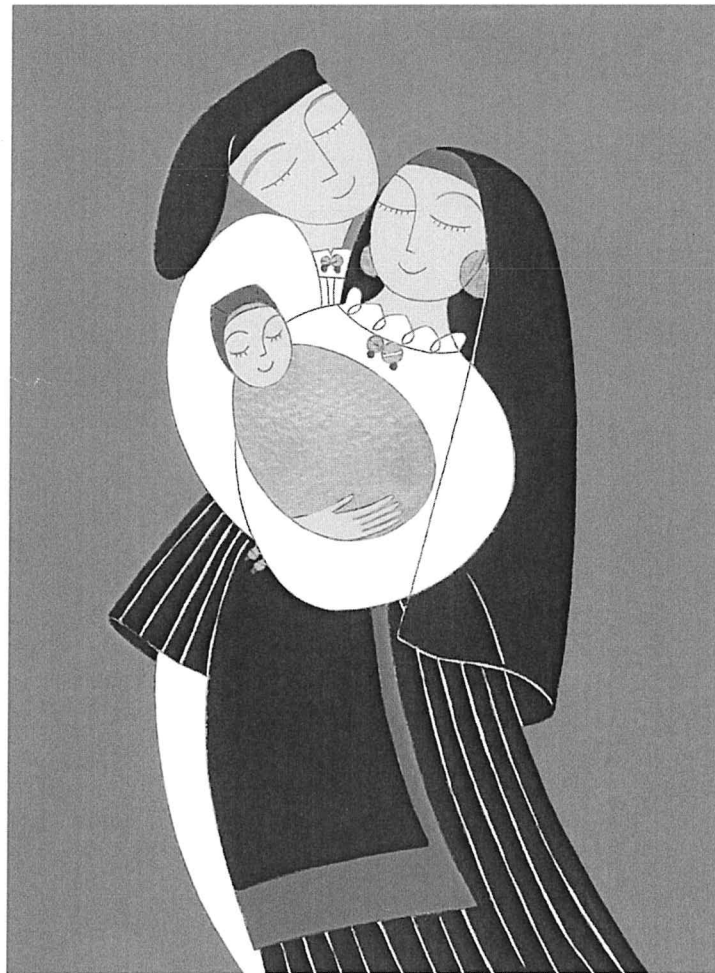


PDTA
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO
ASSISTENZIALE

PERCORSO NASCITA



Copyright GELVISDESIGN

SOMMARIO

1 ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE	4
1.1 elaborazione - COMUNITA' DI PRATICA 2022	4
1.2 VALIDAZIONE	4
1.3 APPROVAZIONE FORMALE	5
1.4 REFERENTE CLINICO	5
1.5 raccolta e elaborazione DATI e reporting	5
1.6 STATO DELLE REVISIONI	5
2. DEFINIZIONI (<i>Adattamento da: "Management dell'emergenza urgenza intraospedaliera – linee guida ILCOR – ERC 2010"</i>)	6
2.1 Schema comparativo delle definizioni adottate	7
2.2 ABBREVIAZIONI/ACRONIMI (da definire in occasione del primo audit periodico)	9
3. SCOPI, OBIETTIVI E RAZIONALE in generale DEL PDTA	10
4. OGGETTO del pdta del PERCORSO NASCITA	12
4.1 OGGETTO E INQUADRAMENTO	12
4.2. CODIFICHE ICD- IX CM	14
4.2.1 ICD 9 CM DIAGNOSI	14
4.2.2 ICD 9 CM PROCEDURE	15
4.3. AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE	16
4.4 DATI DI ATTIVITÀ (da aggiornare in occasione del primo audit periodico)	17
4.4.1 DATI PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) 2021	17
4.4.1.1 RICOVERI PER PARTO - REGIONE SARDEGNA	17
4.4.1.2 RICOVERI PER PARTO CON TAGLIO CESAREO - REGIONE SARDEGNA	18
4.4.1.3 RICOVERI PER PARTO - ASL NUORO	19
4.4.1.4 RICOVERI PER PARTO CON TAGLIO CESAREO - ASL NUORO	20
4.4.1.5 RICOVERI SUCCESSIVI DURANTE IL PUERPERIO - REGIONE SARDEGNA	21
4.4.1.6 RICOVERI SUCCESSIVI DURANTE IL PUERPERIO - ASL NUORO	22
5. il ragionamento clinico	23
5.1 FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO	23
5.2 LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO	27
6. LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO (da implementare in occasione del primo audit periodico)	47
7. il PERCORSO ORGANIZZATIVO (da definire in occasione del primo audit periodico)	51
7.1 FLOW-CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO	51

8. MONITORAGGIO E PROGETTI DI MIGLIORAMENTO del pdta (da definire in occasione del primo audit periodico)	52
8.1 INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO	52
8.2 PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL PDTA	53
9. ALLEGATI	54

I ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE
I.1 ELABORAZIONE - COMUNITA' DI PRATICA 2022

Nominativo	Ruolo	Struttura	Firma
Cabiddu Mariantonietta	Ostetrica	Ostetricia e Ginecologia P.O. San Francesco	<i>[Handwritten Signature]</i>
Calzedda Filomena Maria Lucia	Medico-pediatra	Consultorio familiare di Nuoro	<i>[Handwritten Signature]</i>
Canu Loreta	Assistente sanitario	Dipartimento di prevenzione	<i>Loreta Canu</i>
Cualbu Giuseppina	Medico anestesista	Anestesia e rianimazione P.O. San Francesco	<i>[Handwritten Signature]</i>
Fois Michelina	Psicologo	Ostetricia e Ginecologia P.O. San Francesco	<i>[Handwritten Signature]</i>
Frau Elsa Maria Nicoletta	Medico ginecologo	Consultorio familiare di Nuoro	<i>E. Frau</i>
Mura Maria	Assistente sociale	Consultorio familiare di Nuoro	<i>[Handwritten Signature]</i>
Murgia Barbara	Dirigente psicologo	Consultorio familiare di Nuoro	<i>[Handwritten Signature]</i>
Pacchiano Annaluisa	Infermiere pediatrico	Consultorio familiare di Nuoro	<i>[Handwritten Signature]</i>
Pinna Marcella	Ostetrica	Distretto di Nuoro	<i>[Handwritten Signature]</i>
Pintori Grazia	Medico pediatra	Pediatria e terapia intensiva neonatale P.O. San Francesco	<i>[Handwritten Signature]</i>
Pittorra Giovanna Inoria	Medico ginecologo	Ostetricia e Ginecologia P.O. San Francesco	<i>[Handwritten Signature]</i>

I.2 VALIDAZIONE

Nominativo	Ruolo	Struttura	Firma
Cnerchi Gesuina	Direttore	Distretto Nuoro	<i>[Handwritten Signature]</i>
Cualbu Antonio	Direttore	Pediatria e terapia intensiva neonatale P.O. San Francesco	<i>[Handwritten Signature]</i>
Paffi Peppino	Direttore	Anestesia e rianimazione P.O. San Francesco	<i>[Handwritten Signature]</i>
Porcu Maria Giovanna	Direttore	Distretto Macomer	<i>[Handwritten Signature]</i>
Raspitzu Paola	Direttore	Distretto Sorgono	RASPITZU PAOLA
Succu Antonio Onorato	Direttore	Ostetricia e Ginecologia P.O. San Francesco	
Truzzu Pietro	Direttore	Distretto Siniscola	

 Firmato digitalmente da: TRUZZU PIETRO
 Organizzazione: Regione Autonoma della
 Sardegna/80002870923
 Unità organizzativa: Servizio Sanitario Regi
 Data: 22/12/2022 15:53:28

1.3 APPROVAZIONE FORMALE

Nominativo	Ruolo	Struttura	Firma
Cannas Paolo	Direttore Generale	ASL Nuoro	<i>Paolo Cannas</i>
Ponti Serafinangelo	Direttore Sanitario	ASL Nuoro	<i>Serafinangelo Ponti</i>

1.4 REFERENTE CLINICO

Nominativo	Ruolo	Struttura	Firma
Pittorra Giovanna Inoria	Dirigente medico	Ostetricia e Ginecologia P.O. San Francesco	<i>Giovanna Pittorra</i>
Calzedda Filomena Maria Lucia	Dirigente medico	Consultorio familiare di Nuoro	<i>Filomena Calzedda</i> <i>Lucia Calzedda</i>

1.5 RACCOLTA E ELABORAZIONE DATI E REPORTING

Nominativo	Ruolo	Struttura	Firma
		SC Governo clinico	

1.6 STATO DELLE REVISIONI

Data Elaborazione documento		15/12/2022	
Rev. N.	Paragrafi revisionati	Descrizione Revisione	Data
1.0	Ragionamento Clinico, indicatori	Prima Stesura	16/12/2022

N.B. Le indicazioni contenute nel presente documento devono essere periodicamente aggiornate alla luce dell'evoluzione nelle pratiche di diagnosi e trattamento. In particolare, l'aggiornamento è previsto ogni qualvolta intervengano modifiche nell'ambito delle fonti scientifiche, bibliografiche e delle normative di riferimento, ovvero sulla base delle evidenze scaturite dai processi di audit periodici.






2. DEFINIZIONI (Adattamento da: "Management dell'emergenza urgenza intraospedaliera – linee guida ILCOR – ERC 2010")

Linee Guida	<p>Le linee guida (LG) sono "raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, coerenti con le conoscenze sul rapporto costo/beneficio degli interventi sanitari, allo scopo di assistere sia i medici che i pazienti nella scelta delle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche". (<i>Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From Develoepment to Use. Washington DC, National Accademic</i>).</p> <p>Le LG orientano dunque verso un'attività clinico assistenziale più omogenea, al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti degli operatori.</p> <p>Sostanzialmente una LG deve assistere al momento della decisione clinico-assistenziale ed essere di ausilio all'esercizio professionale orientato alle <i>Best Practice</i>.</p> <p>Le LG vengono emanate da <u>organismi scientifici superiori</u> (AHA – ILCOR – SSN); possono riguardare attività di prevenzione, diagnostiche, terapeutico-assistenziali e di follow-up e contengono raccomandazioni "pesate" in base al concetto di "forza".</p> <p>Le raccomandazioni affermano chiaramente il tipo di azione da fare o da non fare in specifiche circostanze.</p> <p style="text-align: center;">Dalle linee guida vengono poi elaborati specifici "documenti" di intervento in uno specifico contesto organizzativo.</p>
PDTA	<p>Con il termine di Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) (anche denominato Percorso Clinico Organizzativo o Algoritmo) si intende l'insieme sequenziale (da cui Percorso) di valutazioni/azioni/interventi che una Organizzazione Sanitaria adotta, in coerenza con le Linee Guida correnti, al fine di garantire a ciascun paziente le migliori possibilità di Diagnosi, Cura e Assistenza rispetto al bisogno di salute presentato. In altri termini il PDTA descrive il metodo adottato nello specifico contesto organizzativo per affrontare e possibilmente risolvere un problema di salute complesso, esplicitando i "risultati" che si vogliono ottenere, a partire da un certo insieme di dati/informazioni/valutazioni.</p> <p>Nell'interpretazione qui adottata, il PDTA è un modello formalizzato di comportamento professionale della cui stesura è responsabile la "comunità di pratica" che lo elabora e lo utilizza:</p> <p style="text-align: center;">il PDTA, di conseguenza, è da ritenersi efficace solo nel contesto organizzativo e tecnico-professionale che lo ha elaborato.</p> <p>Operativamente, un PDTA descrive le modalità con cui è affrontata una patologia o gruppi omogenei di patologie in ogni sua fase, attraverso il coordinamento di più funzioni aziendali, in un'ottica di multidisciplinarietà e integrazione di "saperi".</p> <p>L'adozione di un PDTA non esclude la possibilità di discostarsene in relazione alle valutazioni sul singolo caso che uno specifico professionista ritiene di dover adottare secondo scienza e coscienza (le motivazioni delle possibili divergenze potranno eventualmente essere oggetto di analisi in occasione di audit periodici).</p> <p>Un metodo rapido e sintetico per rappresentare algoritmi complessi è costituito dai cosiddetti diagrammi di flusso o <i>Flow-Chart</i> (Tabella 1).</p> <p>I PDTA rappresentano l'interpretazione clinico-assistenziale della cosiddetta "gestione per processi" (all'interno di un'organizzazione i processi possono interagire tra loro, in quanto gli output di uno sono talvolta input di altro/i).</p>
Protocollo	<p>Il protocollo può essere definito come "un documento scritto che formalizza la successione di azioni prefissate e consequenziali di tipo fisico/mentale/verbale, con le quali l'operatore raggiunge un determinato risultato prefissato, di cui può essere stabilito il livello qualitativo". (<i>Lolli, Lusignani, Silvestro, 1987</i>).</p> <p>Normalmente può descrivere alcune fasi specifiche di un PDTA e coinvolge di solito una o poche funzioni aziendali.</p>
Procedura/ Istruzione Operativa	<p>La procedura è una dettagliata descrizione degli atti da compiere e/o delle tecniche da adottare per eseguire una determinata operazione. Normalmente la procedura è inserita all'interno di protocolli e/o PDTA, dei quali costituiscono una parte rilevante.</p>

2.1 SCHEMA COMPARATIVO DELLE DEFINIZIONI ADOTTATE

	Linee guida	PDTA e Protocolli	Procedura
DEFINIZIONE	Raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, al fine di assistere nella scelta delle modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.	Si riferisce ad uno specifico processo clinico - assistenziale. Descrive i risultati attesi e le azioni e procedure da attivare in una situazione clinica nota. Lascia agli operatori ampia libertà di azione per quanto riguarda i dettagli operativi.	Si riferisce ad una singola azione. E' una descrizione molto dettagliata degli atti da compiere per eseguire determinate operazioni. Tutti gli operatori si attengono esattamente a quanto descritto nella procedura.
	E' uno strumento a valenza multidisciplinare e con ampi contenuti.	E' uno strumento prevalentemente multidisciplinare, finalizzato al coordinamento di molteplici ambiti organizzativi.	E' tipicamente uno strumento monodisciplinare.
VALENZA	Generale.	Locale.	Locale.
DIFFUSIONE	Elaborate e diffuse da organi autorevoli a livello internazionale e nazionale.	E' elaborato da una specifica comunità di pratica ed è diffuso tra gli operatori delle U.U.O.O. coinvolte.	E' elaborata e diffusa dal gruppo professionale all'interno della singola Unità Operativa.
VALUTAZIONE E VALIDAMENTO	Da esperti del settore.	Responsabili di U.U.O.O. e Direzione Strategica	Dal Responsabile di U.O.
FLESSIBILITÀ	Si	Relativamente ad uno specifico caso.	No
DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE	No	Si	Si
ADOZIONE E CONSERVAZIONE	Discrezionale	Obbligatoria	Obbligatoria
REFERENZIALITÀ SCIENTIFICA	Sono necessarie alla costruzione dei protocolli.	Sono necessari per valutare le performance professionali e delle U.U.O.O. coinvolte.	

Tabella 1 Simboli utilizzati nei diagrammi di flusso – Flow-Chart

	<p>1. L'input è rappresentato nel diagramma di flusso come ellisse; è il punto di inizio del processo; corrisponde ai bisogni, ai problemi di salute ed alle richieste di intervento che determinano l'inserimento nel processo; definisce fattori fisici e informativi acquisiti all'esterno o derivanti da altri processi.</p>
	<p>2. Le attività sono rappresentate da rettangoli. Nella descrizione delle attività, per ciascuna fase, occorre definire puntualmente le figure coinvolte, gli aspetti logistici, le tempistiche di attuazione, la documentazione prodotta, le informazioni da fornire al paziente/utente, eventuali rischi specifici correlati e, soprattutto, gli obiettivi/traguardi clinico-assistenziali da conseguire.</p>
	<p>3. Gli snodi decisionali sono rappresentati con un rombo. Descrivono le scelte diagnostico-terapeutiche e/o di tipo organizzativo e/o socio-assistenziale. Rappresentano in genere i punti di maggiore interesse clinico e sono spesso riferibili a raccomandazioni EBM.</p>
	<p>4. I connettori. Le interdipendenze tra le attività e gli snodi sono rappresentate da linee di congiunzione o frecce; descrivono i legami logici e di precedenza che esistono tra le fasi di un processo e, eventualmente, con altri processi.</p>
	<p>5. Gli output sono rappresentati da un'ellisse; sono il punto di uscita dal processo e corrispondono ai traguardi ed agli outcomes attesi. Un output può diventare input di un processo successivo.</p>

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PERCORSO NASCITA	PDTA_NU_005
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------

2.2 ABBREVIAZIONI/ACRONIMI (da definire in occasione del primo audit periodico)

ps	Parto spontaneo
po	Parto operativo
tc	Taglio cesareo
IAN	Incontri di Accompagnamento alla Nascita
IVG	Interruzione Volontaria della Gravidanza
MEF	Morte Endouterina Fetale
CTG	Cardiotocografia
PROM	Premature Rupture Of Membranes
IUGR	IntraUterine Growth Restriction
MAF	Movimenti Attivi Fetali
OIP	Occipito Iliaca Posteriore (posizione testa fetale)
NIPT	Non Invasive Prenatal Test
VBAC	Vaginal Birth After Cesarean Section
HELLP	hemolysis elevate liver enzymes low platets
EPH	Edema proteinuria Hypertension
SEU	sindrome emolitico uremica
PPT	Parto Pre Termine

3.SCOPI, OBIETTIVI E RAZIONALE IN GENERALE DEL PDTA

Lo scopo del presente documento è quello di definire le pratiche e i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute delle famiglie che afferiscono all'ASL di Nuoro, migliorando il livello qualitativo dell'offerta e ottimizzando l'uso delle risorse professionali/tecnologiche/economiche dell'azienda.

Il PDTA costituisce il riferimento per tutti i professionisti sanitari della ASL di Nuoro che sono coinvolti nella gestione di questa specifica problematica sanitaria e individua le "garanzie di qualità e appropriatezza fornite dai professionisti stessi a donne e bambini.


È, pertanto, necessaria una gestione integrata tra territorio ed ospedale sulla base delle necessità della donna che prevede, a seconda dei bisogni specifici una stratificazione per complessità/gravità in sottogruppi ed un programma clinico-assistenziale personalizzato, secondo diversificati livelli di intensità di cura, gestito mediante l'integrazione multidisciplinare di diverse competenze con il coinvolgimento attivo della donna.

In generale il PDTA si prefigge come obiettivi specifici di:

- garantire alla donna e al bambino un'efficace presa in carico multidisciplinare, secondo le migliori evidenze scientifiche disponibili;
- definire le pratiche e i modelli organizzativi più idonei per rispondere con efficacia ed efficienza alla richiesta di salute della donna e del bambino che afferiscono all'ASL di Nuoro;
- razionalizzare e rendere omogeneo il percorso diagnostico-terapeutico ed assistenziale adottato;
- migliorare e facilitare l'accesso ai servizi, anche con l'interazione dei servizi di altre strutture extraaziendali;
- monitorare la qualità dell'assistenza attraverso l'identificazione, la raccolta e l'analisi di indicatori di processo e di esito;
- consolidare la continuità dell'assistenza;
- offrire un percorso integrato e di qualità che garantisca la presa in carico assistenziale della famiglia;
- orientare il gruppo di lavoro alla multidisciplinarietà e alla condivisione delle best practice ad oggi conosciute a garanzia della sicurezza della donna e del bambino;
- perfezionare gli aspetti informativi e comunicativi con la famiglia, cui saranno garantiti:
 - la comprensione del percorso nascita per una partecipazione attiva e consapevole alle scelte
 - la sinergia e l'integrazione tra le varie fasi, con particolare attenzione agli aspetti organizzativi
 - l'accompagnamento e l'attenzione ai bisogni aggiuntivi.

La condivisione dei percorsi clinico organizzativi costituisce un elemento fondamentale per il governo del migliore percorso di cura.

Il Percorso rappresenta uno strumento di orientamento della pratica clinica che, mediante l'adattamento alle linee guida internazionali, coinvolge e integra tutti gli operatori interessati al processo al fine di ridurre la variabilità dei comportamenti attraverso la definizione della migliore sequenza di azioni, l'esplicitazione del tempo ottimale degli interventi e il riesame dell'esperienza conseguita per il miglioramento continuo della qualità in sanità.

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PERCORSO NASCITA	PDTA_NU_005
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-------------

L'ASL Nuoro ha declinato i principi di cui sopra in una specifica metodologia che prevede:

1. **L'elaborazione di un percorso per ciascun regime assistenziale**, soprattutto al fine di individuare indicatori di valutazione della performance clinica e di monitoraggio di risultati maggiormente significativi e aderenti alla struttura dei flussi informativi istituzionali.
2. **L'elaborazione di un documento unitario**, articolato nel cosiddetto **Ragionamento clinico-assistenziale** (in cui è definita la strategia di risposta a uno specifico bisogno di salute al fine di massimizzare l'efficacia della stessa in relazione alle conoscenze e competenze espresse dalla comunità di pratica) e nel cosiddetto **Percorso organizzativo** (in cui il ragionamento clinico assistenziale è declinato attraverso "matrici di responsabilità" che esplicitano il "chi fa che cosa, in quali tempi, con quali strumenti").

4. OGGETTO DEL PDTA DEL PERCORSO NASCITA

4.1 OGGETTO E INQUADRAMENTO

A livello internazionale molti documenti identificano nei primi 1.000 giorni di vita una finestra temporale strategica per promuovere un sano sviluppo mentale e fisico dei bambini. Le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno fornito indicazioni per rafforzare politiche e programmi a tutela dello sviluppo nella prima infanzia

Per quanto riguarda l'Italia, il Ministero della Salute ha predisposto un Documento di indirizzo sui primi 1.000 giorni di vita per la protezione e la promozione della salute dei bambini rivolto a genitori, operatori sanitari e decisori. (*Ministero della Salute "Investire precocemente in salute: azioni e strategie nei primi mille giorni di vita" Documento di indirizzo per genitori, operatori sanitari e policy maker, per la protezione e promozione della salute dei bambini e delle generazioni future – 2016-2017*).

In tutti questi documenti viene ribadito che lo sviluppo sano del bambino è garantito da condizioni favorevoli che vengono a crearsi già prima del concepimento, durante la gravidanza e nella primissima infanzia, influenzate da fattori genetici, psicologici, comportamentali, ambientali e socioeconomici; tutto ciò a conferma della forte interdipendenza del bambino con l'ambiente di vita. La salute dunque come prodotto di un intreccio complesso e multifattoriale tra diverse componenti che possono agire come fattori di rischio o fattori protettivi. Inoltre, garantire a ciascun bambino il miglior inizio di vita possibile è indispensabile per contrastare precocemente le disuguaglianze di salute.

Attualmente la salute preconcezionale è considerata un elemento fondamentale della salute materno infantile e della sua promozione, in quanto alcuni interventi preventivi per essere pienamente efficaci devono essere realizzati prima del concepimento.

Nelle persone in età fertile che programmano una gravidanza è di fondamentale rilievo promuovere:

- alimentazione varia ed equilibrata;
- supplementazione vitaminica a base di acido folico;
- svolgere un'attività fisica regolare. Evitare il fumo e l'assunzione di bevande alcoliche, non usare sostanze stupefacenti;
- uso consapevole dei farmaci e informare circa il rischio di un effetto dannoso dei farmaci sullo sviluppo dell'embrione e del feto;
- eseguire gli esami a tutela della maternità responsabile in funzione preconcezionale per la donna, per l'uomo, per la coppia (Livelli Essenziali di Assistenza – LEA);
- informare adeguatamente la coppia prima della gravidanza, sui fattori di rischio per malattie genetiche o a componente genetica;
- promuovere la salute mentale nella donna e nella coppia fin dall'epoca preconcezionale. La presenza di problemi della sfera emotiva può influenzare gli esiti della riproduzione;
- raccomandare un'attenta valutazione dello stato immunitario della donna prima del concepimento, con particolare attenzione alla rosolia, morbillo, parotite, varicella ed epatite B. Informare la coppia sulle modalità di trasmissione e di prevenzione delle principali infezioni sessualmente trasmissibili: HIV, HPV, Sifilide, Chlamydia;

- rendere consapevoli gli uomini in età fertile che possono mettere in atto alcune misure di prevenzione e protezione prima del concepimento, per migliorare la loro salute e aumentare la fertilità della coppia. Il sovrappeso e l'obesità, la presenza di alcune patologie, le infezioni sessualmente trasmissibili, il fumo, l'alcol, le sostanze stupefacenti, l'esposizione a sostanze tossiche, l'assunzione di alcuni farmaci, rappresentano fattori di rischio;
- Informare la popolazione in età fertile sui possibili rischi correlati a inquinamento ambientale, professionale, domestico e sulle azioni utili a limitare l'esposizione, compresa l'adozione di stili di vita salutari. Ridurre l'esposizione a inquinanti ambientali, professionali e domestici;

Promuovere una maggior consapevolezza (*Health Literacy*) nei gruppi vulnerabili per età, per condizione socio-economica, per grado di istruzione, per provenienza geografica e per condizione di immigrata/o, sull'importanza di assumere stili di vita salutari e di accedere ai servizi fin dall'epoca preconcezionale. Facilitare il loro accesso ai servizi e prestare particolare attenzione alle situazioni di violenza domestica.

4.2. CODIFICHE ICD- IX CM
4.2.1 ICD 9 CM DIAGNOSI

("International classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification" 2007 versione italiana)

Cod.	Descrittivo Diagnosi
650	<i>Parto normale</i>
V270	<i>Parto semplice nato vivo</i>
V271	<i>Parto semplice nato morto</i>
V272	<i>Parto gemellare: entrambi nati vivi</i>
V273	<i>Parto gemellare: uno nato vivo e uno nato morto</i>
V274	<i>Parto gemellare: entrambi nati morti</i>
V275	<i>Altro parto multiplo: tutti nati vivi</i>
V276	<i>Altro parto multiplo: alcuni nati vivi</i>
V277	<i>Altro parto multiplo: tutti nati morti</i>
V30.00	<i>Nato in ospedale non da taglio cesareo</i>
V301	<i>Nato singolo, nato prima dell'ammissione in ospedale</i>
V302	<i>Nato singolo, nato fuori dall'ospedale e non ricoverato</i>
V3001	<i>Nato singolo, nato in ospedale con taglio cesareo</i>
V3101	<i>Gemello di gemello nato vivo, nato in ospedale con taglio cesareo</i>
V3201	<i>Gemello di gemello nato morto, nato in ospedale con taglio cesareo</i>
V5902	<i>Donatori di sangue, cellule staminali</i>
630-633	<i>Gravidanza e mola vescicolare</i>
634-639	<i>Altre gravidanze con esito abortivo</i>
640-648	<i>Complicanze principalmente correlate alla gravidanza</i>
6425	<i>Preclampsia grave</i>
645	<i>Gravidanza protratta</i>
64881	<i>Alterata tolleranza al glucosio</i>
650-659	<i>Parto normale e altre indicazioni per ricovero in gravidanza, travaglio e parto</i>
65101	<i>Inerzia uterina primitiva mancata dilatazione</i>
65221	<i>Presentazione podalica</i>
65231	<i>Presentazione trasversa</i>
65241	<i>Presentazione di faccia</i>
6525	<i>Testa fetale balottabile</i>
6529	<i>Posizione o presentazione anomala</i>
65291	<i>Anomalie di presentazione o posizione</i>
65341	<i>IUGR</i>
65401	<i>Anomalie congenite dell'utero</i>
65411	<i>Fibromi uterina</i>
65421	<i>Pregresso TC</i>
65471	<i>Anomalie congenite o acquisite della vagina</i>
6557	<i>Diminuzione MAF</i>
65631	<i>Sofferenza fetale</i>
65641	<i>MEF</i>
65651	<i>Alterazioni dello sviluppo fetale</i>
65661	<i>Macrosomia fetale</i>
6581	<i>PROM</i>
65811	<i>Rottura prematura delle membrane</i>
65971	<i>CTG non rassicurante</i>
66031	<i>Stentata progressione della parte presentata (solo per arresto profondo e OIP persistente durante il travaglio e il partoriente)</i>
66040	<i>Distocia di spalla</i>

66071	<i>Applicazione fallita di ventosa</i>
66211	<i>Travaglio prolungato</i>
66301	<i>Prolasso del cordone</i>
66321	<i>Nodo veri di funicolare</i>
66341	<i>Funicolare corto</i>
66351	<i>Vasa previa</i>
66404	<i>Lacerazione perineale di I grado</i>
66414	<i>Lacerazione perineale di II grado</i>
66424	<i>Lacerazione perineale di III grado</i>
66434	<i>Lacerazione perineale di IV grado</i>
66534	<i>Lacerazione cervicale</i>
66604	<i>Emorragia del III STADIO</i>
66714	<i>Ritenzione di residui di placenta o di membrane senza emorragie</i>
66951	<i>Parto con ventosa</i>
77984	<i>Liquido tinto</i>

4.2.2 ICD 9 CM PROCEDURE

("International classification of Diseases – 9 th revision – Clinical Modification"2007 versione italiana)

Cod.	Descrittivo Procedure
0391	<i>Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia</i>
0390	<i>Inserzione catetere peridurale</i>
632	<i>Raschiamento a seguito di partoriente</i>
7271	<i>Estrazione mediante ventosa con episiotomia</i>
7279	<i>Altra estrazione mediante ventosa</i>
7309	<i>Amniorexi</i>
734	<i>Induzione medica del travaglio</i>
7359	<i>Assistenza manuale al partoriente</i>
736	<i>Episiotomia</i>
740	<i>Taglio cesareo</i>
7534	<i>Monitoraggio fetale CTG</i>
754	<i>Rimozione manuale di placentare</i>
7551	<i>Riparazione di lacerazione ostetrica della cervice</i>
7562	<i>Riparazione lacerazione ostetrica IV grado</i>
7569	<i>Riparazione di altra lacerazione ostetrica recente (lacerazione vaginoperineale dal I al III grado)</i>

4.3. AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE

La Legge Regionale 11 settembre 2020, n.24 ha modificato l'assetto istituzionale del Servizio Sanitario Regionale, istituendo l'Azienda Regionale della Salute (ARES), le otto Aziende Socio-sanitarie Locali (ASL) e confermando le già esistenti, ovvero:

- Azienda di Rilievo Nazionale ed Alta Specializzazione "G.Brotzu" (ARNAS);
- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Cagliari (AOU CA);
- Azienda Ospedaliero - Universitaria di Sassari (AOU SS);
- Azienda Regionale dell'Emergenza e Urgenza della Sardegna (AREUS);
- Istituto Zooprofilattico della Sardegna (IZS).



L'ASL, Azienda Socio-sanitaria Locale, di Nuoro si estende territorialmente su una superficie di 3.933,72 km², è organizzata in 4 distretti che rappresentano un'articolazione territoriale dell'Azienda Socio-sanitaria Locale e assicurano alla popolazione la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie e garantiscono i livelli essenziali di assistenza:

- Distretto di Nuoro
- Distretto di Macomer
- Distretto di Siniscola
- Distretto di Sorgono

Le Strutture Ospedaliere presenti sono:

- P.O. San Francesco;
- P.O. Cesare Zonchello;
- P.O. San Camillo di Sorgono.

Il PO S. Francesco è un "Presidio DEA di 1° livello potenziato", il PO S. Camillo di Sorgono è un "Ospedale di zona disagiata"; il PO C. Zonchello avrà le funzioni di "Ospedale Riabilitativo con funzioni di Lungodegenza e Ospedale di Comunità".

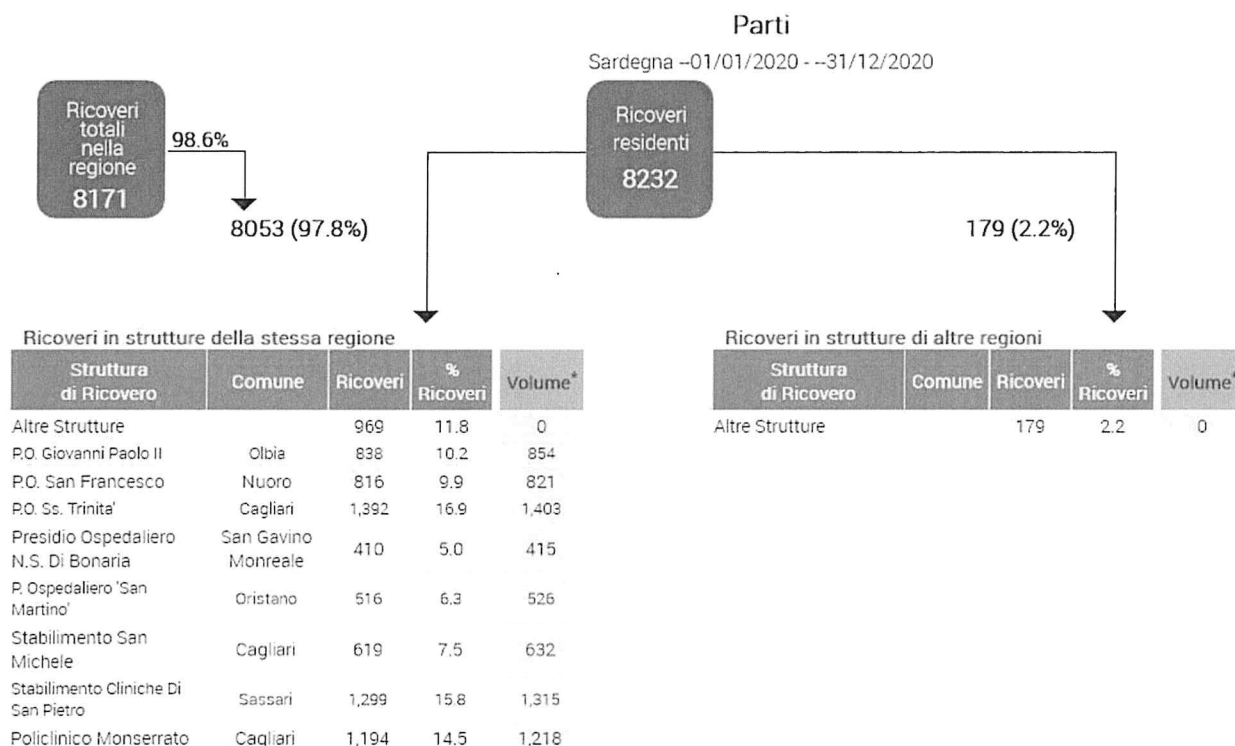
All'interno della ASL Nuoro sono presenti numerose Strutture coinvolte nel PDTA del percorso nascita:

- Anestesia e rianimazione
- Distretto di Macomer
- Distretto di Nuoro
- Distretto di Siniscola
- Distretto di Sorgono
- Ostetricia e Ginecologia
- Pediatria e terapia intensiva neonatale

4.4 DATI DI ATTIVITÀ (DA AGGIORNARE IN OCCASIONE DEL PRIMO AUDIT PERIODICO)

4.4.1 DATI PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) 2021

4.4.1.1 RICOVERI PER PARTO - REGIONE SARDEGNA



*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio

Fig.2 - Residenti nella Regione Sardegna - Volumi ricoveri per parto vaginale, anno 2020 - dati PNE 2021

STRUTTURA	PROVIN CIA	N RICOVERI PER PARTO VAGINALE
Stabilimento San Michele - Cagliari	CA	619
Stabilimento Cliniche di San Pietro-Sassari	SS	1299
Policlino Monserrato - Cagliari	CA	1194
P.O. San Francesco - Nuoro	NU	816
P.O. San Martino - Oristano	OR	516
P.O. Giovanni Paolo II - Olbia	SS	838
P.O. Ss. Trinità - Cagliari	CA	1392
P.O. N.S. di Bonaria - San Gavino Monreale	SU	410
Altre Strutture della stessa regione		969
Altre Strutture di altre regioni		179

4.4.1.2 RICOVERI PER PARTO CON TAGLIO CESAREO - REGIONE SARDEGNA

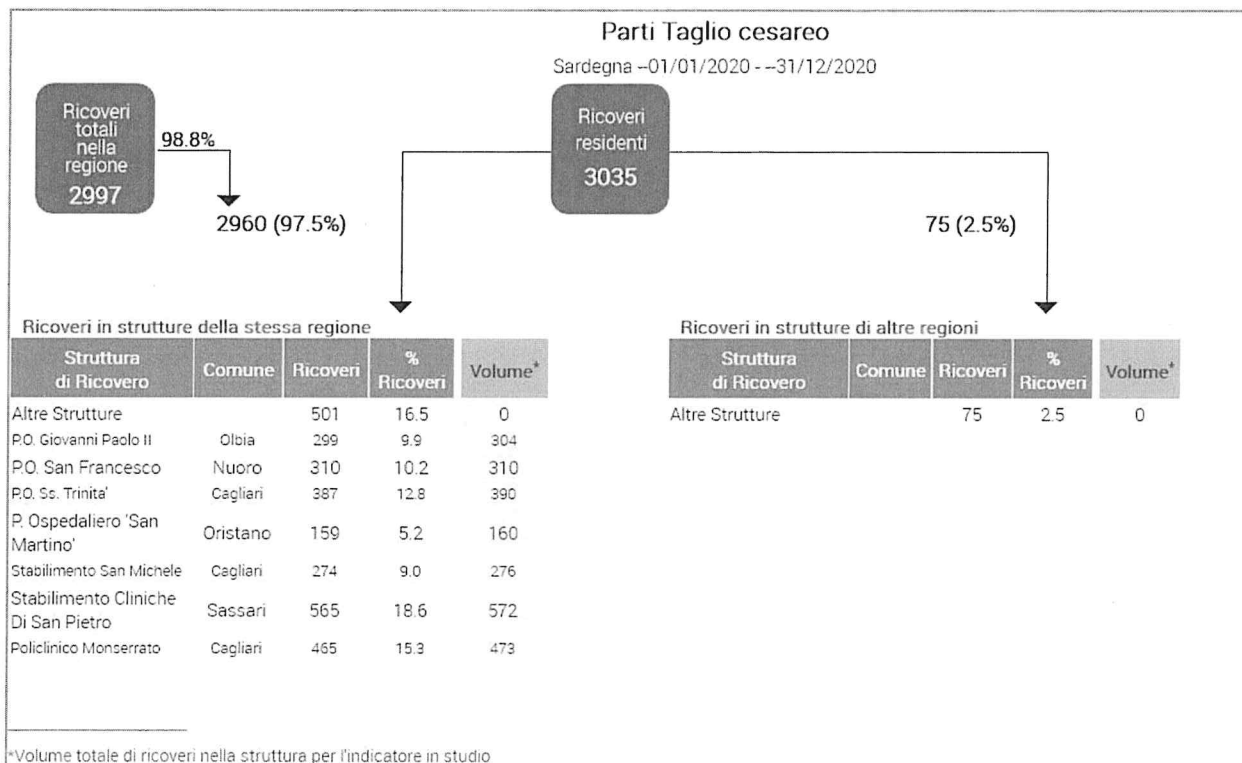


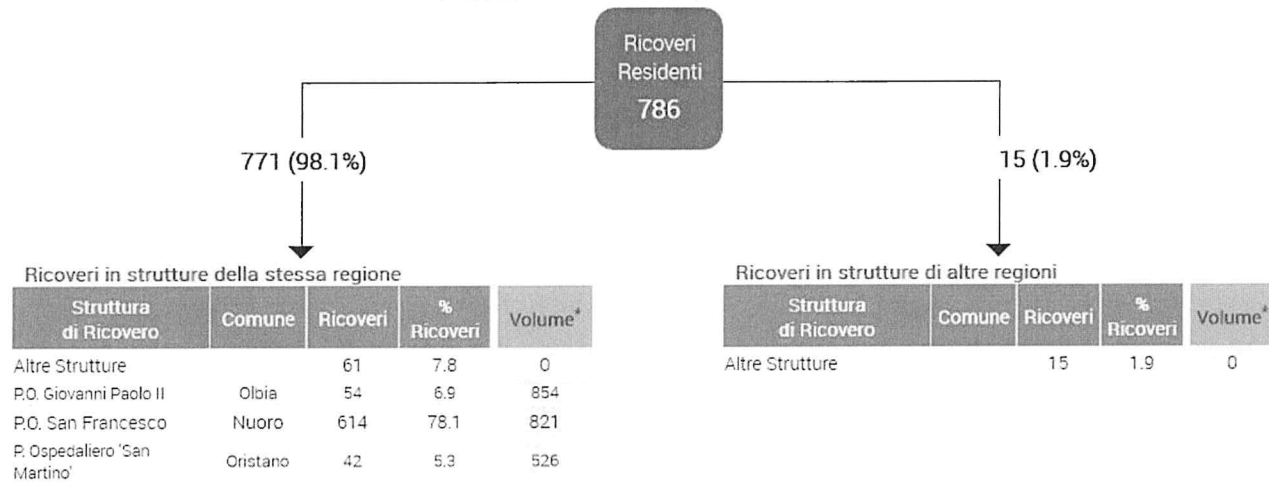
Fig.3 - Residenti nella Regione Sardegna - Volumi ricoveri per parto con taglio cesareo, anno 2020 - dati PNE 2021

STRUTTURA	PROVIN CIA	N RICOVERI PER PARTO CESAREO
Stabilimento San Michele - Cagliari	CA	274
Stabilimento Cliniche di San Pietro- Sassari	SS	565
Policlinico Monserrato - Cagliari	CA	465
P.O. San Francesco - Nuoro	NU	310
P.O. San Martino - Oristano	OR	159
P.O. Giovanni Paolo II - Olbia	SS	299
P.O. Ss. Trinità - Cagliari	CA	387
Altre Strutture della stessa regione		501
Altre Strutture di altre regioni		75

4.4.1.3 RICOVERI PER PARTO - ASL NUORO

Parti

Provincia di Nuoro --01/01/2020 --31/12/2020



*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio

Fig.4 - Residenti in provincia di Nuoro - Volumi ricoveri per parto vaginale, anno 2020 - dati PNE 2021

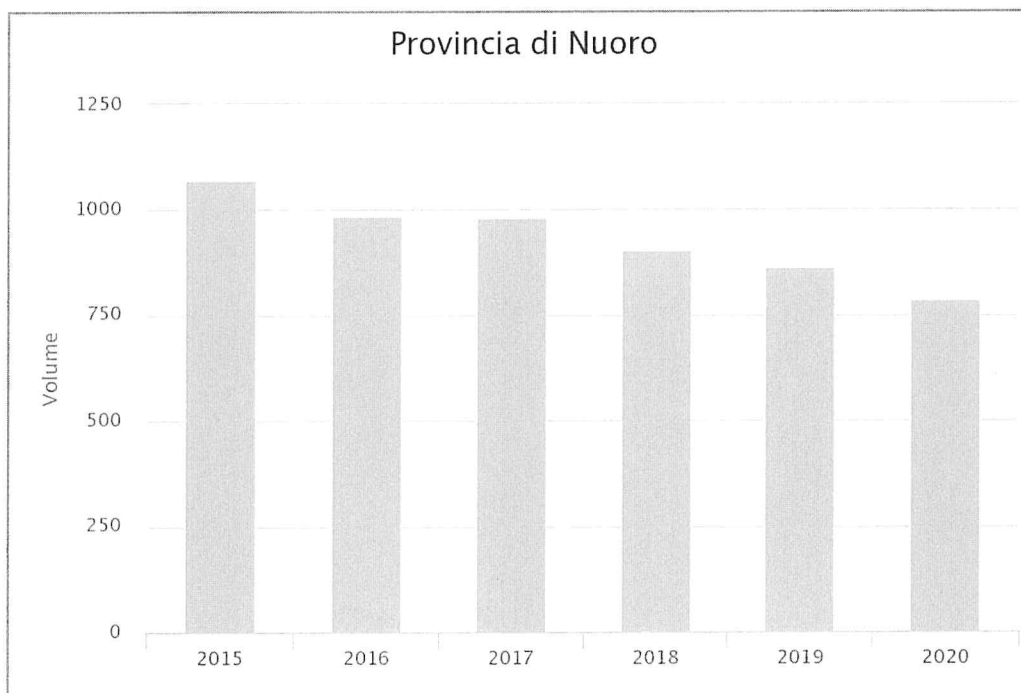
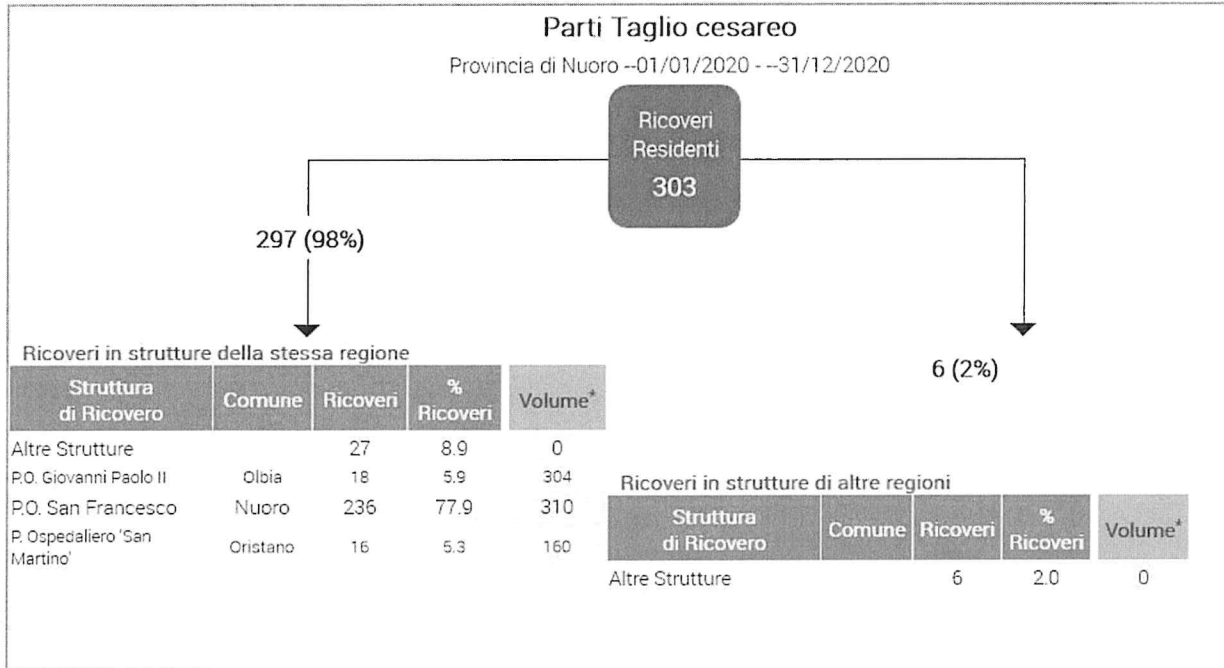


Fig.5 - Residenti in provincia di Nuoro - Volumi ricoveri per parto vaginale, anni 2015-2020 - dati PNE 2021

4.4.1.4 RICOVERI PER PARTO CON TAGLIO CESAREO - ASL NUORO



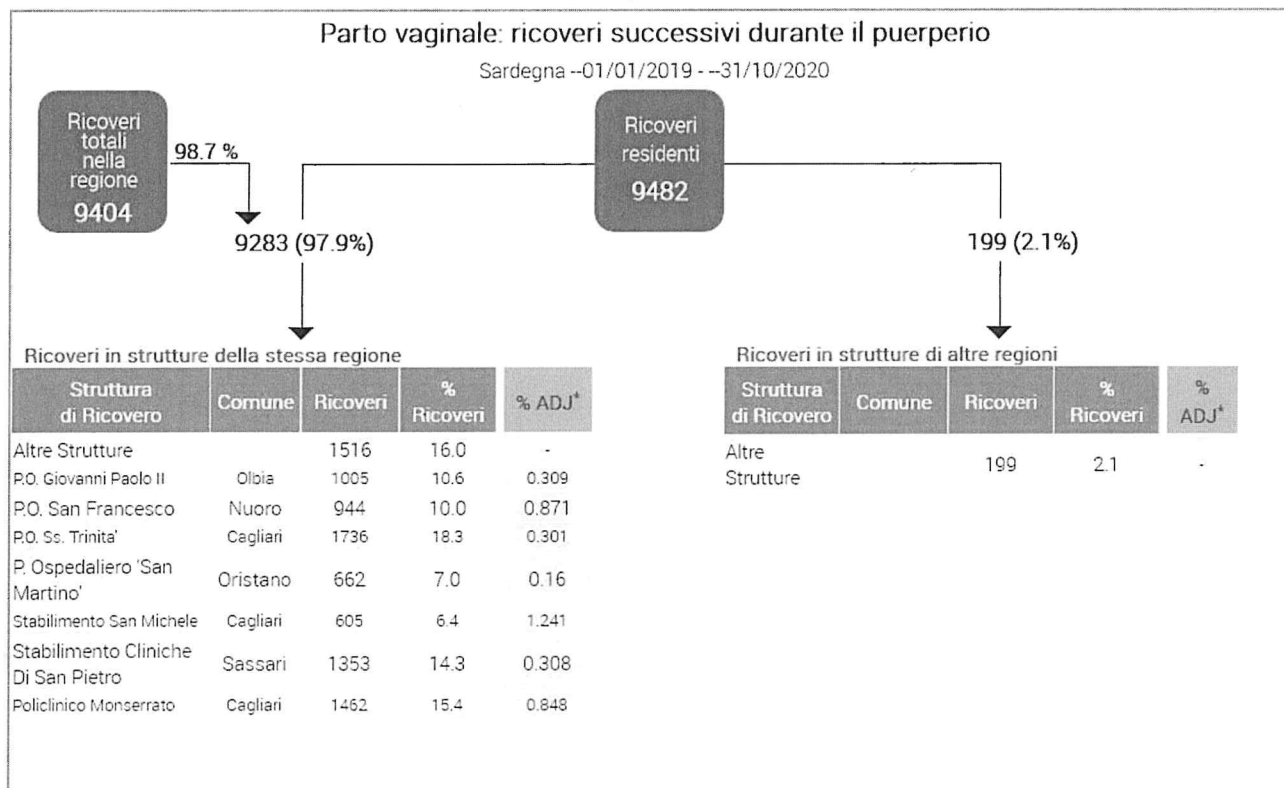
*Volume totale di ricoveri nella struttura per l'indicatore in studio

Fig.6 - Residenti in provincia di Nuoro - Volumi ricoveri per parto con taglio cesareo, anno 2020 - dati PNE 2021



Fig.7 - Residenti in provincia di Nuoro - Volumi ricoveri per parto con taglio cesareo, anni 2015-2020 - dati PNE 2021

4.4.1.5 RICOVERI SUCCESSIVI DURANTE IL PUERPERIO - REGIONE SARDEGNA



[†]Rischio aggiustato calcolato su tutti i ricoveri della struttura per l'indicatore in studio

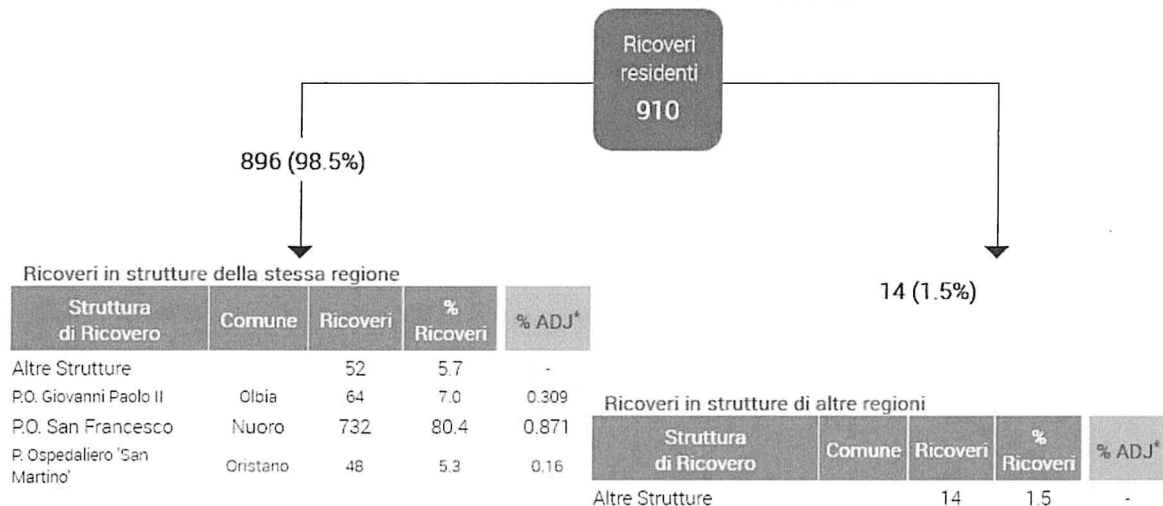
Fig.8 - Residenti nella Regione Sardegna -Ricoveri successivi durante il puerperio, anno 2020 - dati PNE 2021

STRUTTURA	PROVINCIA	N RICOVERI SUCCESSIVI AL PARTO
Stabilimento San Michele - Cagliari	CA	605
Stabilimento Cliniche di San Pietro- Sassari	SS	1353
Policlinico Monserrato - Cagliari	CA	1462
P.O. San Francesco - Nuoro	NU	944
P.O. San Martino - Oristano	OR	662
P.O. Giovanni Paolo II - Olbia	SS	1005
P.O. Ss. Trinità - Cagliari	CA	1736
Altre Strutture della stessa regione		1516
Altre Strutture di altre regioni		199

4.4.1.6 RICOVERI SUCCESSIVI DURANTE IL PUERPERIO - ASL NUORO

Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio

Provincia di Nuoro --01/01/2019 --31/10/2020



*Rischio aggiustato calcolato su tutti i ricoveri della struttura per l'indicatore in studio

Fig.9 - Residenti nella provincia di Nuoro -Ricoveri successivi durante il puerperio, anno 2020 - dati PNE 2021

Provincia di Nuoro

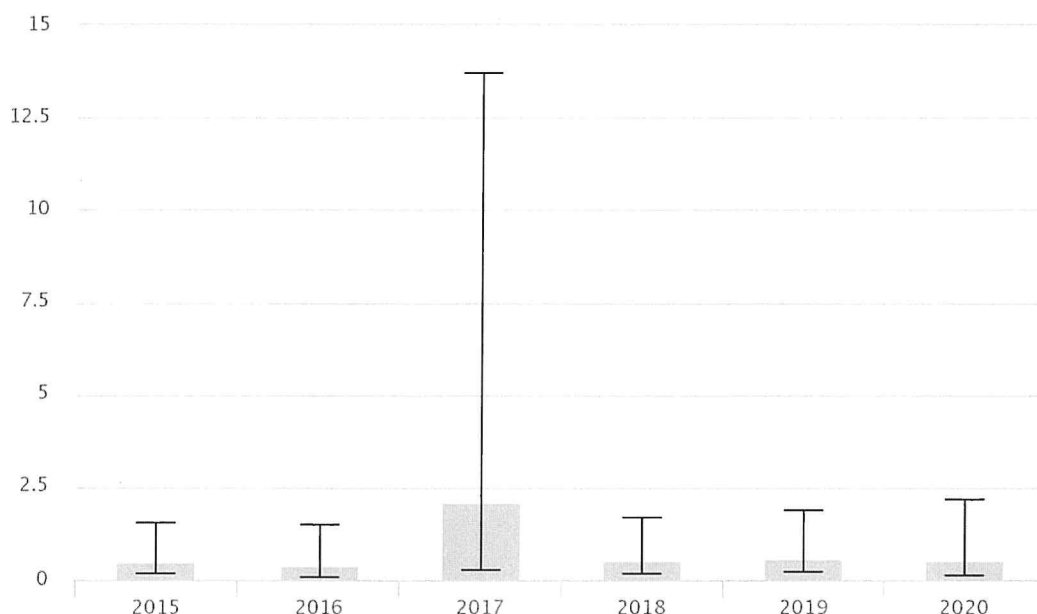
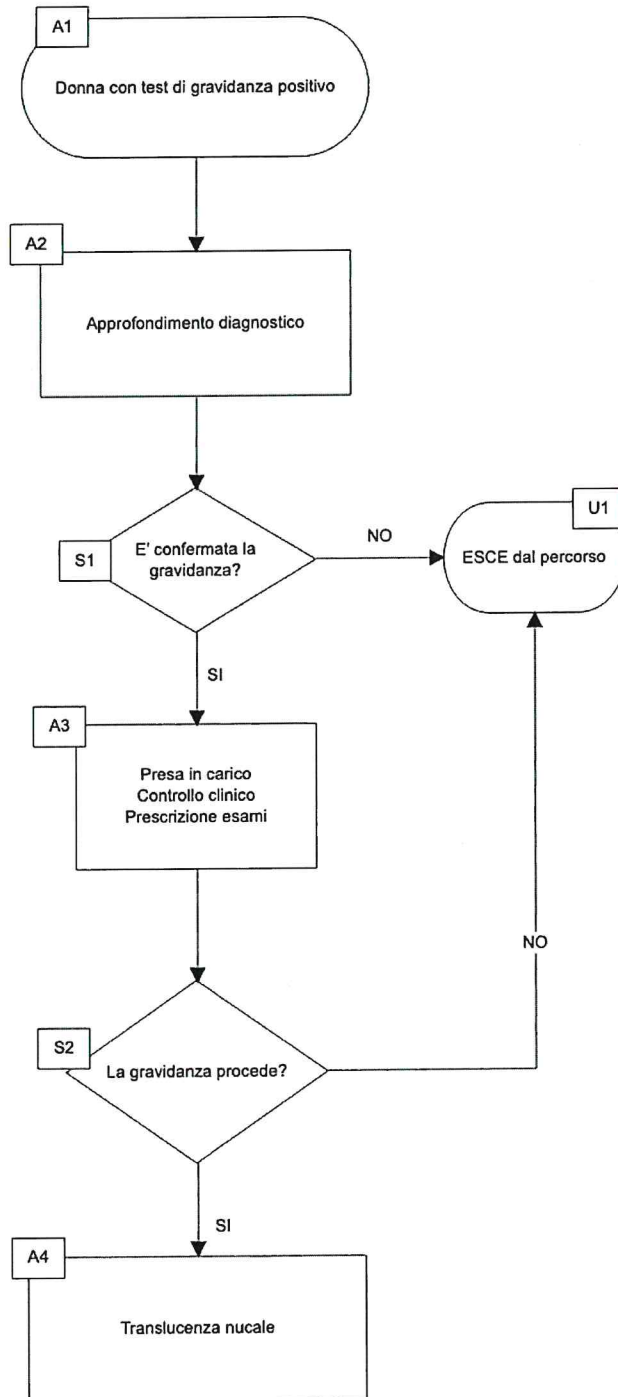


Fig.10 - Residenti in provincia di Nuoro - Ricoveri successivi durante il puerperio, anni 2015-2020 - dati PNE 2021

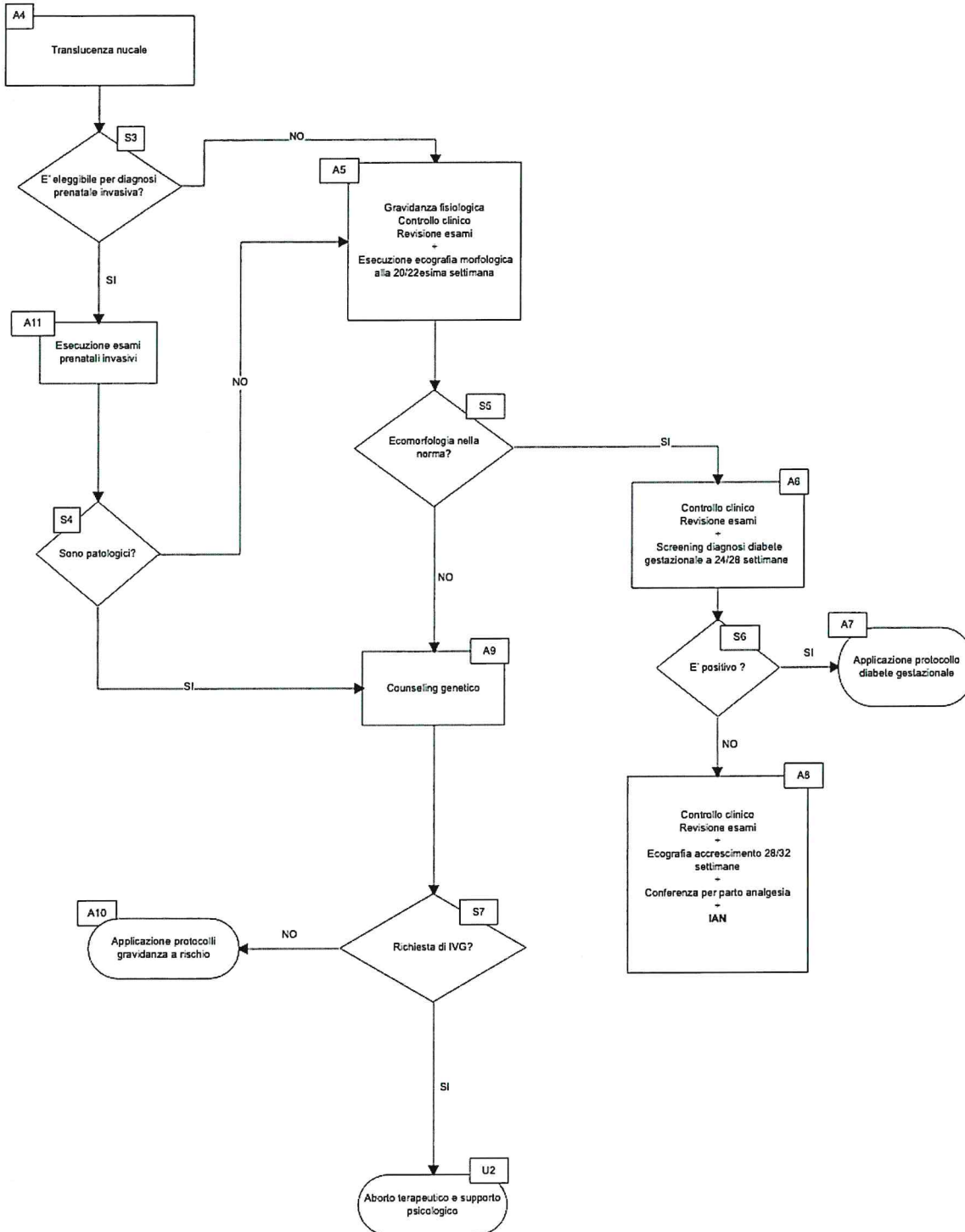
5. IL RAGIONAMENTO CLINICO

Viene sinteticamente descritto in sequenza, tramite Flow Chart, senza vincoli di luogo (regime o reparto) o tempo di ciò che deve essere fatto (iter diagnostico terapeutico). I contenuti sono Azioni e Snodi decisionali.

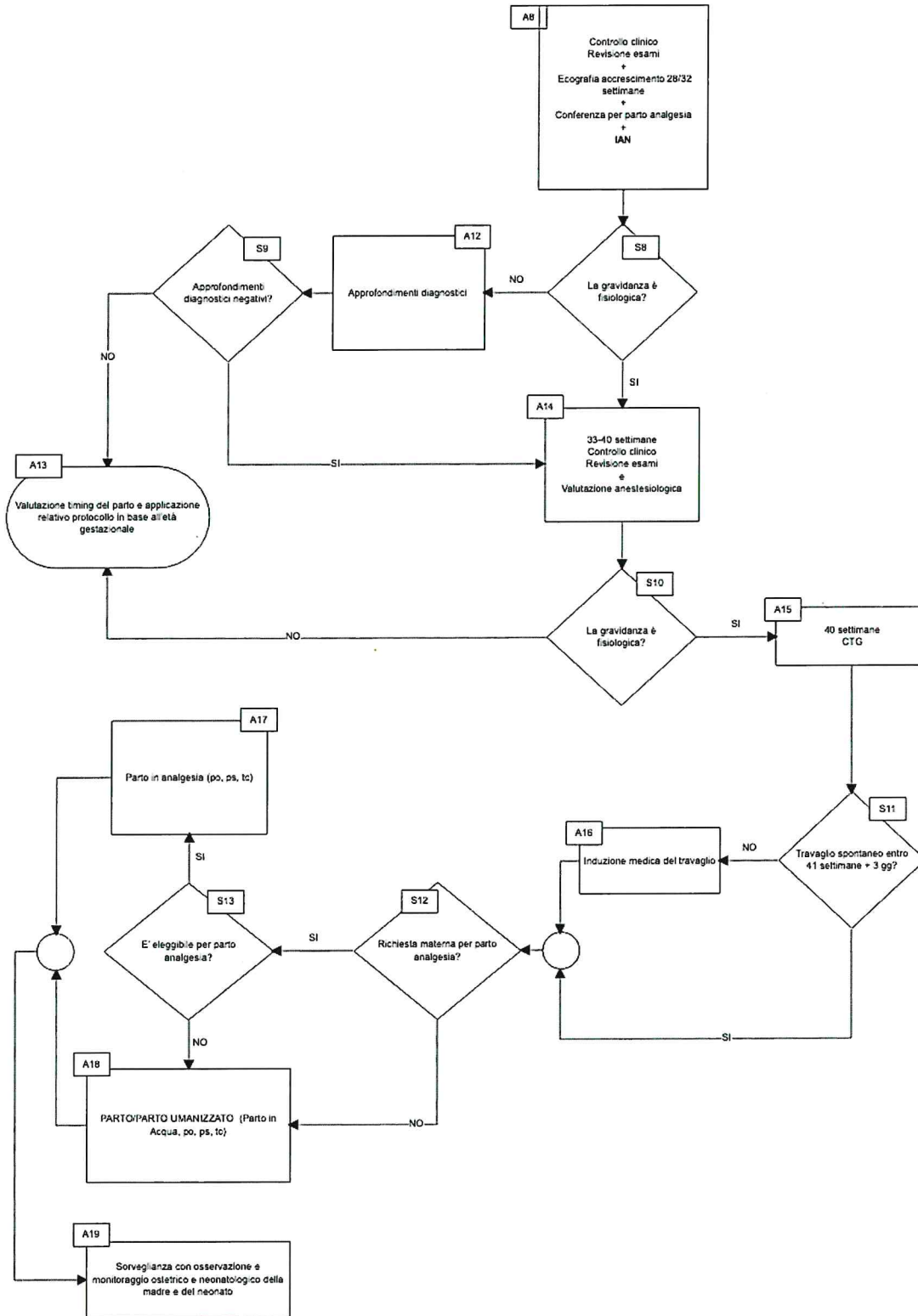
5.1 FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO



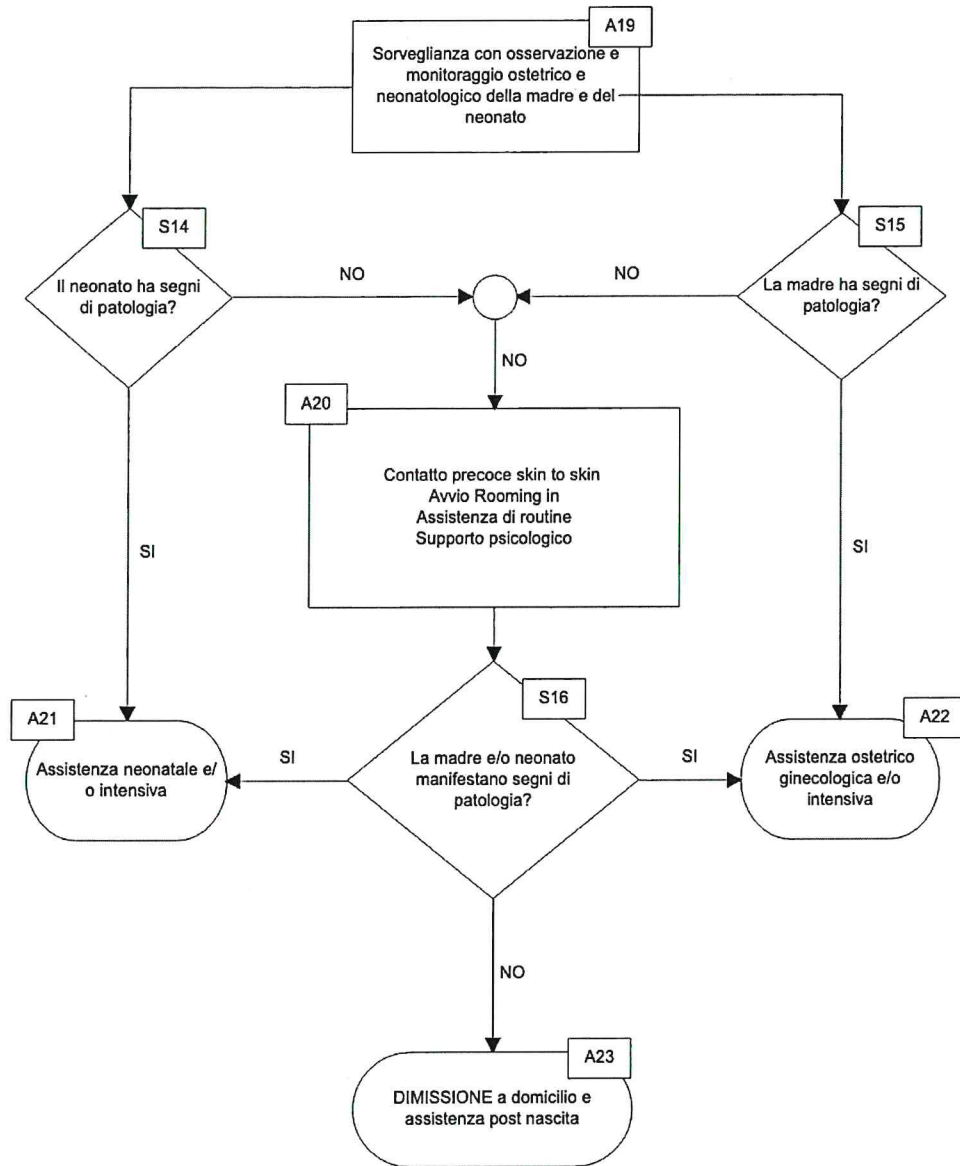
[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]



[Handwritten signature]

5.2 LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO

COD.	ATTIVITA'/SNODO	DESCRIZIONE
A1	DONNA CON TEST DI GRAVIDANZA POSITIVO	La donna riferisce test di gravidanza positivo eseguito autonomamente a domicilio
A2	APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO	La donna esegue dosaggio di Beta hCG plasmatico e/o eventuale controllo ecografico.
S1	È CONFERMATA LA GRAVIDANZA?	
U1	ESCE DAL PERCORSO	<p>La paziente esce dal percorso perché il test di gravidanza era un falso positivo o perché la gravidanza si è interrotta spontaneamente nelle prime settimane come per gravidanza biochimica o aborto precoce.</p> <p>In considerazione del forte impatto emotivo che tale evento suscita nella donna, viene ad essa proposto un percorso di supporto psicologico. Qualora la donna fosse propensa ad intraprendere tale percorso presso il Servizio Consultoriale di riferimento e, previa firma del Consenso Informato sulla Privacy, si procederà con un'accurata raccolta dei dati ed un'approfondita anamnesi psicologica (<i>All. PN_NU_001</i>)</p>
A3	PRESA IN CARICO CONTROLLO CLINICO PRESCRIZIONE ESAMI	<p>Il primo incontro dovrebbe avvenire possibilmente entro le 10 settimane e comunque non oltre la 13° settimana.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Accoglienza e presentazione dei servizi territoriali ● Compilazione della cartella clinica ● Anamnesi personale e familiare con particolare riguardo alla ricognizione dei fattori di rischio indicati nella "<i>Scheda Regionale di Valutazione del Rischio Ostetrico</i>" (<i>All. PN_NU_002</i>) e stratificazione del rischio ● Esame clinico generale con rilevazione del peso e della PA ● Visita ostetrica ● Controllo degli eventuali esami eseguiti dalla paziente in epoca preconcezionale e prescrizione degli esami del primo trimestre così come da decreto

ministeriale e in accordo con le raccomandazioni delle società scientifiche nazionali

- Esaustivo counseling e presentazione degli esami di screening prenatale (Translucenza nucale e Bitest, eventuale consulenza genetica, se indicato villocentesi ed amniocentesi, se indicato NIPT) e prescrizione della Translucenza nucale
- Prescrizione di ulteriori esami diagnostici se ritenuti necessari dallo specialista
- Prescrizione di ulteriori terapie complementari se ritenute necessarie dallo specialista
- Educazione sanitaria con promozione di uno stile di vita sano e coerente con la gravidanza e con particolare riguardo alla prevenzione dell'infezione da Toxoplasma e altri patogeni in gravidanza ed al contrasto dell'utilizzo di sostanze d' abuso (Alcol, droghe e fumo di sigaretta)
- Prescrizione dell'ACIDO FOLICO
- Programmazione del successivo controllo (la paziente eseguirà controllo clinico con valutazione e prescrizione degli esami ed aggiornamento della cartella ogni 4-5 settimane).
- Supporto psicologico: al fine di indagare e rilevare eventuali sintomi di disagio psichico è prevista la somministrazione di alcuni dei test contenuti nella Scheda di Screening: (All.PN_NU_003)
 - Test "MGMQ" (valutazione generica dell'umore);
 - Test "WHOOLEY" e "GAD 2" (valutazione presenza di sintomatologia ansiosa);

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Test “BDI-II” e “E.P.D.S.” (valutazione presenza di sintomatologia depressiva); ○ Test “P.A.I.” (valutazione attaccamento prenatale). <p>Qualora emergessero punteggi significativi nei Test somministrati, la donna verrà invitata ad intraprendere un percorso di supporto psicologico ed inviata presso la sede del Servizio Consultoriale di riferimento.</p>
S2	LA GRAVIDANZA PROCEDE?	
A4	TRANSLUCENZA NUCALE	<p>La translucenza nucale è un esame ecografico che si esegue tra la 11° settimana + 0 e la 13° settimana + 6 giorni e rappresenta un test di screening volto ad identificare il rischio di cromosomopatie e l'aumentata probabilità di sviluppare malattie scheletriche o cardiache.</p> <p>In presenza di rischio aumentato (cut off 1:250) alla paziente vengono raccomandati consulenza genetica, esami di diagnosi prenatale invasiva e quant' altro necessario.</p> <p>Spesso alla translucenza nucale viene associato il cosiddetto “Bitest”, ovvero un prelievo di sangue con dosaggio di free Beta hCG e PAPP-A che contribuisce alla definizione del calcolo del rischio (rischio combinato).</p>
S3	È ELEGGIBILE PER DIAGNOSI PRENATALE INVASIVA?	
A5	14-23 SETTIMANE GRAVIDANZA FISIOLOGICA CONTROLLO CLINICO REVISIONE ESAMI ESECUZIONE ECOGRAFIA MORFOLOGICA ALLA 20/22ESIMA SETTIMANA	<ul style="list-style-type: none"> ● Accoglienza e valutazione dello stato di benessere generale ● Esame clinico con rilevazione del peso e della PA ● Visita Ostetrica ● Controllo degli esami eseguiti ● Prescrizione degli esami successivi così come da decreto ministeriale e in accordo con le raccomandazioni delle società scientifiche nazionali ● Prescrizione dell'ecografia di screening del II trimestre (ecografia morfologica)

		<p>con particolare counseling dedicato ad illustrare le finalità e gli obiettivi dell'esame e la sua importanza nell'ambito del percorso gravidanzaa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ecografia di screening del II trimestre (ecografia morfologica) • In presenza di specifici fattori di rischio prescrizione della curva da carico orale di Glucosio che potrà essere anticipata alla 16°-18° settimana • Prescrizione di ulteriori esami diagnostici se ritenuti necessari dallo specialista • Prescrizione di eventuali terapie se ritenute necessarie dallo specialista • Programmazione del controllo successivo
S5	ECOMORFOLOGIA NELLA NORMA?	
A6	<p>24 – 27 SETTIMANE</p> <p>CONTROLLO CLINICO</p> <p>REVISIONE ESAMI</p> <p>SCREENING DIAGNOSI DIABETE GESTAZIONALE A 24/28 SETTIMANE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Accoglienza e valutazione dello stato di benessere generale • Esame clinico con rilevazione del peso e della PA • Visita Ostetrica • Controllo degli esami eseguiti • Prescrizione degli esami successivi così come da decreto ministeriale e in accordo con le raccomandazioni delle società scientifiche nazionali • Se indicato OGTT • Prescrizione di ulteriori esami diagnostici se ritenuti necessari dallo specialista • Prescrizione di eventuali terapie se ritenute necessarie dallo specialista • Programmazione del controllo successivo • Presentazione e promozione dei servizi aziendali per il sostegno e il supporto della gravidanzaa e della genitorialità con particolare riguardo all' avvio verso i

		<p><u>IAN</u> (Incontri di Accompagnamento alla Nascita) (<i>All.PN_NU_004</i>)</p> <p><u>N.B. In qualsiasi momento della gravidanza in cui si riscontrino patologie fetali che richiedano assistenza ultra specialistica alla nascita (cardiochirurgica, chirurgica, internistica ecc) necessita l'invio della gravida in struttura ospedaliera idonea.</u></p>
S6	È POSITIVO?	
A7	APPLICAZIONE PROTOCOLLO DIABETE GESTAZIONALE	<p>Qualora la curva da carico orale di glucosio conducesse alla diagnosi di diabete gestazionale la paziente dovrà eseguire consulenza diabetologica in tempi congrui e verrà inserita nel percorso sul diabete gestazionale già strutturato e validato a livello aziendale per i controlli supplementari del caso.</p> <p>Protocollo per la gestione del diabete gestazionale e pregravidico (<i>All. PN_NU_005</i>)</p>
A8	<p>28 – 32 SETTIMANE</p> <p>CONTROLLO CLINICO REVISIONE ESAMI</p> <p>ECOGRAFIA ACCRESCIMENTO 28/32 SETTIMANE</p> <p>CONFERENZA PER PARTO ANALGESIA</p> <p>IAN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Accoglienza e valutazione dello stato di benessere generale ● Esame clinico con rilevazione del peso e della PA ● Visita Ostetrica ● Controllo degli esami eseguiti con particolare riguardo alla valutazione dei risultati dell'OGTT. ● Prescrizione degli esami successivi così come da decreto ministeriale e in accordo con le raccomandazioni delle società scientifiche nazionali ● Ecografia ostetrica per accrescimento ● Prescrizione di ulteriori esami diagnostici se ritenuti necessari dallo specialista ● Prescrizione di eventuali terapie se ritenute necessarie dallo specialista ● Programmazione del controllo successivo ● Presentazione e promozione dei servizi aziendali per il sostegno e il supporto

		<p>della gravidanza con particolare riguardo all' avvio verso la partecipazione alla Conferenza informativa sulla Parto Analgesia. Nel corso dell'incontro, vengono illustrati gli aspetti medici, tecnici e organizzativi della Parto-analgesia e viene data risposta a tutti i quesiti posti dai partecipanti sulle tecniche neuroassiali per il trattamento del dolore in travaglio di parto.</p> <p>L'invito è rivolto alle Gestanti insieme ai rispettivi Partners, aperto a chiunque desideri partecipare. Nonostante la partecipazione all'incontro sia libera e non richieda alcuna prenotazione, essa viene considerata indispensabile per chi desidera usufruire delle tecniche anestesiolgiche, garantendo in questo modo una più matura consapevolezza nella scelta di vivere l'esperienza del travaglio di parto in analgesia.</p> <p>In questo stesso incontro si tiene una sessione informativa Pediatrico – Neonatologica sulla promozione e sostegno all'allattamento al seno e sulle modalità organizzativo-assistenziali del neonato nel presidio.</p>
A9	COUNSELING GENETICO	<p>In particolare in quest' epoca gestazionale potrebbero essere diagnosticati problemi di natura malformativa (ecografia morfologica); in questo caso alla paziente verrà dedicato uno specifico counseling e la stessa verrà indirizzata verso centri di riferimento di II livello per gli approfondimenti del caso (ecografia di II livello, eventuale consulenza genetica, eventuali esami di diagnosi prenatale invasiva e quant' altro necessario).</p> <p>Qualora invece gli esami di diagnosi prenatale invasiva avessero dato esito positivo per</p>

		patologia, alla paziente dovrà essere dedicato un counseling specifico per valutare l'eventuale prosecuzione della gravidanza e il percorso diagnostico dedicato.
S7	RICHIESTA DI IVG?	Consulenza psicologica Al fine di valutare il livello di consapevolezza sulla difficile decisione da prendere ed evitare possibili futuri disagi, quali conseguenze del senso di colpa, si prospetta la possibilità di usufruire del supporto psicologico. Si valuta l'opportunità di coinvolgere il compagno – marito in un colloquio di coppia.
U2	ABORTO TERAPEUTICO E SUPPORTO PSICOLOGICO	Qualora si manifestassero determinate condizioni e la paziente ne facesse richiesta si dovrà valutare la possibilità di interruzione volontaria della gravidanza (IVG) ai sensi della legge 194/78. La paziente verrà inviata presso le strutture ospedaliere accreditate per le procedure del caso. Supporto psicologico Prevenzione della Sindrome Post-Abortiva "S.P.A" e Disturbo Post Traumatico da Stress "P.T.S.D."; Protocollo "CIAO LAPO" (www.ciaolapo.it); Percorso di Elaborazione del Lutto. Durante la degenza la donna/la coppia viene informata sulle procedure inerenti il percorso di accompagnamento nell'elaborazione del lutto con la creazione della "Memory Box" prevista dal protocollo "Ciao Lapo".
A10	APPLICAZIONE PROTOCOLLI GRAVIDANZA A RISCHIO	I protocolli per l'assistenza della gravidanza ad alto rischio devono essere strutturati in maniera "sartoriale" per ogni singolo caso; l'esito di ogni singolo esame determina la programmazione dei controlli successivi anche in tempi strettissimi. Se necessario la paziente viene ricoverata per monitoraggi ripetuti nell'ambito della stessa giornata.

A11	ESECUZIONE ESAMI PRENATALI INVASIVI	In particolare in quest'epoca gestazionale potrebbero manifestarsi particolari condizioni di rischio per patologia cromosomica (Translucenza nucale e Bitest) o Beta Talassemia; in questo caso la paziente verrà inviata presso centro di riferimento di II livello per gli approfondimenti del caso (consulenza genetica, eventuale diagnosi prenatale invasiva con villo centesi o amniocentesi e quant'altro fosse necessario).
S4	SONO PATOLOGICI?	
S8	LA GRAVIDANZA È FISIOLÓGICA?	
A12	APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI	Qualora i controlli clinici, laboratoristici e strumentali evidenzino particolari condizioni diagnostiche o di rischio la paziente esce dal percorso della gravidanza fisiologica o a basso rischio e viene indirizzata verso percorsi di approfondimento dedicati e specifici per il singolo caso. In particolare in quest'epoca gestazionale potrebbero essere diagnosticate alterazioni della crescita fetale (ecografia di accrescimento) quali iposviluppo, ritardo e arresto di crescita o alterazioni flussimetriche; in questo caso la paziente dovrà essere inserita in un percorso personalizzato con controlli ecografici seriati, eventuale cardiotocografia precoce di supporto e quant'altro fosse necessario.
S9	APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI NEGATIVI?	
A13	VALUTAZIONE TIMING DEL PARTO E APPLICAZIONE RELATIVO PROTOCOLLO IN BASE ALL'ETA' GESTAZIONALE	Il parto pretermine rappresenta una condizione clinica patologica dell'ostetricia di enorme rilevanza. Sono da distinguere due diverse condizioni, definibili come parto pretermine (PPT) a insorgenza spontanea e nascita pretermine indotta (iatrogena) per una condizione patologica materno fetale (condizioni ipertensive, infezioni,

		dismetabolismi, eventi trombo embolici, IUGR con alterazioni emodinamiche corionamniotite) in relazione all'età gestazionale e al benessere fetale.
A14	33-40 SETTIMANE CONTROLLO CLINICO REVISIONE ESAMI VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA	<ul style="list-style-type: none"> ● Accoglienza e valutazione dello stato di benessere generale ● Esame clinico con rilevazione del peso e della PA ● Visita Ostetrica ● Controllo degli esami eseguiti ● Prescrizione degli esami successivi così come da decreto ministeriale e in accordo con le raccomandazioni delle società scientifiche nazionali ● Prescrizione di ulteriori esami diagnostici se ritenuti necessari dallo specialista ● Prescrizione di eventuali terapie se ritenute necessarie dallo specialista ● Esaustivo counseling ed avvio della paziente al programma di pre-ospedalizzazione. ● Presentazione e promozione dei servizi aziendali per il sostegno e il supporto della genitorialità con particolare riguardo all'informazione sull'<u>assistenza pediatrica e le cure neonatali e sulle possibilità di accedere ai servizi per il sostegno e il supporto fattivo dell'allattamento al seno.</u> ● Presa in carico dal Punto Nascita e pre-ospedalizzazione: a partire dalla 37° settimana + 1 giorno la paziente viene ricevuta presso il reparto di ostetricia (previa programmazione) dove eseguirà prelievo per esami ematochimici, ECG, tampone vagino-rettale per la prevenzione dell'infezione da Streptococco e consulenza anestesiologicala.

- Esaustivo counseling per la presentazione dei servizi di accoglienza e cura ospedalieri che accompagneranno la donna nelle ultime settimane di gravidanza, al parto e nel primo puerperio.
- Programmazione dei controlli successivi: in particolare in quest'epoca gestazionale dovrà essere posta particolare attenzione alla ricognizione di nuovi fattori di rischio emergenti che possano richiedere l'avvio verso monitoraggio o ricovero ospedaliero anticipato e la programmazione di un timing anticipato del parto.

Visita Anestesiologica: lo scopo della Visita Anestesiologica Pre - Parto è la valutazione della paziente e delle sue condizioni cliniche di base, dell'evoluzione della gravidanza e dei rischi connessi ad essa, per poter garantire la massima sicurezza materno – fetale nel delicato periodo del peripartum.

Qualora non precedentemente informata verrà fornita alla gestante descrizione delle tecniche anestesiologiche di gestione del dolore in travaglio di parto insieme alle sue controindicazioni / possibili complicanze e valutati esami e documentazione clinica personale con eventuale richiesta di ulteriori accertamenti clinici in base alle necessità del caso.

La Visita Anestesiologica può essere eseguita in qualsiasi epoca della gravidanza sotto giudizio del ginecologo curante in base alla normativa vigente sui LEA.

Nel contesto di una gravidanza ad evoluzione fisiologica la Gestante esegue visita anestesiologica a 37 settimane o in tutti i casi in cui l'evoluzione della gravidanza configuri

		<p>caratteri di patologia.</p> <p>In qualsiasi settimana di gravidanza fino al parto e inderogabilmente prima dell'utilizzo di tecniche di induzione farmacologica del travaglio di parto, sarà verificata la presenza in cartella clinica di visita anestesiológica eseguita dalla gestante e in caso contrario sarà tempestiva la sua esecuzione.</p> <p>In casi eccezionali, considerata l'imprevedibilità intrinseca della gravidanza, la compilazione della cartella e la firma del consenso informato per parto in analgesia possono essere acquisiti nella fase iniziale del travaglio su giudizio dell'anestesista e purché sussistano le condizioni cliniche e psicologiche adatte.</p> <p>Durante la visita anestesiológica verrà compilata la cartella clinica di anestesia ostetrica in uso presso l'UO, con assegnazione di classe di rischio e firma del consenso informato alle procedure anestesiológicas per il trattamento del dolore in travaglio di parto e di anestesia per Taglio Cesareo e consenso per trasfusione di sangue ed emoderivati</p>
S10	LA GRAVIDANZA È FISIOLÓGICA?	
A15	40 SETTIMANE: CTG	<p>Nel caso di gravidanza a basso rischio, a 40 settimane, nell'ambulatorio CTG si provvede a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • eseguire nuova visita ostetrica, con controllo del peso, della pressione e degli esiti degli esami precedentemente prescritti • programmare il calendario dei tracciati cardiotocografici a partire dalla 40a settimana, salvo diverse indicazioni rivenienti dalla presenza di rischi materno-fetali • informare la gravida circa: la modalità

		<p>di riconoscimento dei segni di travaglio o delle condizioni che richiedono un ricovero urgente, l'iter ospedaliero da seguire durante il parto e il puerperio o assistenza territoriale dopo il parto, l'allattamento al seno.</p> <p>Si raccomanda l'esecuzione delle seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Monitoraggio delle condizioni di salute materna e fetale mediante cardiotocografia ed ecografia ● Valutazione dell'eventuale insorgenza di condizioni di rischio materno o fetale ● Informazione su modalità e tempi di accesso al reparto al momento del ricovero per il travaglio di parto ● Spiegazione e valutazione delle possibili modalità di espletamento del parto, da effettuarsi in condivisione con l'ostetrica e/o i medici e tenuto conto delle esigenze espresse dalla donna ● Consenso scritto sulle opzioni di espletamento del parto condivise ● Eventuale attivazione del servizio di Psicologia e/o dei Servizi Sociali tramite richiesta di consulenza. In assenza di travaglio attivo e di sintomi sospetti, ogni controllo si conclude con la programmazione del controllo successivo, ad intervalli da definirsi in base al caso specifico e fino all'espletamento del parto.
S11	TRAVAGLIO SPONTANEO ENTRO 41 SETTIMANE + 3 GG?	<p>A 40 settimane se non ancora espletato il parto si raccomanda la valutazione CTG + liquido amniotico.</p> <p>Se il CTG risulta regolare e con AFI tra 5-20 cm la donna ripete il controllo ogni 48 h fino a 41w+3d, se non ancora insorto il travaglio si programma induzione farmacologica del</p>

		<p>travaglio per gravidanza protratta.</p> <p>Se i controlli risultano alterati si anticipa l'induzione del travaglio o espletamento del parto.</p> <p>Il travaglio rappresenta una delle fasi più delicate ed importanti del percorso nascita e richiede pertanto un modello di assistenza personalizzato ed umanizzato, volto a garantire il benessere psico-fisico della donna e del neonato evitando, laddove possibile, distacchi traumatici dall'ambiente familiare.</p> <p>A qualsiasi donna che giunge al punto nascita all'espletamento del parto è garantito il diritto di parto in anonimato, ai sensi del DPR 396/2000, art.30, comma 2 (All. PN_NU_006)</p>
A16	INDUZIONE MEDICA AL TRAVAGLIO	<p>In caso di gravidanza protratta a 41w+3d si procede a ricovero programmato per induzione medica del travaglio ed espletamento del parto.</p> <p>Previa firma del consenso informato si procede all'induzione medica del travaglio di parto con diverse modalità a seconda della parità e delle condizioni del collo dell'utero.</p>
S12	RICHIESTA MATERNA PER PARTO ANALGESIA?	<p>In assenza di controindicazioni la richiesta materna è indicazione medica sufficiente ad iniziare analgesia in travaglio di parto.</p> <p>Per l'avvio della partoanalgesia con tecniche neuroassiali (epidurale o combinata spinale-epidurale) non è necessario raggiungere una determinata dilatazione cervicale ma è sufficiente che il travaglio sia avviato e può essere eseguita solo previo consenso scritto ginecologico in cartella clinica ostetrica insieme all'andamento del travaglio.</p> <p>In presenza di travaglio di parto, a seguito della richiesta della donna ad usufruire di tecniche</p>

		<p>neuroassiali per il controllo del dolore e in assenza di controindicazioni materno- fetali all'espletamento del parto per via vaginale, si avvia la partoanalgesia.</p>
S13	E' ELEGGIBILE PER PARTO ANALGESIA?	<p>La richiesta della donna è subordinata all'esecuzione della consulenza anestesiológica e firma del consenso informato.</p> <p>Al momento del travaglio di parto il consenso della donna viene confermato verbalmente all'atto della richiesta di partoanalgesia.</p> <p>La valutazione degli esami ematochimici nei ranges compatibili con la gravidanza, l'assenza o timing di sospensione adeguato di terapie a base di farmaci con azione su emostasi e funzione piastrinica, ECG, cartella clinica e anestesiológica della paziente, precede sempre il posizionamento del catetere peridurale.</p> <p>La presenza di dilatazione cervicale completa in assenza di premito nella fase di transizione o nella seconda fase del travaglio non preclude l'eleggibilità alla tecnica, informando però la paziente che il controllo del dolore può non essere ottimale avviando la partoanalgesia nelle fasi avanzate del travaglio di parto rispetto alle sue fasi più precoci.</p>
A17	PARTO IN ANALGESIA	<p>L'analgesia locoregionale perimidollare, con le sue differenti metodiche (epidurale, combinata epidurale/spinale) è considerata il metodo più efficace e sicuro per combattere il dolore del travaglio e del parto.</p> <p>Questa tecnica, proprio per la sua modulabilità e flessibilità, concede la possibilità di adeguarsi non solo alle diverse fasi del travaglio, ma alla donna stessa, alle sue caratteristiche e alle sue aspettative, permettendo di ottenere un'analgesia ottimale e pienamente soddisfacente, nel rispetto dell'andamento fisiologico del parto in cui la deambulazione è</p>

		<p>garantita così come l'assunzione di posizioni libere durante tutte le varie fasi del travaglio.</p> <p>Il dolore del parto infatti di per sé può assumere effetti negativi quando sia molto intenso e prolungato, tanto che esistono delle situazioni abbastanza precise che possono essere considerate delle vere e proprie indicazioni all'analgesia epidurale. In particolare quest'ultima assume un ruolo importante quando si presentano le seguenti condizioni: ipertensione indotta dalla gravidanza, prematurità, ritardo della crescita intrauterina, travaglio prolungato, contrattilità uterina non coordinata, travaglio indotto, pregresso taglio cesareo, malattie cardiache, respiratorie o neurologiche e il diabete mellito della madre.</p> <p>L'analgesia epidurale è ad oggi non solo un'opzione terapeutica in determinate circostanze, ma una libera scelta della donna, che vuole vivere il momento probabilmente più importante della sua vita con piena partecipazione, coinvolgimento e serenità.</p> <p>Il catetere epidurale posizionato precocemente in travaglio di parto costituisce oggi criterio fondamentale di sicurezza nel prevenire complicanze materno – fetali in corso di taglio cesareo in emergenza nel periodo peripartum.</p>
A18	PARTO/PARTO UMANIZZATO	<p>Parto ed eventuale donazione di sangue cordonale.</p> <p>Nel parto fisiologico l'ostetrica è l'operatore professionale responsabile dell'evento nascita.</p> <p>Si raccomanda di seguire le linee guida OMS sulle cure intrapartali per garantire un'assistenza positiva del parto (All. PN_NU_007).</p>

A19	SORVEGLIANZA CON OSSERVAZIONE E MONITORAGGIO OSTETRICO E NEONATOLOGICO DELLA MADRE E DEL NEONATO VALUTAZIONE DISAGIO PSICOLOGICO	<p>Inizio sorveglianza e monitoraggio ostetrico e neonatologico di madre e neonato.</p> <p>Valutazione disagio psicologico</p> <p>Consulenza psicologica: se rilevati segnali di disagio da parte del personale.</p>
S14	IL NEONATO HA SEGNI DI PATOLOGIA?	<p>Si definisce Fisiologico il neonato che presenta le seguenti caratteristiche:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prenatali: <ol style="list-style-type: none"> a. Epoca gestazionale >37 settimane e < di 42 b. Feto singolo presentazione cefalica c. Peso previsto >2500g<4000 g d. Assenza di patologia fetale nota e. Travaglio insorto spontaneamente o indotto f. Liquido amniotico limpido g. Rottura delle membrane <18 ore h. Placenta normalmente inserita i. Assenza di patologia materna che controindica il parto vaginale j. Assenza di sofferenza fetale da diagnosi al TCTG k. Parto vaginale 2. Neonatali <ol style="list-style-type: none"> a. Età gestazionale adeguata b. Assenza di malformazioni evidenti c. APGAR al 5°min? > di 7 qualora non siano state praticate manovre rianimatorie d. Peso appropriato per l'età gestazionale 3. Se è a termine, respira bene o piange, può essere avviato al contatto precoce con la madre

S15	LA MADRE HA SEGNI DI PATOLOGIA?	<p>Le urgenze cliniche che si possono presentare al momento del travaglio e del parto hanno caratteristiche tali da essere considerate spesso imprevedibili e necessitano di percorsi appropriati e personalizzati.</p>
A20	CONTATTO PRECOCE SKIN TO SKIN AVVIO ROOMING IN ASISTENZA DI ROUTINE SUPPORTO PSICOLOGICO	<p>Il Neonato che subito dopo la nascita è a termine, respira bene e /o piange, e ha un buon tono muscolare può avviare il contatto precoce materno. Durante la fase dell'avvio del contatto precoce (Bonding, Skin to skin) il neonato, identificato con numero progressivo con apposito braccialetto, viene asciugato, liberate le prime vie aeree se necessario, e posto a contatto con la madre, se d'accordo e in condizioni cliniche idonee, a contatto pelle a pelle, coperto con dei panni caldi, sorvegliandolo in modo che sia nella corretta posizione, con le vie aeree libere e che abbia i normali parametri di monitoraggio valutati come indicato nell'allegata scheda di prevenzione della supc da compilarsi secondo le modalità ivi indicate e già in uso nei reparti (<i>All. PN_NU_008</i> prot. NP/2020/14048).</p> <p>Terminata la fase del contatto precoce, o prima su indicazione clinica motivata, il neonato fisiologico viene portato al Nido dove verrà avviata l'assistenza di routine compresa la profilassi antiemorragica e oculare, il rilievo dei parametri antropometrici, etc.</p> <p>La visita pediatrica viene eseguita dopo la nascita del piccolo quanto prima, non oltre le 12 ore, e immediatamente su chiamata e/o segnalazione di problemi eventuali. La prima visita comprende il sondaggio delle coane e dell'esofago. La valutazione del neonato avviene anche almeno 1 volta per turno. Al fine di promuovere e sostenere l'allattamento al seno alle madri che lo desiderano e che sono in</p>

condizioni cliniche idonee viene offerta la possibilità di tenere il neonato in stanza, in apposita culletta, 24 ore su 24 con supporto e assistenza ostetrico- neonatologica fatte salve le interruzioni per la visita neonatologica ed eventuali diverse necessità assistenziali.

Supporto psicologico - valutazione disagio psicologico.

Prima della dimissione dal Reparto, la donna, viene invitata a partecipare alla presentazione del Progetto "Mamme Felici". Le donne vengono riunite in piccoli gruppi, all'interno delle loro stanze di degenza, e si affrontano tematiche inerenti la prevenzione della depressione Post-Partum e gli stati d'animo – sensazioni che caratterizzano il momento. Dopo la presentazione, alle donne viene consegnato l'opuscolo che riassume le fasi principali del Post-Partum e alle stesse viene proposta la compilazione del Test "E.P.D.S. I°PROVA", che consente di valutare la presenza di eventuali sintomi di disagio) accompagnato dal Modulo di Consenso sulla Privacy. Qualora emergesse, dallo stesso test, un punteggio elevato (maggiore di 12) la donna viene inviata presso il Servizio Territoriale di riferimento.

Dopo 45 giorni, tutte le donne che sono state coinvolte nel progetto ed hanno partecipato alla prima valutazione, riceveranno presso il proprio domicilio la seconda prova prevista dal percorso "Mamme Felici".

Per le donne che raggiungono un punteggio entro la norma (inferiore a 12) il progetto si conclude. Qualora, invece, dalla seconda prova si rilevi un punteggio \geq a 12 la donna viene contattata, informata di quanto emerso dal Test ed invitata ad intraprendere un percorso di supporto psicologico presso il Servizio Consultoriale di riferimento, al fine di prevenire e contrastare l'insorgenza della Depressione Post-Partum, e favorire il raggiungimento di benessere della

		<p>donna, del nascituro e dell'intero nucleo familiare. <i>(All. PN_NU_009)</i></p>
S16	LA MADRE E/O NEONATO MANIFESTANO SEGNI DI PATOLOGIA?	<p>Qualsiasi alterazione del malessere materno e/o fetale con segni di patologia segue approfondimenti diagnostici appropriati.</p>
A21	ASSISTENZA NEONATALE E/O INTENSIVA	<p>Il neonato che necessita di assistenza neonatologica/intensiva o di manovre rianimatorie viene assistito, secondo le indicazioni attualizzate delle linee Guida AAP-AHA 2020 (American Academy of Pediatrics- American Heart Association 2020. Neonatal Resuscitation 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary resuscitation and Emergency Cardiovascular Care). stabilizzato e avviato al percorso successivo in base alle caratteristiche cliniche.</p> <p>Supporto psicologico Alla donna viene garantito il supporto psicologico nella gestione dello stress e dell'ansia quali conseguenze del ricovero del neonato c/o neonatologia – Terapia Intensiva durante la sua degenza. Alla dimissione, se necessario, verrà inviata presso il Servizio Territoriale di riferimento.</p>
A22	ASSISTENZA OSTETRICO GINECOLOGICA E/O INTENSIVA	<p>Durante il puerperio è necessario effettuare controlli ostetrici seriati al fine di sorvegliare il benessere materno. Le complicanze puerperali possono evolvere in quadri clinici altamente complessi che richiedono assistenza e cure intensive (HELLP, EPH, Emorragia post partum e/o postoperatoria, SEU..).</p> <p>È necessario un approccio specialistico e multidisciplinare che individui precocemente le cause della complicanza puerperale al fine di programmare interventi e cure appropriate e personalizzate.</p>

A23	DIMISSIONE DAL P.O. E ASSISTENZA POST NASCITA	La dimissione dal punto nascita rappresenta solo un momento del percorso, strettamente collegata con il “prima” (gravidanza-parto) e il “dopo” (puerperio), percorso che prende avvio al primo contatto della gestante con l’ostetrica del consultorio, fino alla presa in carico del neonato e della puerpera da parte del pediatra di famiglia, dell’ostetrica del consultorio e degli altri servizi territoriali (<i>All. L'accoglienza del neonato dopo la dimissione - PN_NU_010</i>)
------------	----------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6. LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO (da implementare in occasione del primo audit periodico)

- American Academy of Pediatrics: Safe and Healthy Beginnings: A resource toolkit for hospitals and physicians' offices. AAP 2009.
- Anniverno R., Bramante A., Petrilli G., Mencacci C., 2014. Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. Linee Guida per i professionisti della salute. "Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna" O.N.D.A.
- Beck A. T., Steer R. A., Brown G., 1996. Questionario BDI – II "Beck Depression Inventory – II". Adattamento italiano a cura di Ghisi M., Flebus G. B., Montano A., Sanavio E., Sica C.
- Benitz WA, FAAP, Committee on fetus and newborn: Hospital stay for healthy term newborn infants. Pediatrics 2015, 135 (5):948. www.pediatrics.org
- Bernstein HH et al.: Decision-making for postpartum discharge of 4300 mothers and their healthy infants: the life around newborn discharge study. Pediatrics 2007, 120(2). www.pediatrics.org/cgi/content/full/120/2/e391.
- Bramante A., 2014. Questionario "Anamnesi Psicologica".
- Cartabellotta A et al.: Diagnosi e terapia dell'incontinenza urinaria femminile. EVIDENCE 2014;6(3): e1000074. <http://www.evidence.it>
- Centro di documentazione della salute perinatale e riproduttiva. Saperidoc. <http://www.saperidoc.it>
- Cherchi G. - ARES Sardegna - ASSL Nuoro, 2006. Opuscolo del Progetto "Mamme Felici: prevenzione degli eventi critici del dopo parto (Baby Blues – Depressione post -natale)".
- Chief Nursing Officers of England, Northern Ireland, Scotland and Wales: Midwifery 2020: Delivery Expectations, 2010. <https://www.gov.uk>
- Ciao Lapo. Associazione Onlus, 2006. Ravaldi C., Vannaci A. Linee Guida. Ricerca, tutela e salute perinatale.
- Cox J. L., Olden K., Sagowsky R., 1987. Questionario E.P.D.S "Edinburgh Postnatal Depression Scale". Versione italiana a cura di Carpiniello B., Pariante C. M., Serri F., Costa G., Carta M. G., 1997.
- Davanzo R et al.: Allattamento al seno ed uso del latte materno/umano. 2015 Position Statement di SIP, SIN, SICuPP, SIGENP, SIMP. <http://www.salute.gov.it>
- Dimissione del neonato: documento della task force della SIN. <https://www.acp.it/wp->

content/uploads/Quaderni-acp-2017_244-PE_d1.pdf

- Goldenberg D., 1972. Questionario GHQ12. “General Health Questionnaire”. Versione italiana a cura di Fraccaroli F., 2002.
- Haran C et al.: Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care. A systematic review. *BMC Pregnancy and Children* 2014, 14:51. <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/14/51>.
- Institute of Medicine. Guidelines for clinical practice: From Develoepement to Use. Washington DC, National Accademic, 1992
- Istituto Superiore di Sanità, 2017. Italian Perinatal Surveillance System – SPiOSS. Progetto pilota coordinato dall’ISS in collaborazione con le Regioni di Lombardia, Toscana e Sicilia.
- Legge n. 7/2006: Disposizioni concernenti la prevenzione e il divieto delle pratiche di mutilazione genitale femminile (Legge Consolo). <http://www.camera.it>
- Linee Guida AAP-AHA 2020 (American Academy of Pediatrics- American Heart Association 2020. Neonatal Resuscitation 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary resuscitation and Emergency Cardiovascular Care)
- Lolli, Lusignani, Silvestro, 1987
- Management dell’emergenza urgenza intraospedaliera – Linee Guida ILCOR – ERC, 2010
- Matthey S. et al., 2013. MGMQ Domanda generica sull’umore. Versione italiana a cura di Della Vedova A. M., 2014.
- Muller M. E., 1993. Questionario P.A.I. “Prenatal Attachment Inventory”.
- NICE clinical guideline <https://www.nice.org.uk>
- NICE: Postnatal care up to 8 weeks after birth Febbraio 2016.
- Pieri D., Ravaldi C., 2007. L’aborto come evento di vita nella coppia. In “Quello che resta: parlare dell’aborto, partendo dall’aborto”. Editrice Vita nuova, Verona.
- Practice guidelines for Obstetric Anesthesia: report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetric Anesthesia and Perinatology. *Anesthesiology* 2016.
- Raccomandazioni per l’assistenza alla madre in puerperio e al neonato. Documento approvato

da ACP, SIN, SIP, FIMP, SIPPS, SIMP, Società Europea di Medicina perinatale, SIGO, AOGOI, ANDRIA, SIPPO, Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche, Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio, SOI, Federazione Nazionale Collegi IPASVI. *Medico e Bambino* 2000, 1: 35-43.

- Ravaldi C., 2009. *Piccoli Principi. Perdere un bambino in gravidanza o dopo il parto.* Boopen Editore.
- Ravaldi C., 2016. *La morte in-attesa. Assistenza e sostegno psicologico nel lutto in gravidanza e dopo il parto.* Edizioni Officina Grafica.
- Ravaldi C., Mello G., Pontello V., Rimediotti L., Ricca V., Vannacci A, 2009. *Aspetti Psicologici della morte intrauterina. Ricerca, esperienze e protocolli di intervento.* Fascicolo 3, in *Psicobiettivo*, 2009.
- Ravaldi C., Torrini D., Biagini A., Lapi F., Ricca V., Vannacci A., 2009. *Vivere il lutto nella professione assistenziale: sequele post-traumatiche e rischio di burn-out negli operatori sanitari.* Fascicolo 3, *Psicobiettivo*, 2009.
- Ravaldi C., Vannacci A, 2009. *La gestione clinica del lutto perinatale. Strategie di intervento e Linee Guida Internazionali. "La care" in perinatologia, Vol. 3, Maggio 2009.*
- Spitzer R. L., Kroenke K., Williams J. B., Lowe B., 2006. *Questionario GAD2 "Generalized Anxiety Disorder Scale – 2 items".*
- Raskovalova T et al.: *Breastfeeding Assessment Score: Systematic Review and Meta-analysis.* *Pediatrics* 135, 5: e1276, 2015. <http://pediatrics.aappublications.org>
- Sandall J et al.: *Midwife-led continuity models of care compared with other models of care for women during pregnancy, birth and early parenting.* *Cochrane* 2016. <http://www.cochrane.org>
- WHO Department of Maternal, Newborn Child and Adolescent Health: *A handbook for Building Skills. Counselling for maternal and newborn health care.* 2013.
- WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience -2018
- WHO: WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/
- Whooley M. A. et al., 1997. *Questionario di Whooley.*
- Wieggers TA: *Adjusting to motherhood: maternity care assistance during the postpartum period: how to help new mothers cope.* *J. Neonat. Nurs.* 2006,

 ASLNuoro Azienda socio-sanitaria locale	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PERCORSO NASCITA	PDTA_NU_005
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	--------------------

12(5):1633. Abstract: <http://www.journalofneonatalnursing.com>

- Webb DA et al.: Postpartum physical symptoms in new mothers: their relationships to functional limitations and emotional well-being. Birth 2008, 35(3): 1794. Abstract: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>
- WHO: WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013. <http://www.who.int>
- Woodley SJ et al.: Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. COCHRANE Database System Rev. 2017. Abstract: <http://onlinelibrary.wiley.com>

 ASLNuoro Azienda socio-sanitaria locale	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PERCORSO NASCITA	PDTA_NU_005
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-------------

7. IL PERCORSO ORGANIZZATIVO (da definire in occasione del primo audit periodico)

7.1 FLOW-CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO

8. MONITORAGGIO E PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL PDTA (da definire in occasione del primo audit periodico)**8.1 INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO**

N.	Indicatore	Fonte	Periodicità	Standard atteso
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				

8.2 PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL PDTA

Entro la data del primo audit periodico, definire o revisionare:

ABBREVIAZIONI/ACRONIMI

DATI DI ATTIVITÀ

LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

PERCORSO ORGANIZZATIVO

INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO

Formazione:

- Implementazione “Progetto Punto Donna”

 ASL Nuoro Azienda socio-sanitaria locale	Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale PERCORSO NASCITA	PDTA_NU_005
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------	-------------

9. ALLEGATI

All. N.	Codice	Titolo descrittivo documento
1	PN_NU_001	Anamnesi psicologica
2	PN_NU_002	Scheda regionale di Valutazione del Rischio Ostetrico
3	PN_NU_003	Scheda di screening
4	PN_NU_004	Incontri di Accompagnamento alla Nascita
5	PN_NU_005	Protocollo per la gestione del diabete gestazionale e pregravidico
6	PN_NU_006	Parto in anonimato
7	PN_NU_007	Linee Guida sulle cure intrapartali OMS e VBAC
8	PN_NU_008	Scheda di prevenzione della susp
9	PN_NU_009	Progetto "mamme felici"
10	PN_NU_010	L'accoglienza del neonato dopo la dimissione