPaC di Sala Parto, la Scheda per la Valutazione del Rischio Ostetrico, la Perineal card e l'elenco delle dotazioni del carrello di emergenza e dell'isola neonatale sono a disposizione degli operatori della Struttura, all'interno dell'apposito faldone custodito presso la postazione di controllo delle CPSO, in sala Parto, e presso la segreteria della Struttura.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 A.D. MDLXII SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 16 di 25	

a. Scheda di valutazione per il rischio ostetrico

RIVALUTAZIONE PRIMA DEL TRAVAGLIO		NO	SI
FATTORI DI RISCHIO	Tampone vaginale rettale /urinocoltura positivo per Streptococco Gruppo B*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BMI pregravidico anormale incremento ponderale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Età gestazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Feto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Travaglio indotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Membrane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liquido amniotico finito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temperatura corporea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Se non eseguito esegue profilassi antibiotica intrapartum per la prevenzione dell'infezione neonatale ad esordio precoce da Streptococco gruppo B in presenza di fattori di rischio: precedente nascita con Segpi da Streptococco gruppo B, urinocoltura positiva per Streptococco gruppo B nell'attuale gravidanza; rottura delle membrane >18 ore, temperatura corporea ≥38°C, epoca gestazionale<37+0 settimane. (CDC 2010, RCOG 2017) *CDC recommended that women with unknown GBS colonization status at the time of delivery be managed according to the presence of intrapartum risk factors. * La profilassi intrapartum è altresì raccomandata in tutti i casi in cui si sospetti corionioamnionite e/o T.C. ≥38°C.

AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE:
 La gravidanza può essere considerata a basso rischio SI NO
 La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico SI NO
 La donna necessita il trasferimento presso altra struttura SI NO

Data ____/____/____ Firma leggibile _____

RIVALUTAZIONE DURANTE IL TRAVAGLIO E PRIMA DEL PARTO		NO	SI
FATTORI DI RISCHIO	CTG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ostiolocina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temperatura corporea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anomalie contrattilità uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liquido amniotico finito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sanguinamento di incerto origine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Richiesta epidurale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**specificare in ogni reparto l'omologa categoria di CTG, indicando quale viene utilizzata se diversa dalle raccomandazioni nazionali.

AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE:
 Il Travaglio può essere considerata a basso rischio SI NO
 La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico SI NO
 La donna necessita il trasferimento presso altra struttura SI NO

Data ____/____/____ Firma leggibile _____

Allegato alla Delib.G.R. n. 35/37 del 9.7.2020

REGIONE AUTONOMA DI SARDEGNA
 REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
 ASSESSORADU DE S'IGIENE E SANIDAD E DE S'ASSISTENZIA SOTZIALE
 ASSESSORATO DELL'IGIENE E SANITA' E DELL'ASSISTENZA SOCIALE

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO OSTETRICO

Cognome _____
 Nome _____
 Data di nascita _____
 Settimana di gravidanza _____
 Luogo di nascita _____
 EPP _____

LA PRESENZA DI FATTORI DI RISCHIO ATTIVA L'ALLERTA DEL MEDICO PER LA VALUTAZIONE E L'ATTIVAZIONE DI PERCORSI SPECIFICI

TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 17 di 25
--	---	-----------------------	-----------------------------	-----------------

ANAMNESI AL CONCEPIMENTO		NO	SI
Età materna $\leq 16 \geq 40$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Concepimento PMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
BMI Pregravidico $\leq 18 \geq 30$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Precedenti aborti ≥ 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANAMNESI PATOLOGICA		NO	SI
Diabete pregravidico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie materne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assunzione farmaci per patologie croniche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie uterine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ematologia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Disabilità materna, dismorfismo bacino materno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

ANAMNESI PRECEDENTI GRAVIDANZE PARTI (SBARRARE SE PRIMIGRAVIDA)		NO	SI
J neonato ≥ 4 Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Anomalia fetale congenita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
≥ 1 neonati IUGR o PEG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
≥ 1 MEF e/o neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
≥ 1 neonato pretermine (< 37 settimane)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Precedenti bambini ammessi in TIN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Precedenti distocie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rottura d'utero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
distacco di placenta normalmente inserita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Parità ≥ 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregresso diabete gestazionale (GDM)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregresso emorragia post partum (EPP)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Precedenti tromboembolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregresso preeclampsia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Placenta ritenuta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregressa distocia di spalla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregresso taglio cesareo (TC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregresso parto operativo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregressa lacerazione 3°- 4°	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pregressa sepsi materna precoce/neonatale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



GRAVIDANZA ATTUALE		NO	SI
Fumo / Alcol / Droghe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assunzione farmaci per patologie acute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gravidanza plurima	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Placenta	Alterazione inserzione placentare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico	Anomala quantità diagnosticata ecograficamente fondo massimo $\leq 2 \geq 8$ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressione arteriosa	$\geq 140/90$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΔP (Variazione ponderale)	Anomala rispetto al BMI pregravidico*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete diagnosticato in gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie insorte in gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Patologie della gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ematologia	Hg $\leq 10,5$ gr/100ml Haptite/iso-immunizzazione materno-fetale Piastrinopenia $<100/dl$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventi Tromboembolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Malattie infettive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dati di laboratorio fuori range	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Manovre invasive (es.amniocentesi e cerchiaggio)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nessun controllo eseguito in gravidanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Barriere linguistiche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Dichiarato rischio ambientale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rifiuto trasfusioni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Complicazioni non comprese nell'elenco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

***WHO ANTENATAL CARE 2016**
 Valori normali incremento ponderale in gravidanza in relazione al BMI:

sottopeso BMI $< 18,5$ kg/m V.N.: 12,5-18
 normopeso BMI 18,5-24,9 kg/m V.N: 11,5-16
 sovrappeso BMI 25-29,9 kg/m V.N: 7-11,5
 obesità BMI > 30 kg/m V.N.: ≥ 5

Data / /

Firma leggibile _____

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 A.D. MDLXII SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 18 di 25	

b. SISPaC di Sala Parto



SIGN IN
La madre ha confermato:
 Identità
 Presenza partner/famiglia
 Consenso informato al parto
 Consenso informato eventuale
 Consenso informato a eventuali somministrazioni di sangue/medicazioni
 Fido
Verifica
 Tempo anestesiatico
 Tempo anestesico
 MgOC4
 Tempo trombolitico
 Completati i controlli per la sicurezza in anestesia
 Valutare la difficoltà della gestione delle risorse
 Allergie
 Valutare l'ordine di arrivo eventuale
 Documentazione/Assistenza disponibile
 Accessi venosi adeguati e fluidi disponibili
Coordinatore check list

SIGN OUT
 Conferma nome della procedura effettuata e sua registrazione
 Verifica corretto sostegno atermico, gaze e tagliandi
 Segnalazione di eventuali problemi relativi ai dispositivi medici
 Il Chirurgico, l'Anestesiologo, lo specialista ematologo gli agenti più importanti e gli elementi critici per la gestione dell'emorragia post-operatoria
Verifica
 Tempo anestesiatico
 Tempo Anestesico
 Fluidi trombolitici
 MgOC4
Coordinatore check list

TIME OUT
 Tutti i componenti dell'equipe hanno confermato il proprio nome e funzione
 Equipe chirurgo, anestesista e strumentista hanno confermato:
Identità ruolo
verifica preparazione delle donne
 Antidolorifici disponibili
Chirurgia: durata intervento
Anestesia: presenza agenti critici madre, scala ASA, impostazioni monitoraggio
Strumentista: verifica livello DSI, presenza di eventuali problemi relativi ai dispositivi medici
 Reuscito coltura sterile
 Reuscito porta
 Pulizia antibiotica entro 120 minuti prima dell'incisione, tenendo conto dell'attività dell'antibiotico.
 Impostato monitoraggio
Coordinatore check list

Vai alla fase ③ SECONDAMENTO

LEGENDA:
NF: non previsto
Sign IN: prima della esecuzione dell'anestesia
Sign OUT: prima dell'intervento "passo chirurgico"
Sign OUT: prima della fine dell'intervento
VAS: scala analogica visiva dolore

SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DELLA PAZIENTE IN SALA PARTO
Fasi:
1 - Identificazione e accoglienza
2 - Check List Parto vaginale
3 - Secondamento e dopo il parto
4 - Check List Parto cesareo
Legend:
A - Sign In
B - Time Out
C - Sign Out

SISPaC SCHEDA INTEGRATA DI SICUREZZA DELLA PAZIENTE IN SALA PARTO
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA
Legend:
O Ostetrica/o
IP Infermiere Pediatrico
G Ginecologo/a
N Neonatologo
I Infermiere
T Team
CCL Coordinatore check list
A Anestesta

TIPOLOGIA
 PROCEDURA
 OPERATIVA
 STANDARD


CODIFICA
 TRAV PAR BRO
 POS 01

VERSIONE
 01

DATA
 GENNAIO 2023

Pagina 19 di 25

<p>LETTO N° _____ DATA : _____</p> <p>IDENTIFICAZIONE MADRE</p> <p>Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____ Data di arrivo _____</p> <p style="text-align: right;">v.letta 2101 Ostetrica / Infermiere</p> <hr/> <p>ACCOGLIENZA PRE PARTO</p> <p><input type="checkbox"/> Documentazione sanitaria</p> <p>Allergie <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Emissioni premenstruali <input type="checkbox"/> Riconoscimento CEG</p> <p>Consenso Informato</p> <p>parto/episodio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO eventuali procedure ostetriche <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p><input type="checkbox"/> Madre e Partner sono stati informati su come e in quali casi chiedere aiuto</p> <p style="text-align: right;">Ostetrica</p> <hr/> <p>Valutazione rischio</p> <p><input type="checkbox"/> Esami di routine ostetrici <input type="checkbox"/> Rischio di perdita ematica <input type="checkbox"/> Trombofilia <input type="checkbox"/> Trombofilia idata <input type="checkbox"/> TIC pre-trombofilia</p> <p style="text-align: right;">Ginecologia / Ostetrica</p> <hr/> <p>Varie terapie/preferenze</p> <p><input type="checkbox"/> Analgesia <input type="checkbox"/> Anestesia <input type="checkbox"/> AgICM <input type="checkbox"/> Profili trombotici <input type="checkbox"/> SI, SCOPSA <input type="checkbox"/> SI, IN COSSO <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: right;">Ginecologia</p>	<p>PRIMA DEL PARTO VAGINALE</p> <p><input type="checkbox"/> Identità madre <input type="checkbox"/> Presenza partner/familiare <input type="checkbox"/> Consenso informato <input type="checkbox"/> Patogenesi <input type="checkbox"/> Presenza esami ostetrici/risultati disponibili</p> <p>Verifica</p> <p><input type="checkbox"/> Tempo antipartum <input type="checkbox"/> Tempo antepartum <input type="checkbox"/> Profili trombotici <input type="checkbox"/> Ostetrica <input type="checkbox"/> AgICM <input type="checkbox"/> Trombofilia</p> <p>Analisi/qualità di eventuali ostetriche e procreazioni</p> <p><input type="checkbox"/> Indicazione rischio ostetrico <input type="checkbox"/> Indicazione rischio di perdita ematica <input type="checkbox"/> Indicazione opportunità di assistenza fuori tempo <input type="checkbox"/> Indicazione eventuali problemi relativi ai Diagnostic Medici <input type="checkbox"/> Verifica pratica assistenza madre <input type="checkbox"/> Verifica pratica assistenza neonato</p> <p>Presenza aspetti critici rispetto la madre <input type="checkbox"/> SI, SILENZA E TRAM <input type="checkbox"/> NO Presenza aspetti critici rispetto il neonato <input type="checkbox"/> SI, SILENZA E TRAM <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: right;">Ostetrica</p> <hr/> <p>SECONDAMENTO</p> <p><input type="checkbox"/> Emorragie/ sanguinamenti <input type="checkbox"/> Profili anti-emorragici <input type="checkbox"/> Indicazione non ostetrica <input type="checkbox"/> Indicazione rischio profilo ematico <input type="checkbox"/> Integrazioni farmacologiche <input type="checkbox"/> VAGINALE/CESAREO</p> <p style="text-align: right;">Ostetrica</p>	<p>DOPO IL PARTO</p> <p><input type="checkbox"/> Identità madre <input type="checkbox"/> Montaggio parametri vitali madre <input type="checkbox"/> Montaggio parametri vitali neonato <input type="checkbox"/> Sito di dissecazione/delimitazione <input type="checkbox"/> Madre e partner sono stati informati su come e in quali casi chiedere aiuto <input type="checkbox"/> Compilazione mobilitazione</p> <p>Terapie</p> <p>Analgesia <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Antipartum <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO AgICM <input type="checkbox"/> SI/IN COSSO <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Presenza di aspetti critici per la gestione dell'assistenza Post-Partum</p> <p><input type="checkbox"/> SI, SILENZA E TRAM <input type="checkbox"/> NO</p> <p style="text-align: right;">Ostetrica</p> <hr/> <p>TRASFERIMENTO MADRE-NEONATO DAL BLOCCO PARTO DOPO 2 ORE</p> <p>NEONATO</p> <p><input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali neonato <input type="checkbox"/> Trombofilia <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI</p> <p>MADRE</p> <p><input type="checkbox"/> Valutazione profilo ematico <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali <input type="checkbox"/> Controllo diastole <input type="checkbox"/> Controllo sistole <input type="checkbox"/> Note <input type="checkbox"/> Dato vaginale <input type="checkbox"/> Controllo epidurale</p> <p style="text-align: right;">Ostetrica</p>	<p>TAGLIO CESAREO</p> <p>PREPARAZIONE INTERVENTO</p> <p>Consenso informato <input type="checkbox"/> Sì/verbo <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sì/verbo/risultati <input type="checkbox"/> Sì/verbo/risultati</p> <p><input type="checkbox"/> Documentazione Sanitaria <input type="checkbox"/> Allergie <input type="checkbox"/> Tempo/Profili ematici <input type="checkbox"/> Tempo/consenso <input type="checkbox"/> AgICM <input type="checkbox"/> Profili trombotici</p> <p><input type="checkbox"/> Valutazione rischio di perdita ematica <input type="checkbox"/> Rischio sangue</p> <p style="text-align: right;">Ginecologia</p> <hr/> <p>PREPARAZIONE MADRE</p> <p><input type="checkbox"/> Documentazione sanitaria <input type="checkbox"/> Anestesi pre-episodio <input type="checkbox"/> Anestesi tutti i corredi <input type="checkbox"/> Anestesi anelli, siringhe <input type="checkbox"/> Anestesi emble unghie <input type="checkbox"/> Impresse profili trombotici <input type="checkbox"/> Induzione</p> <p style="text-align: right;">Ostetrica / Infermiere</p>
---	---	--	--

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 A.D. MDLXII SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 20 di 25	

c. Perineal card

3° TRIMESTRE

Disturbi segnalati: _____

Decorso gravidanza: _____ *Aumento peso:* _____

Attività lavorativa: _____

Rapporti sessuali: _____

Valutazione perineale (tensione, riflessi, sensibilità, addome, respirazioni): _____

PC test fisico (scala da 0 a 5): _____

PC test tonico (scala da 0 a 3): _____

Affaticabilità (scala da 0 a 3): _____

Corso di accompagnamento alla nascita: SI NO

Tipologia del corso: _____

Chi ha condotto il corso: _____

Da quando ha iniziato a seguirlo: _____

Quante donne/coppie hanno partecipato: _____

Osservazioni: _____

Consigli:

Massaggio perineale: _____

Olio utilizzato per il massaggio: _____

Frequenza del massaggio perineale: _____

Strumenti utilizzati per la preparazione del perineo: _____

Lavoro doriccolo perineale

Attività fisica

Descrizione del parto: _____

Settimana del parto	Induzione e/o analgesia	Posizioni utilizzate	Uso dell'acqua	Durata diastole ed espulsione	Episiotomia o/o lacerazioni grado	Peso del neonato e circonferenza cranica	Alzata precoce dal letto

SCHEDA VALUTAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO IN GRAVIDANZA

GOIPP
CONSIGLIO ITALIANO GINECOLOGI E OSTETRICI
AIO PAVIMENTO PELVICO

2/3



AOU Sassari

Direzione Sanitaria Aziendale
SC Qualità Accreditamento
Gestione Rischio

TRAVAGLIO E PARTO A
BASSO RISCHIO OSTETRICO
(BRO)



A.D. MDLXII

SC Ostetricia e Ginecologia
SS Assistenza Ostetrica

TIPOLOGIA
PROCEDURA
OPERATIVA
STANDARD

CODIFICA
TRAV PAR BRO
POS 01

VERSIONE
01

DATA
GENNAIO 2023

Pagina 21 di 25

SCHEDA VALUTAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO DOPO IL PARTO

Decorso del post partum

Perineal card

Terapie mediche (pomate, ovuli)

Terapie comportamentali effettuate

Sintomi perineali (pesantezza, dolore, incontinenza, ripresa dei rapporti)

Valutazione perineale a 2 mesi

Consigli comportamentali e terapeutici

Presi in carico per sedute di riabilitazione

SI NO

Motivazione:

Ripresa dell'attività sessuale

Utilizzo di lubrificanti

Commenti (es. astipsanuria, mancata sensibilità, ecc.)

SCHEDA VALUTAZIONE
DEL PAVIMENTO PELVICO IN GRAVIDANZA

3/3

GOIPP
GRUPPO OSTETRICO ITALIANO
PAVIMENTO PELVICO

TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 22 di 25
--	---	-----------------------	-----------------------------	-----------------

✖ *Sig.ra* _____ data ____ / ____ / ____ età _____

professione _____

peso _____ altezza _____ BMI pregravidico _____

1° TRIMESTRE

Disturbi segnalati: _____

Decorso gravidanza: _____ Aumento peso: _____

Attività lavorativa: _____

Rapporti sessuali: _____

Valutazione perineale (ispezione, riflessi, sensibilità, addome, respirazione) _____

PC test fisico (scala da 0 a 5) _____

PC test tonico (scala da 0 a 3) _____

Affaticabilità (scala da 0 a 3) _____

Distanza ano-vulvare: cm _____ Lato genitale: cm _____

Osservazioni: _____

Consigli:

Lavoro domiciliare perineale

Attività fisica

2° TRIMESTRE

Disturbi segnalati: _____

Decorso gravidanza: _____ Aumento peso: _____

Attività lavorativa: _____

Rapporti sessuali: _____

Valutazione perineale (ispezione, riflessi, sensibilità, addome, respirazione) _____

PC test fisico (scala da 0 a 5) _____

PC test tonico (scala da 0 a 3) _____

Affaticabilità (scala da 0 a 3) _____

Distanza ano-vulvare: cm _____ Lato genitale: cm _____

Osservazioni: _____

Consigli:



Lavoro domiciliare perineale

Attività fisica

SCHEDA VALUTAZIONE DEL PAVIMENTO PELVICO IN GRAVIDANZA



GOIPP
GRUPPO OSTETRICHE ITALIANE
AIO PAVIMENTO PELVICO

1/3

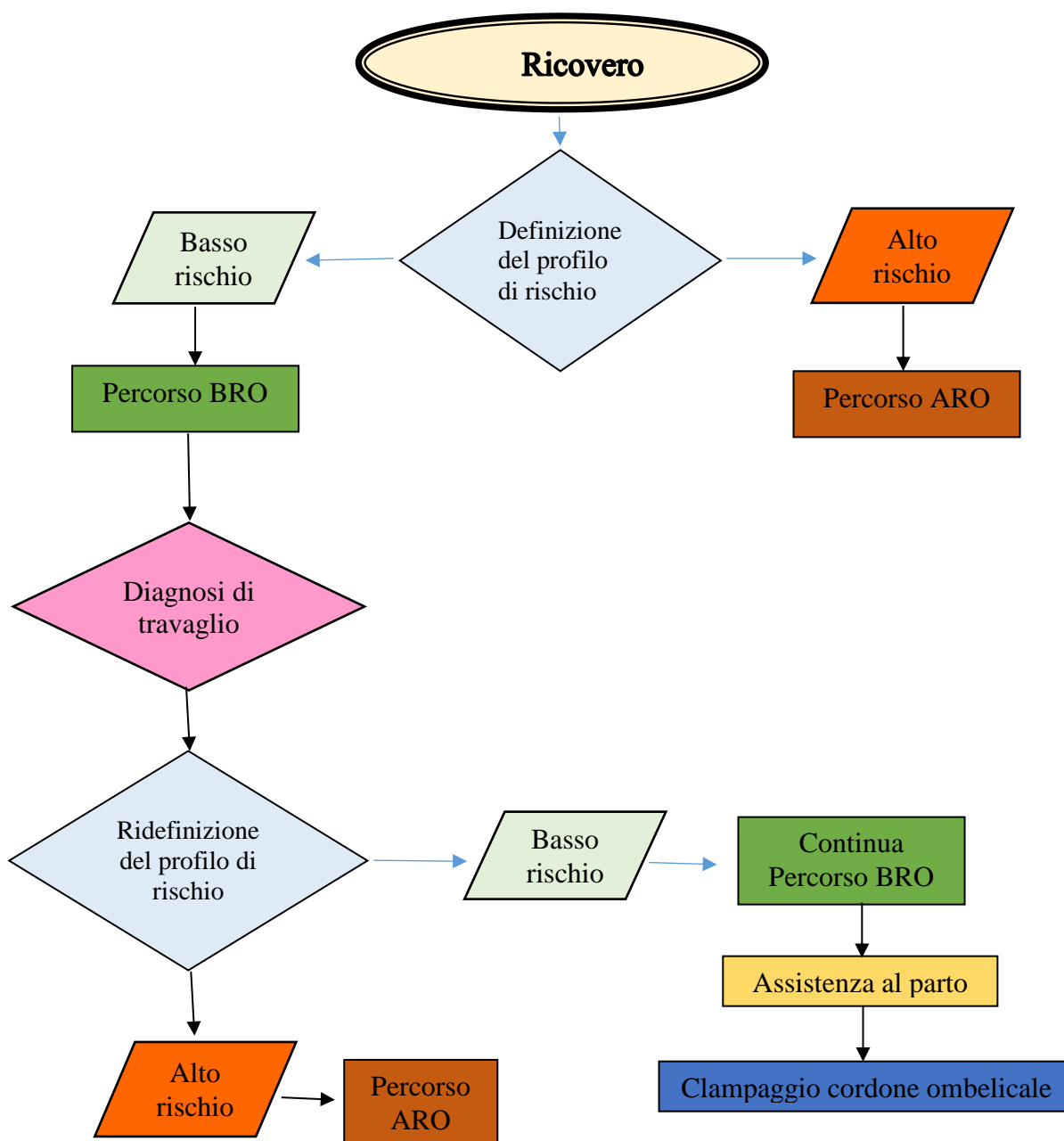
 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 23 di 25	



10. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura sarà consultabile in sala Parto e presso la segreteria delle SSCC di Ostetricia e Ginecologia e TIN- Neonatologia, così come tutti i documenti relativi al “Percorso Nascita”.

 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 A.D. MDLXII SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 24 di 25	

11. DIAGRAMMA DI FLUSSO DELLE ATTIVITÀ



 AOU Sassari Direzione Sanitaria Aziendale SC Qualità Accreditamento Gestione Rischio		TRAVAGLIO E PARTO A BASSO RISCHIO OSTETRICO (BRO)		 <small>A.D. MDLXII</small> SC Ostetricia e Ginecologia SS Assistenza Ostetrica	
TIPOLOGIA PROCEDURA OPERATIVA STANDARD	CODIFICA TRAV PAR BRO POS 01	VERSIONE 01	DATA GENNAIO 2023	Pagina 25 di 25	

