

**PDTA
PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE**

PERCORSO NASCITA



Copyright GELVISEDISEIGN

SOMMARIO

ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE	3
ELABORAZIONE - COMUNITA' DI PRATICA 2024	3
VALIDAZIONE	4
APPROVAZIONE FORMALE	4
REFERENTE CLINICO	4
RACCOLTA E ELABORAZIONE DATI E REPORTING	4
STATO DELLE REVISIONI	5
DEFINIZIONI	6
SCHEMA COMPARATIVO DELLE DEFINIZIONI ADOTTATE	7
SCOPI, OBIETTIVI E RAZIONALE IN GENERALE DEL PDTA	9
OGGETTO DEL PDTA DEL PERCORSO NASCITA	11
OGGETTO E INQUADRAMENTO	11
CODIFICHE ICD- IX CM	13
ICD 9 CM DIAGNOSI	13
ICD 9 CM PROCEDURE	14
AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE	15
DATI DI ATTIVITÀ	16
DATI PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) 2024	16
IL RAGIONAMENTO CLINICO	18
FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO	21
LEGENDA FLOW CHART RAGIONAMENTO CLINICO	25
LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO	42
IL PERCORSO ORGANIZZATIVO	45
FLOW-CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO	45
LEGENDA FLOW CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO	47
MONITORAGGIO E PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL PDTA	76
INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO	76
ALLEGATI	77

ELABORAZIONE, VALIDAZIONE, APPROVAZIONE FORMALE

ELABORAZIONE - COMUNITA' DI PRATICA 2025

Nominativo	Ruolo	Struttura
Brotzu Giuseppina	Fisioterapista	Riabilitazione
Cabiddu Mariantonietta	IFO	Ostetricia e Ginecologia
Calzedda Filomena Maria Lucia	Dirigente Medico	Consultorio familiare di Nuoro
Chessa Rosanna	Fisioterapista	Riabilitazione
Cualbu Giuseppina	Dirigente Medico	Anestesia e Rianimazione
Dessena Maria Grazia	Infermiere	Poliambulatorio Distretto Siniscola
Farris Rosalba	Operatore Socio Sanitario	Poliambulatorio Distretto Siniscola
Fois Michelina	Psicologo	Psicologia Aziendale
Frau Elsa Maria Nicoletta	Dirigente Medico	Consultorio familiare di Nuoro
Lai Alessia	Psicologo	Psicologia Aziendale
Mura Maria	Assistente Sociale	Consultorio familiare di Nuoro
Murgia Barbara	Psicologo	Consultorio familiare di Nuoro
Mureddu Angela	Dirigente Medico	Consultorio familiare di Macomer
Pinna Marcella	Ostetrica	Consultorio familiare di Nuoro
Pintori Grazia	Dirigente Medico	Pediatria e terapia intensiva neonatale
Pira Carla	Dirigente Medico	Consultorio familiare di Nuoro
Pittorra Giovanna Inoria	Dirigente Medico	Ostetricia e Ginecologia
Sechi Rita Francesca Romana	Ostetrica	Consultorio Familiare di Macomer
Succu Elena	Logopedista	Riabilitazione

VALIDAZIONE

Nominativo	Ruolo	Struttura
Cualbu Antonio	Direttore	Pediatria e terapia intensiva neonatale P.O. San Francesco
Paffi Peppino	Direttore	Anestesia e rianimazione P.O. San Francesco
Piredda Gianfranca	Direttore	Distretto Nuoro
Porcu Maria Giovanna	Direttore	Distretto Macomer
Succu Antonio Onorato	Direttore	Ostetricia e Ginecologia P.O. San Francesco
Deiana Luca	Direttore	Psicologia Aziendale

APPROVAZIONE FORMALE

Nominativo	Ruolo	Struttura
Zuccarelli Angelo	Commissario	ASL Nuoro
Bitti Pierpaolo	Direttore Sanitario	ASL Nuoro

REFERENTE CLINICO

Nominativo	Ruolo	Struttura
Pittorra Giovanna Inoria	Dirigente Medico	Ostetricia e Ginecologia P.O. San Francesco
Calzedda Filomena Maria Lucia	Dirigente Medico	Consultorio familiare di Nuoro

RACCOLTA E ELABORAZIONE DATI E REPORTING

Nominativo	Ruolo	Struttura
Marongiu Lucia Vincenza	Facilitatore	SC Governo clinico

STATO DELLE REVISIONI

Data Elaborazione documento	15/12/2022
-----------------------------	------------

Rev. N.	Paragrafi revisionati	Descrizione Revisione	Data
0	Ragionamento Clinico, indicatori	Prima Stesura	16/12/2022
1	Ragionamento Clinico, Percorso Organizzativo	Prima Revisione	29/12/2023
2	Intero documento	Seconda Revisione	23/12/2024
3	Audit	Terza Revisione	23/10/2025

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.

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 Developecement 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>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>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>

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	Sì	Relativamente ad uno specifico caso.	No
DEFINIZIONE DELLE COMPETENZE	No	Sì	Sì
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>INGRESSO DEL PERCORSO</p>	<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>ATTIVITÀ</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>SNODO DECISIONALE</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>USCITA DEL PERCORSO</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>

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.

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").

OGGETTO DEL PDTA DEL PERCORSO NASCITA 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.

CODIFICHE ICD- IX CM
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>

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>

AMBITO GEOGRAFICO DI APPLICAZIONE

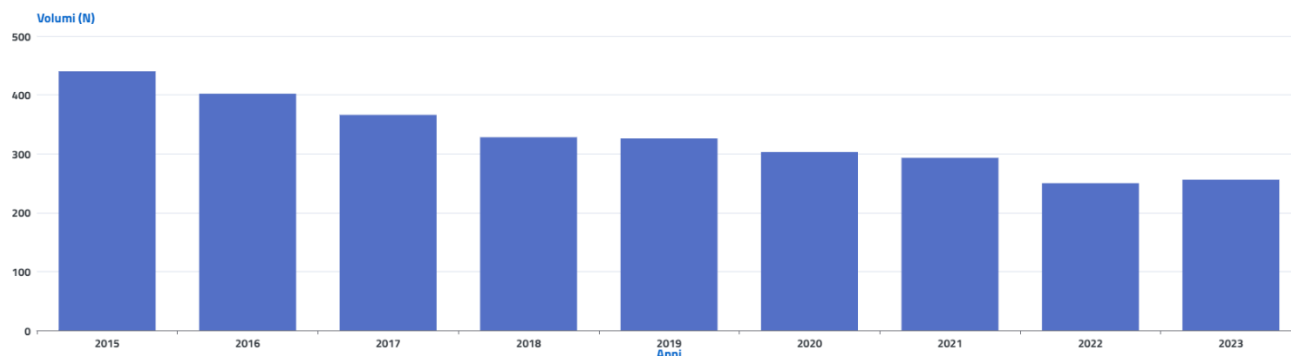


L'ASL, Azienda Socio-sanitaria Locale, di Nuoro si estende territorialmente su una superficie di 3.933,72 km², è organizzata in 4 distretti che rappresentano un'articolazione territoriale dell'Azienda Socio-sanitaria Locale e assicurano alla popolazione la disponibilità e l'accesso ai servizi e alle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

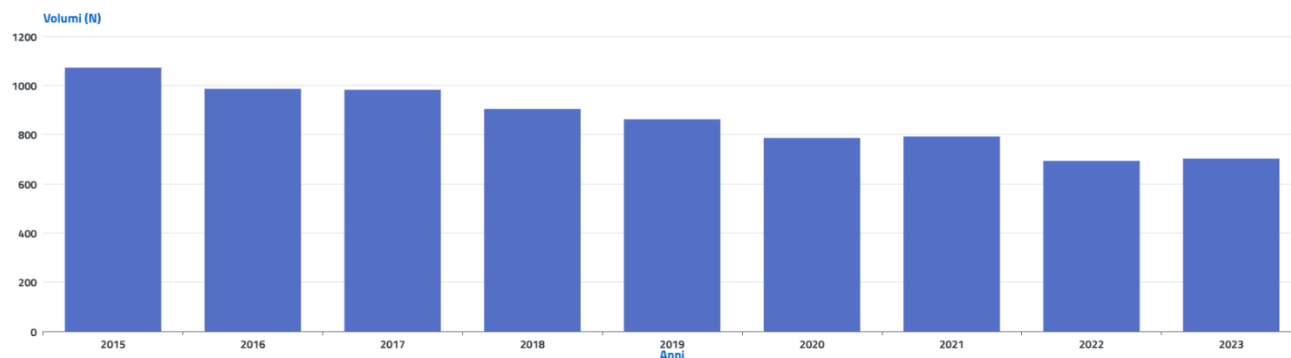
- Distretto di Nuoro
- Distretto di Macomer
- Distretto di Siniscola
- Distretto di Sorgono

DATI DI ATTIVITÀ DATI PNE (PROGRAMMA NAZIONALE ESITI) 2024

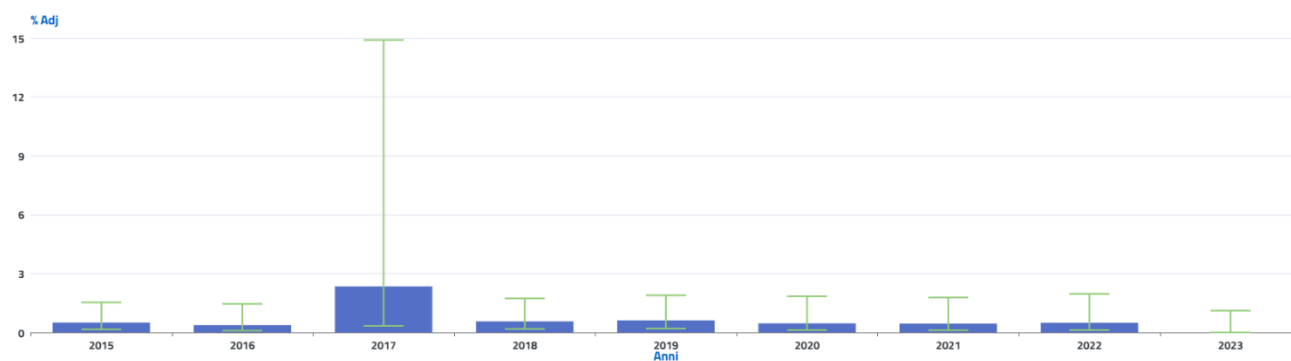
Provincia di Nuoro - Parti con taglio cesareo: volume di ricoveri



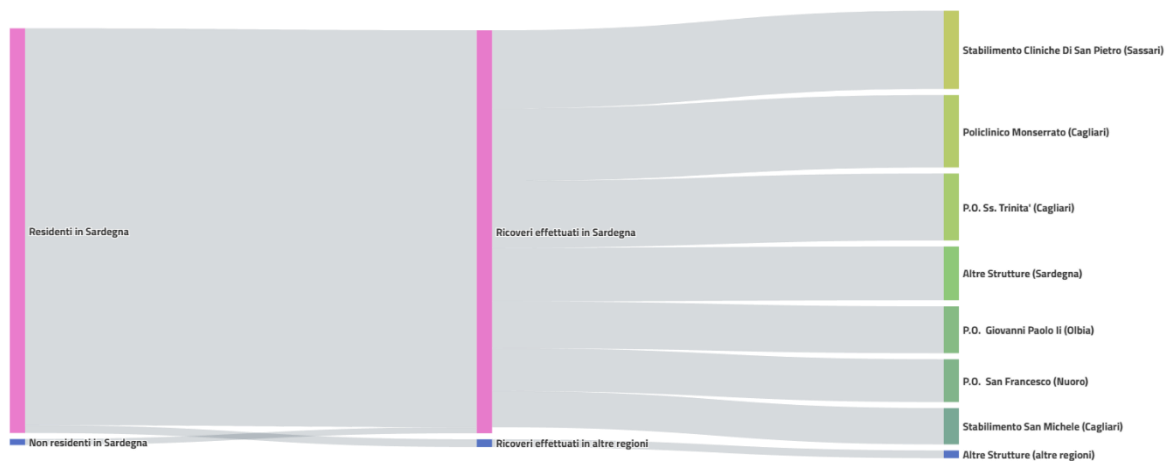
Provincia di Nuoro - Parti: volume di ricoveri



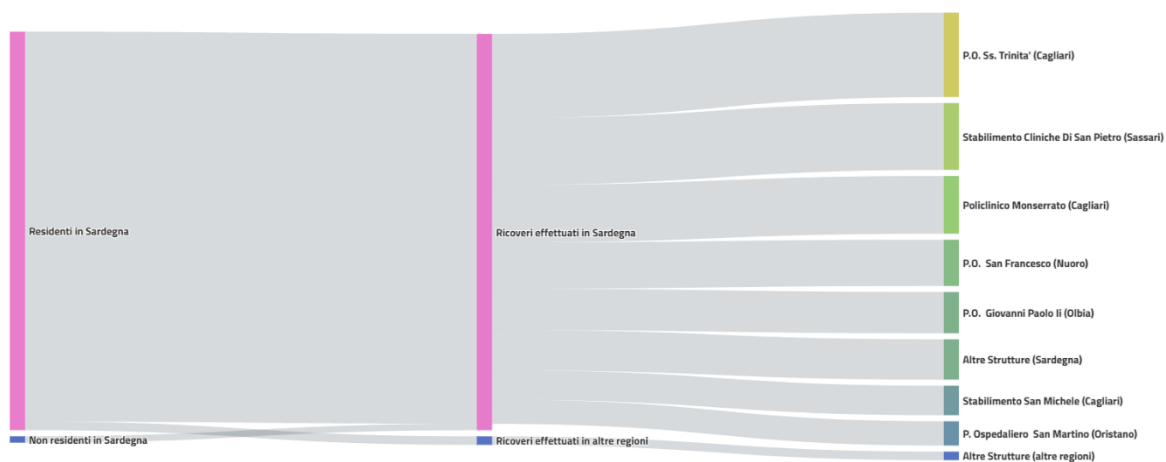
Provincia di Nuoro - Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio



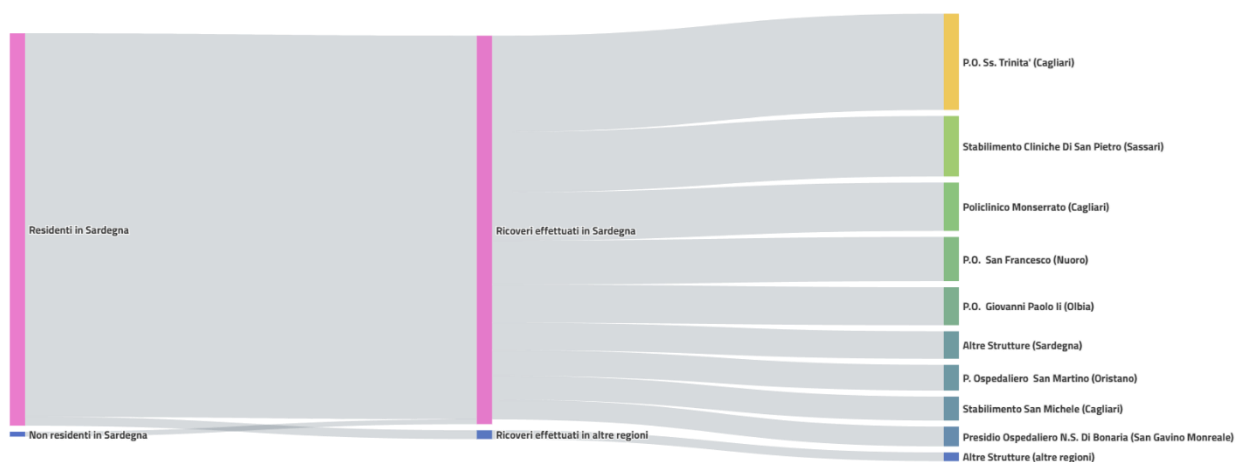
Sardegna - Parti con taglio cesareo: volume di ricoveri



Sardegna - Parti: volume di ricoveri



Sardegna - Parto vaginale: ricoveri successivi durante il puerperio



Il PASS (Punto Unitario dei Servizi Sanitari)

Al fine di garantire la continuità delle cure e dell'assistenza nel territorio ai pazienti fragili con bisogno complesso la ASL di Nuoro, ai sensi di quanto previsto dalla L.R. 24/2020, ha istituito ,con giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 1154 del 18.10.2024, i PASS Ospedalieri (Punto Unitario dei Servizi Sanitari Ospedalieri) nei P.O. San Francesco e Cesare Zonchello di Nuoro e nel P.O. San Camillo di Sorgono. Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1081 del 2.10.2024 è stato inoltre approvato il regolamento della Centrale Operativa Territoriale Aziendale (COT) e le Linee guida Aziendali per la transizione Ospedale – Territorio. I PASS aziendali , costituiti da un'equipe multi-professionale (Assistenti Sociali, Infermieri e medico referente), afferiscono alla SC Qualità, Governo Clinico e Gestione dei Processi Clinici e Logistici e:

- svolgono la propria attività all'interno dei Presidi Ospedalieri in stretta collaborazione con le UU.OO., con la COT e i Servizi Territoriali preposti al fine di garantire l'individuazione e la presa in carica globale del paziente fragile a partire dal primo giorno di ricovero e sino alla dimissione, attraverso la sinergica integrazione della rete-ospedale territorio.
- operano in maniera trasversale e pro-attiva in tutti i reparti, supportando il personale nella raccolta delle informazioni socio-sanitarie, fornendo consulenza specifica in ambito sanitario e sociale ai pazienti che ne necessitano.
- stratificano il bisogno socio-sanitario del paziente avvalendosi di documentazione clinica e schede valutative con valenza predittiva e dotate di punteggi per l'identificazione precoce del bisogno semplice e/o complesso, con la collaborazione delle U.U.O.O. che hanno in carico il paziente.- supportano ogni paziente fragile che si trovi in situazione di vulnerabilità a causa di una condizione sanitaria o sociale sin dal momento dell'ingresso in ospedale.
- contribuiscono altresì, interfacciandosi con la COT e con la rete di servizi e professionisti ospedalieri e territoriali, a ridurre l'incidenza dei ricoveri ripetuti o impropri secondari a dimissioni non protette/pianificate.

Al fine di garantire la funzionalità e la tempestività dei percorsi attivabili attraverso i PASS Aziendali , è indispensabile che all'interno di ogni U.U.O.O. siano individuate figure di riferimento che a partire dalle 24 ore e entro le 72 ore, anche con l'eventuale supporto degli infermieri del PASS, compilino la scheda di valutazione Blaylock Risk Assessment Screenin Score (BRASS) sul sistema GARSIA.

Si rammenta che la scheda BRASS è utile a identificare precocemente i pazienti eleggibili a una dimissione protetta. Ogni scheda con rischio medio-alto verrà analizzata e trasmessa dal PASS alla COT aziendale che, a sua volta, monitora l'intero processo di degenza e richiede l'attivazione del PUA/UVT al fine di valutare il miglior setting di cura post dimissione per il paziente. Pertanto:

- all'atto del ricovero di ciascun paziente, tra le 24 e le 72 ore, è necessario procedere alla compilazione della scheda di valutazione Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) sul sistema GARSIA con il supporto degli infermieri facenti parte del PASS in modo da segnalare alla Centrale Operativa Territoriale l'avvenuto ricovero del paziente al fine di garantire una rapida individuazione di coloro che necessitano di dimissione protetta;
- alla compilazione delle schede di valutazione regionali (SVAMA, CIRS, BHARTEL, ECC) sul sistema SISAR per quei pazienti identificati come eleggibili al percorso di dimissione protetta dal PASS Ospedaliero per

rappresentare il quadro clinico del paziente e garantire l'idonea valutazione del setting di cura all'atto della dimissione.

- Alla dimissione, anche durante i giorni festivi e nel fine settimana dei pazienti, previa verifica della possibilità per il malato di rientrare al proprio domicilio in situazione di sicurezza e con gli ausili ritenuti necessari.

La Centrale Operativa Territoriale (COT)

La Centrale Operativa Territoriale (COT) ha il compito di facilitare e ottimizzare la gestione del paziente, attraverso una valutazione a 360° dei bisogni socio-sanitari di assistiti fragili, di fornire un accesso guidato nella rete di servizi territoriali e, nei casi di dimissione protetta ospedaliera, un orientamento guidato verso un'assistenza domiciliare integrata, semiresidenziale o residenziale. Avrà inoltre funzioni di coordinamento e collegamento dei diversi servizi sanitari territoriali, socio-sanitari e ospedalieri, nonché della rete dell'emergenza-urgenza, per garantire continuità assistenziale, accessibilità e integrazione delle cure e coordinare e monitorare le transizioni da un luogo di cura ad un altro. Inoltre la COT svolgerà una funzione di raccordo tra i diversi servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale, appartenenti talvolta a setting assistenziali diversi, supportandoli nella gestione dei processi di transizione da un luogo di cura e/o da un livello clinico/assistenziale all'altro. La COT costituisce pertanto uno strumento organizzativo innovativo, in quanto svolge funzioni di coordinamento degli interventi per la presa in carico dell'assistito e di raccordo tra le attività territoriali, sanitarie e socio-sanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza urgenza. La COT di Nuoro ha sede presso la Casa della Comunità San Francesco al terzo piano.

Il ruolo della COT nel coordinamento e monitoraggio della salute al domicilio – telemonitoraggio e/o telecontrollo

Il DM 29 aprile 2022 definisce il ruolo della COT nel coordinamento dei servizi di telemedicina, tra i quali il telemonitoraggio e il telecontrollo della salute.

I Fase – Identificazione del bisogno e presa in carico della richiesta

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, il telemonitoraggio può essere richiesto da un medico (MMG/PLS, specialista) che ravvisa la necessità di monitorare da remoto, in maniera continuativa ed automatica i parametri vitali di un paziente mediante l'utilizzo di dispositivi e sensori certificati forniti dall'Azienda sanitaria. La COT visualizza la richiesta, prendendola in carico ed informando la Centrale operativa ADI. Nel caso in cui venga ravvisata la necessità di coordinare ulteriori setting e professionisti, la COT attiverà l'UVM al fine di valutare la richiesta di attivazione del telemonitoraggio e/o telecontrollo. prende in carico la richiesta;
informa la Centrale Operativa ADI;
attiva, qualora necessario, l'UVM per la valutazione della richiesta,
visualizza le schede di valutazione e, se necessario, integra informazioni sul caso comunicandole all'UVM.

II Fase – Attivazione ed erogazione

L'attivatore del telemonitoraggio/telecontrollo è la COT.

La consegna dei dispositivi prescritti e la formazione di paziente e/o caregiver è in carico al personale sanitario che

segue il paziente (eventualmente coadiuvato da personale tecnico per l'installazione e l'avvio degli stessi)
La COT monitora che la consegna dei dispositivi prescritti sia avvenuta con successo.

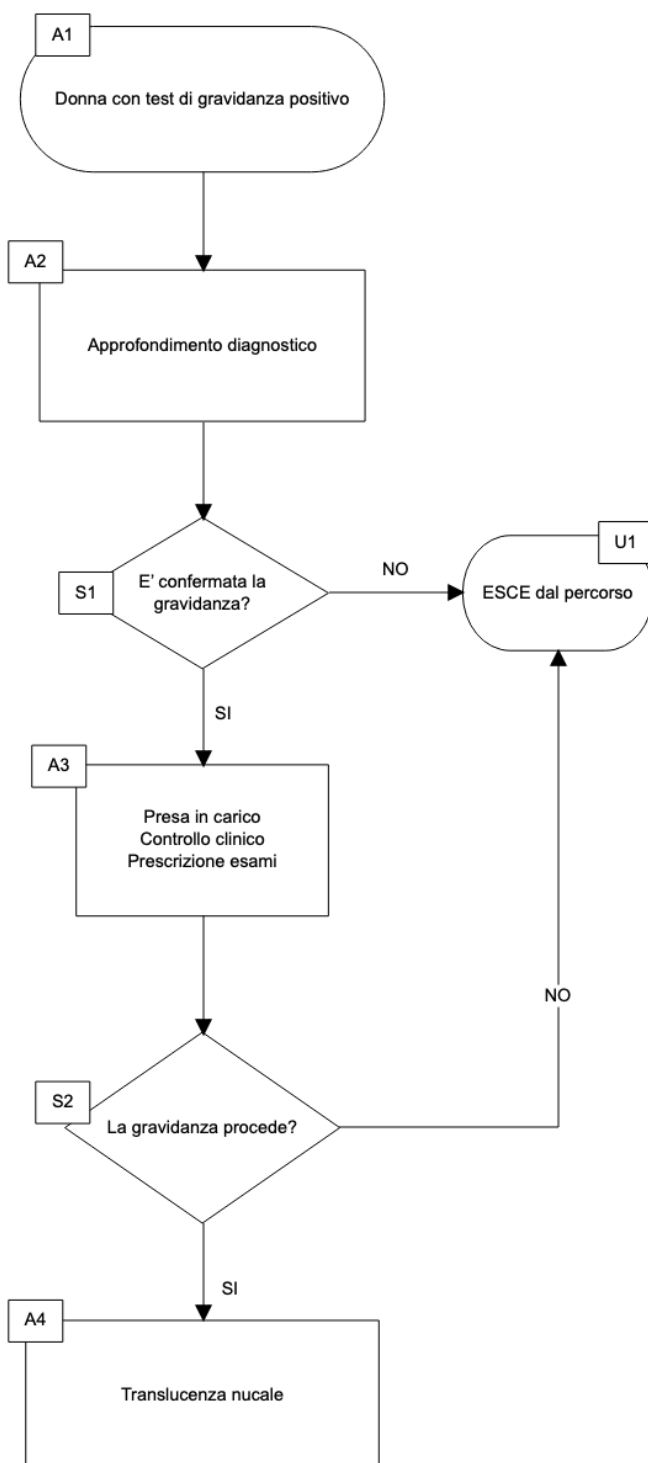
Il servizio di telemonitoraggio/telecontrollo, inteso come l'accesso alla piattaforma, il settaggio dei valori soglia, ecc., è erogato dal Centro servizi per la telemedicina (così come individuato dalla Regione), il cui supporto viene richiesto dalla COT e/o dagli operatori che erogano l'assistenza. Il Centro servizi si occuperà di fornire assistenza tecnica e servizio di help desk di secondo livello (supporto tecnico) in caso di necessità (attraverso canali, orari e giornate definiti).

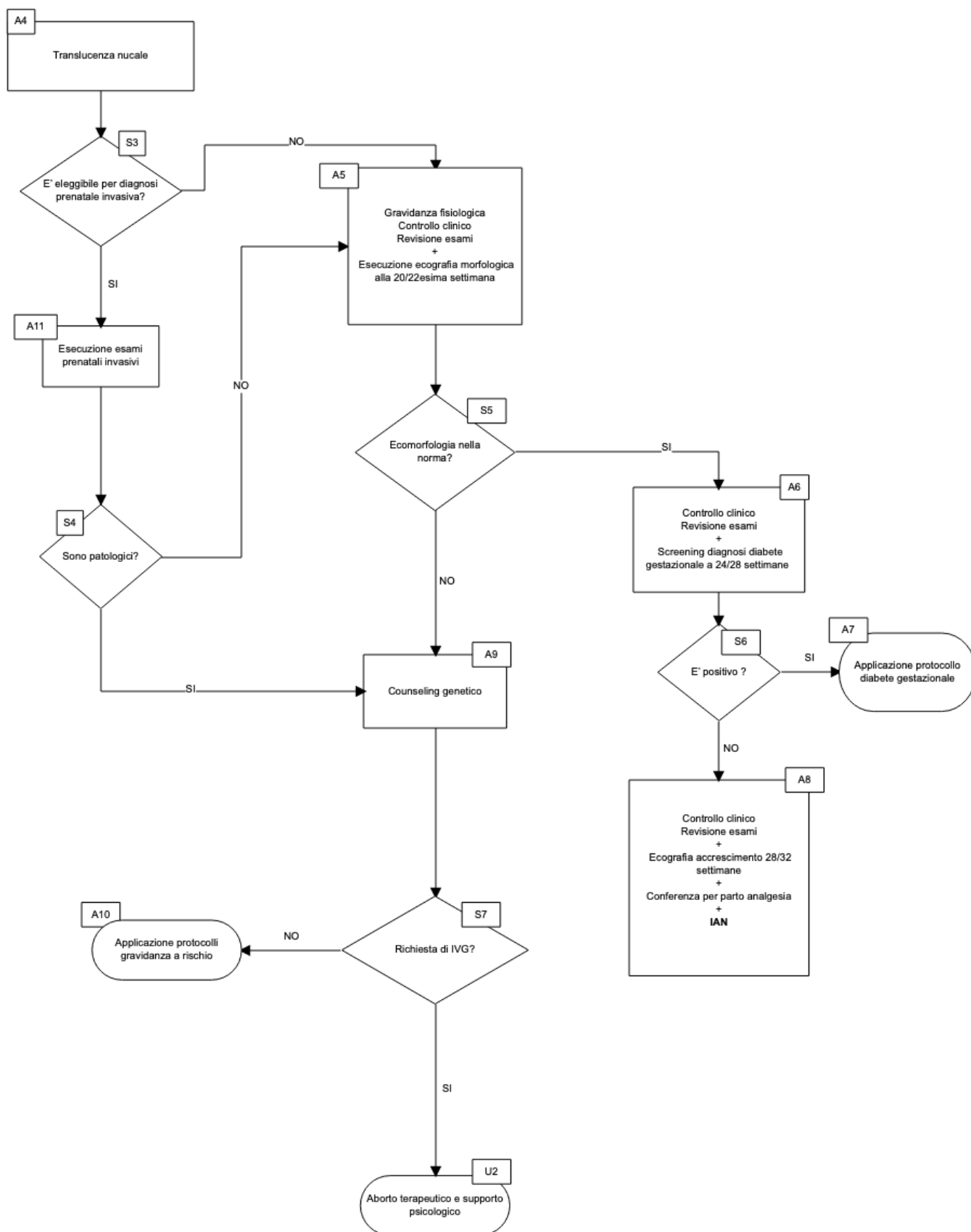
Il telecontrollo avviene attraverso il contributo attivo del paziente/caregiver che fornisce dati relativi al proprio stato di salute (es. questionari, sintomi, parametri fisiologici, esercizio fisico, alimentazione, aderenza alla terapia farmacologica, ecc.) agli operatori tramite una piattaforma digitale. La gestione degli allarmi del telemonitoraggio/ telecontrollo generati dalla piattaforma prevede la stesura di uno specifico protocollo.

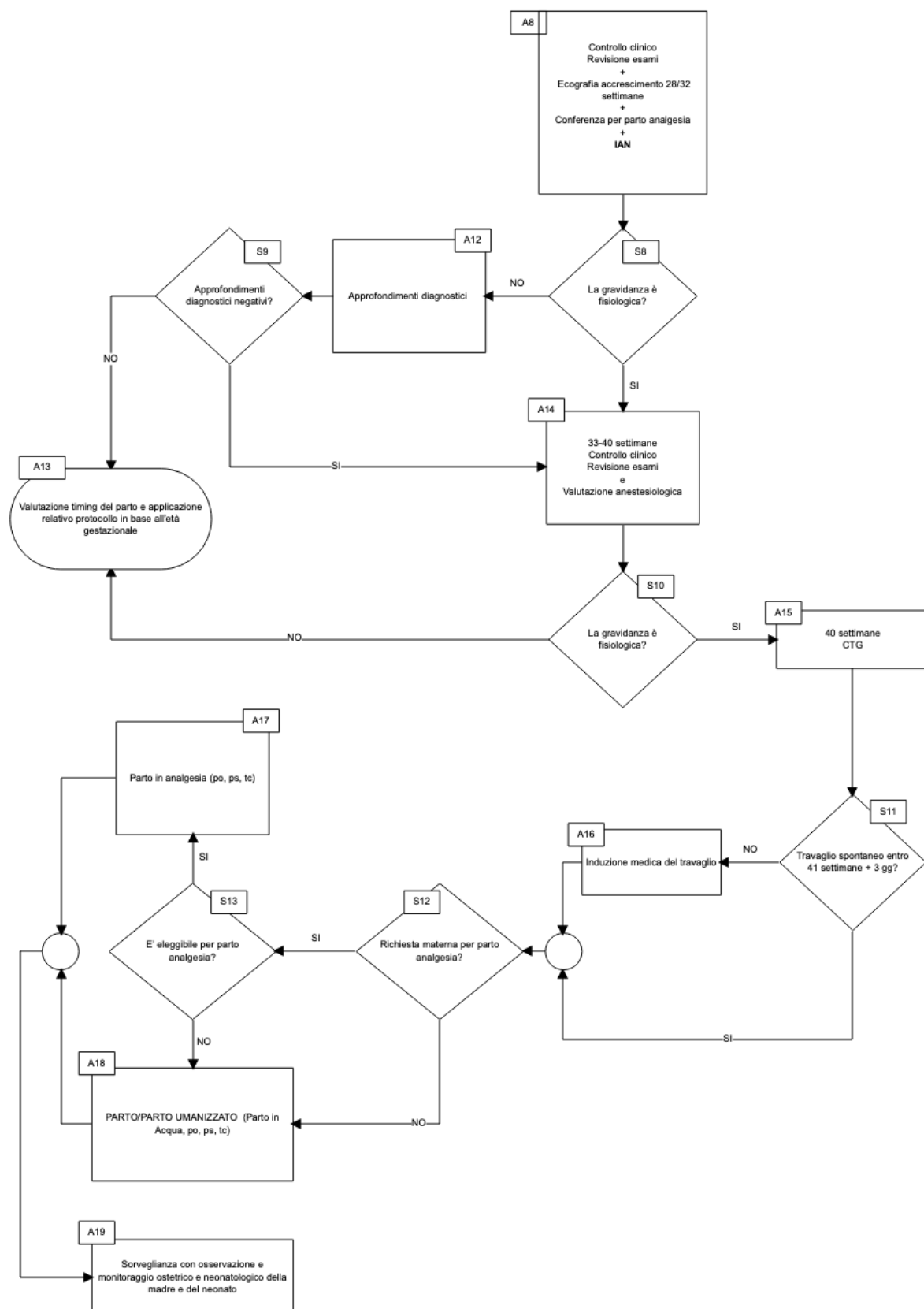
IL RAGIONAMENTO CLINICO

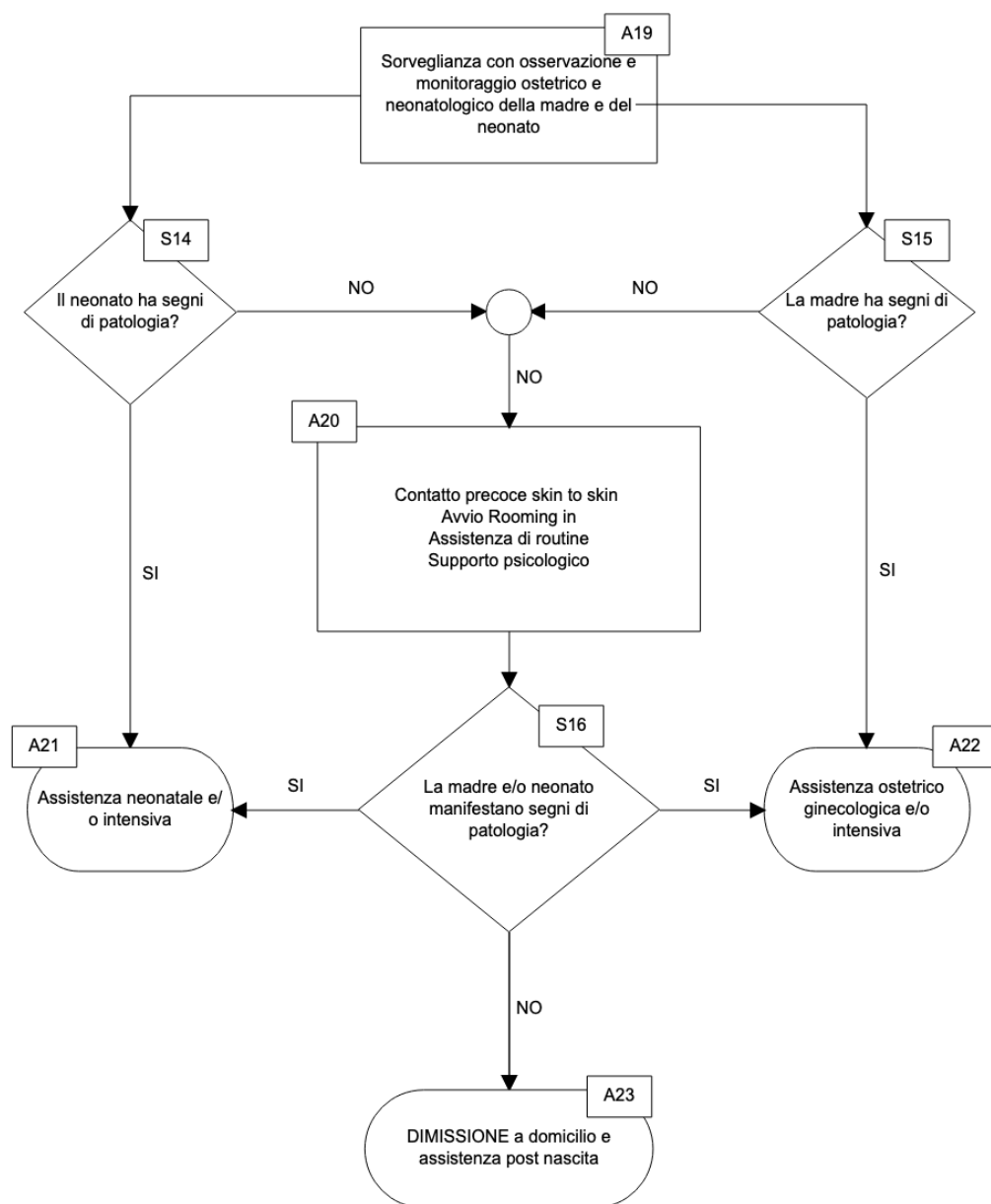
Viene sinteticamente descritto in sequenza, tramite Flow Chart, senza vincoli di luogo (regime o reparto) o tempo di ciò che deve essere fatto (iter diagnostico terapeutico). I contenuti sono Azioni e Snodi decisionali.

FLOW-CHART RAGIONAMENTO CLINICO









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 controllo ecografico ed eventuale dosaggio di Beta hCG plasmatico
S1	È CONFERMATA LA GRAVIDANZA?	Se evidenza di sacco gestazionale o Beta hCG positivo
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.</p> <p>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 (NU005_ALL.1_ANAMNESIPAT)</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 "Scheda Regionale di Valutazione del Rischio Ostetrico" (NU005_ALL.2_SCHEDAVRO) 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

		<p>così come da decreto ministeriale e in accordo con le raccomandazioni delle società scientifiche nazionali</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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). • Presentazione del servizio di supporto psicologico: (NU005_ALL.3_SCREENING)
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</p>

		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).
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) con particolare counseling dedicato ad illustrare le finalità e gli obiettivi dell'esame e la sua importanza nell'ambito del percorso gravidanza ● 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	24 – 27 SETTIMANE CONTROLLO CLINICO REVISIONE ESAMI SCREENING DIAGNOSI DIABETE GESTAZIONALE A 24/28 SETTIMANE	<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

		<p>da decreto ministeriale e in accordo con le raccomandazioni delle società scientifiche nazionali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se indicato OGTT dalla 24^a alla 28^a settimana di gestazione • OGTT dalla 16^a alla 18^a in casi particolari • 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 gravidanza e della genitorialità con particolare riguardo all' avvio verso i <u>IAN</u> (Incontri di Accompagnamento alla Nascita) (NU005_ALL.4._IAN) <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 suppletivi del caso.</p> <p>Protocollo per la gestione del diabete gestazionale e pregravidico (NU005_ALL.5_DIABETEGESTAZIONALE)</p>
A8	28 – 32 SETTIMANE CONTROLLO CLINICO REVISIONE ESAMI ECOGRAFIA ACCRESCIMENTO 28/32 SETTIMANE CONFERENZA PER PARTO ANALGESIA	<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

	IAN	<p>dell'OGTT.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 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>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</p>

		<p>(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 patologia, alla paziente dovrà essere dedicato un counseling specifico per valutare l'eventuale prosecuzione della gravidanza e il percorso diagnostico dedicato.</p>
S7	RICHIESTA DI IVG?	<p>Consulenza psicologica</p> <p>Al fine di valutare il livello di consapevolezza sulla difficile decisione da prendere ed evitare possibili futuri disagi, in tutti i casi si offre la possibilità di usufruire del supporto psicologico.</p> <p>Si valuta l'opportunità di coinvolgere il compagno – marito in un colloquio di coppia.</p>
U2	ABORTO TERAPEUTICO E SUPPORTO PSICOLOGICO	<p>Supporto psicologico</p> <p>Prevenzione della Sindrome Post-Abortiva "S.P.A" e Disturbo Post Traumatico da Stress "P.T.S.D.", con eventuale coinvolgimento del compagno.</p>
U3		<p>Durante la degenza la donna ed eventualmente anche il compagno, viene informata sulle procedure inerenti il percorso di accompagnamento nell'elaborazione del lutto e le procedure inerenti la creazione della Memory Box prevista dal Protocollo "CiaoLapo", (www.ciaolapo.it).</p>
A10	APPLICAZIONE PROTOCOLLI GRAVIDANZA A RISCHIO	<p>I protocolli per l'assistenza della gravidanza ad alto rischio devono essere strutturati in maniera "sartoriale" per ogni singolo caso;</p> <p>l'esito di ogni singolo esame determina la programmazione dei controlli successivi anche in tempi strettissimi.</p> <p>Se necessario la paziente viene ricoverata per monitoraggi ripetuti nell'ambito della stessa giornata.</p>
A11	ESECUZIONE ESAMI PRENATALI INVASIVI	<p>In particolare in quest' epoca gestazionale potrebbero manifestarsi particolari condizioni di rischio per</p>

		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 FISIOLOGICA?	
A12	APPROFONDIMENTI DIAGNOSTICI	<p>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.</p> <p>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 serati, eventuale cardiocotografia precoce di supporto e quant' altro fosse necessario.</p>
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	<ul style="list-style-type: none"> • Accoglienza e valutazione dello stato di benessere generale

**REVISIONE ESAMI
 VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA**

- 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' assistenza pediatrica e le cure neonatali e sulle possibilità di accedere ai servizi per il sostegno e il supporto fattivo dell'allattamento al seno.
- Presa in carico dal Punto Nascita e pre-ospedalizzazione: a partire dalla 37° settimana + 1 giorno la paziente 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 caratteri di patologia.

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 anestesiologica eseguita dalla gestante e in caso contrario sarà tempestiva la sua esecuzione.

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.

Durante la visita anestesiologica 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 anestesiolgiche per il trattamento del dolore in travaglio di parto e di anestesia per Taglio Cesareo e consenso per trasfusione di sangue ed emoderivati
S10	LA GRAVIDANZA È FISIOLGICA?	
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 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>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

		<ul style="list-style-type: none"> 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 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. NU005_ALL.6_PARTOINANONIMATO)</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	In assenza di controindicazioni la richiesta materna è

	ANALGESIA?	<p>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 e' 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 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 anestesiologicala 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 anestesiologicala 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</p>

		<p>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 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</p>

		professionale responsabile dell'evento nascita. Si raccomanda di seguire le linee guida OMS sulle cure intrapartali per garantire un'assistenza positiva del parto (NU005_ALL.7_LGOMS).
A19	SORVEGLIANZA CON OSSERVAZIONE E MONITORAGGIO OSTETRICO E NEONATOLOGICO DELLA MADRE E DEL NEONATO VALUTAZIONE DISAGIO PSICOLOGICO	Inizio sorveglianza e monitoraggio ostetrico e neonatologico di madre e neonato. Valutazione disagio psicologico Consulenza psicologica: se rilevati segnali di disagio da parte del personale.
S14	IL NEONATO HA SEGNI DI PATOLOGIA?	Si definisce Fisiologico il neonato che presenta le seguenti caratteristiche: 1. Prenatali: <ul 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 <ul 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 (NU005_ALL.8_SUPC 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.</p>

		<p>Al fine di promuovere e sostenere l'allattamento al seno alle madri che lo desiderano e che sono in 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.</p> <p>Servizio di Supporto Psicologico per il Post Partum</p> <p>Si offre un servizio di supporto psicologico rivolto alle donne nel periodo del post partum, con l'obiettivo di accompagnarle in un momento di grande trasformazione personale e relazionale.</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</p> <p>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	<p>Durante il puerperio è necessario effettuare controlli</p>

	E/O INTENSIVA	<p>ostetrici serati 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	<p>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 (NU005_ALL.10_POSTDIMISSIONE)</p>

LINEE GUIDA E BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

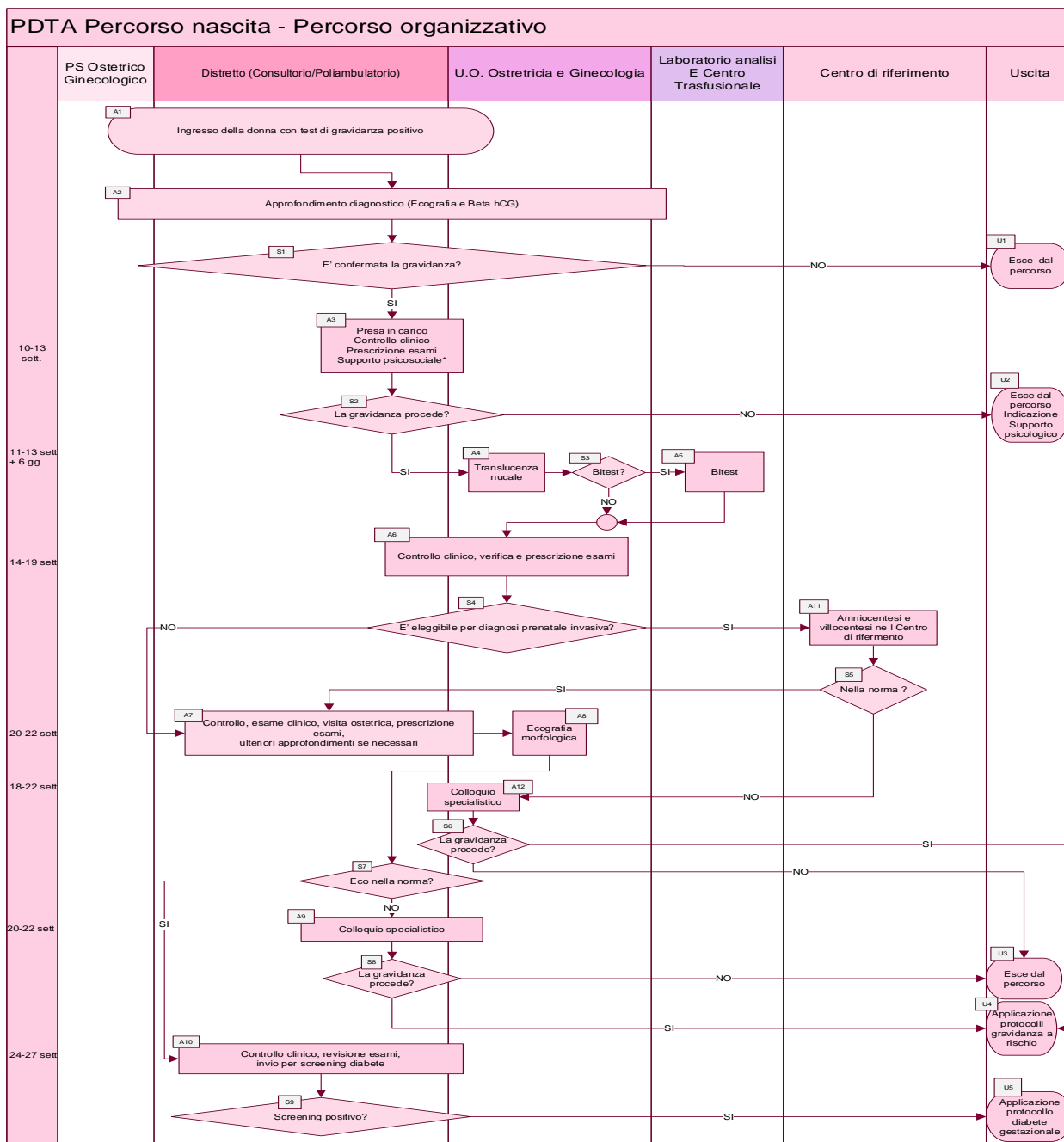
- American Academy of Pediatrics: Safe and Healthy Beginnings: A resource toolkit for hospitals and physicians' offices. AAP 2009.
- Anniverno R., Bramante A., Petrilli G., Mencacci C., 2014. Prevenzione, diagnosi e trattamento della psicopatologia perinatale. Linee Guida per i professionisti della salute. "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 Carpiello B., Pariente 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 Develoepment to Use. Washington DC, National Accademic, 1992
- Istituto Superiore di Sanità, 2017. Italian Perinatal Surveillance System – SPitOSS. 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 mutilazioni genitali femminili (Legge Consolo).

<http://www.camera.it>

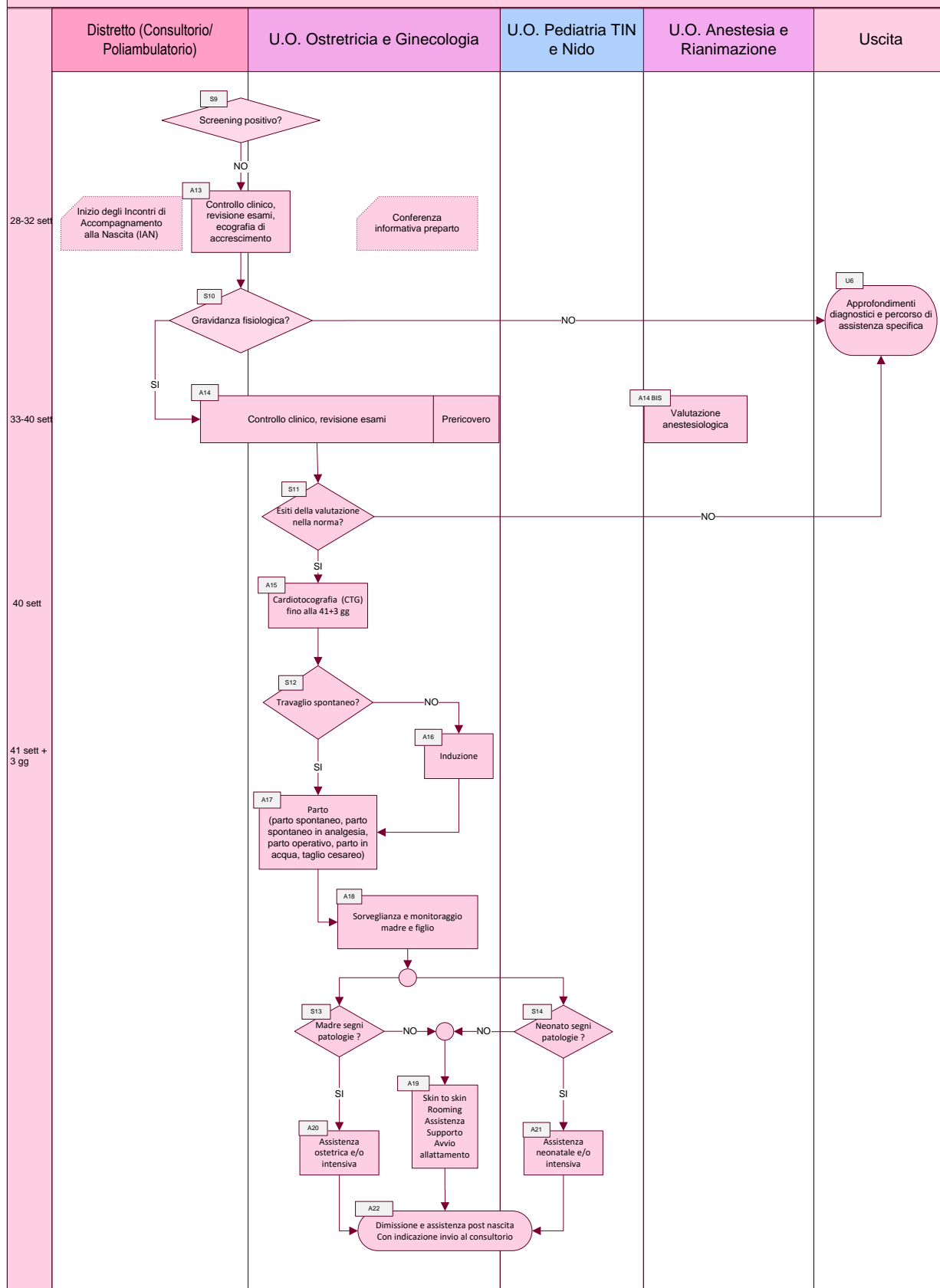
- Linee Guida AAP-AHA 2020 (American Academy of Pediatrics- American Heart Association 2020. Neonatal Resuscitation 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary resuscitation and Emergency Cardiovascular Care)
- Lolli, Lusignani, Silvestro, 1987
- Management dell'emergenza urgenza intraospedaliera – 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., Raval di 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. Dirigente Medico e Bambino 2000, 1: 35-43.
- Raval di C., 2009. Piccoli Principi. Perdere un bambino in gravidanza o dopo il parto. Boopen Editore.
- Raval di C., 2016. La morte in-attesa. Assistenza e sostegno psicologico nel lutto in gravidanza e dopo il parto. Edizioni Officina Grafica.
- Raval di 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.
- Raval di 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.
- Raval di 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, 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>

IL PERCORSO ORGANIZZATIVO FLOW-CHART



Percorso organizzativo (2)



LEGENDA FLOW CHART PERCORSO ORGANIZZATIVO

EVENTO A1	INGRESSO DELLA DONNA CON TEST DI GRAVIDANZA POSITIVO
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica: triage e prima accoglienza Dirigente Medico ginecologo: prescrizione approfondimento diagnostico
Logistica	Distretto (Consultorio/Poliambulatorio), reparto di Ostetricia e Ginecologia, PS Ostetrico-ginecologico
Tempistiche	Idealmente entro la 10° settimana e comunque entro la 13°
Documentazione prodotta	Referto ambulatoriale
Allegati	
Indicazioni al paziente	Counseling iniziale con raccomandazioni per gravidanza fisiologica
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Pz. con patologie pregresse o concomitanti Pz. con complicanze Pz. con problematiche psico-sociali
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Accoglienza della paziente
Note	

EVENTO A2	Approfondimento diagnostico (ecografia e Beta hCG)
Figure Coinvolte e relative attività	Il Dirigente Medico ginecologo esegue l'ecografia per la conferma e la datazione della gravidanza. Se indicato gli operatori del centro prelievi eseguono il prelievo venoso e il laboratorio analisi esegue il dosaggio del Beta hCG plasmatico.
Logistica	Distretto (Consultorio/Poliambulatorio), reparto Ostetricia e Ginecologia, PS Ostetrico-ginecologico Laboratorio Analisi e centro prelievi.

Tempistiche	Idealmente entro la 10° settimana e comunque entro la 13°
Documentazione prodotta	Referto ecografico ed eventuale referto Beta hCG plasmatico.
Allegati	
Indicazioni al paziente	Rinforzo delle raccomandazioni per l'igiene della gravidanza e la tutela della gravidanza iniziale.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Pz. con patologie pregresse o concomitanti Pz. con complicanze Pz. con problematiche psico-sociali
Rischi correlati	L'uso diagnostico dell'ecografia è ritenuto esente da rischi
Obiettivi/traguardi sanitari	Confermare o meno la gravidanza.
Note	

EVENTO A3	PRESA IN CARICO, CONTROLLO CLINICO, PRESCRIZIONE ESAMI
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica: accoglienza, presentazione dei servizi territoriali, educazione sanitaria, controllo del peso e della PA. Dirigente Medico ginecologo: compilazione della cartella clinica, anamnesi, esame clinico, controllo e prescrizione esami, counselling, prescrizioni terapeutiche. Se necessario invio della paziente ai servizi di supporto psicologico e sociale. Assistente Sociale: sostegno e consulenza sociale
Logistica	Distretto (Consultorio/Poliambulatorio), reparto Ostetricia e Ginecologia.

Tempistiche	Idealmente entro la decima settimana e comunque entro la tredicesima
Documentazione prodotta	Referto ambulatoriale Opuscolo dei 1000 giorni.
Allegati	<i>NU005_ALL.2_SCHEDAVRO</i> <i>NU005_ALL.11_1000GIORNI</i>
Indicazioni al paziente	Counselling con raccomandazioni per gravidanza fisiologica
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con complicanze Paziente con patologie concomitanti e/o pregresse Paziente con problematiche psico-sociali
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Promozione della salute in gravidanza Monitoraggio della gravidanza
Note	

EVENTO A3 BIS	SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO PER LA GRAVIDANZA E IL POST PARTUM
Figure Coinvolte e relative attività	<p>Psicologo</p> <p>Si offre un servizio di supporto psicologico rivolto alle donne nel periodo della gravidanza e del post partum, con l'obiettivo di accompagnarle in un momento di grande trasformazione personale e relazionale.</p> <p>Le pazienti possono essere accolte durante la degenza ospedaliera, all'interno del reparto di Ostetricia e dopo le dimissioni, al Servizio di psicologia Aziendale, presso la Casa di Comunità S. Francesco di Nuoro, al fine di garantire continuità di intervento alle donne accolte in Ospedale che richiedano una prosecuzione dello stesso.</p> <p>Il servizio si propone di offrire uno spazio di ascolto, comprensione e sostegno emotivo, adattandosi ai bisogni specifici di ciascuna donna.</p> <p>L'intervento psicologico mira a offrire ascolto e supporto alle donne sia nei casi di parto fisiologico, sia quando l'esperienza del parto risulti più complessa o traumatica.</p> <p>Tra gli altri obiettivi, quelli di favorire l'adattamento al nuovo ruolo materno, a riconoscere e gestire eventuali fragilità emotive (come il <i>baby blues</i>) e a prevenire o intercettare</p>

	precocemente eventuali segnali di sofferenza psicologica o psicopatologia nel post partum. Il servizio si inserisce nel percorso di cura multidisciplinare, in collaborazione con l'équipe ostetrico-ginecologica, per promuovere il benessere psicofisico della madre e della diade madre-bambino. Lo stesso servizio è a disposizione dei padri che ne facciano richiesta.
Logistica	Reparto di Ostetricia dell'Ospedale S. Francesco. Casa di Comunità S. Francesco, Nuoro e ulteriori Strutture Distrettuali di appartenenza.
Tempistiche	Il servizio psicologico è offerto all'interno del reparto ospedaliero, durante la degenza nei giorni del parto e, in caso di ricovero per complicanze gravidiche, anche nei mesi precedenti. Nel periodo post-partum, alle donne che necessitano di proseguire col percorso psicologico avviato in Ospedale, è garantita continuità di cura attraverso la presa in carico successiva alle dimissioni.
Documentazione prodotta	
Allegati	
Indicazioni al paziente	Le pazienti ricoverate nel reparto di Ostetricia, potranno accedere al Servizio psicologico facendone richiesta al Personale Ostetrico/ginecologico, che provvederà a contattare la Psicologa. Le pazienti che necessitano di prosecuzione del trattamento avviato dopo le dimissioni, potranno contattare il Servizio di Psicologia aziendale, inviando una mail all'indirizzo psicologia@aslnuoro.it o chiamando al numero 3668115571.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Il personale sanitario che a vario titolo, intercetti segnali di disagio psicologico nelle donne in condizione di gravidanza complicata o nel periodo post partum, possono inviare le stesse presso il suddetto Servizio di Psicologia.
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Offrire alle donne uno spazio di ascolto e sostegno psicologico durante la gravidanza e il post partum, al fine di accompagnarle nel percorso nascita e promuoverne il benessere emotivo, relazionale e psicofisico, in un'ottica di continuità assistenziale e di collaborazione multidisciplinare.
Note	

EVENTO A3 TER	SERVIZIO DI SUPPORTO SOCIALE PER LA GRAVIDANZA E IL POST PARTUM
Figure Coinvolte e relative attività	Assistente Sociale Attività: Incontri di accompagnamento alla nascita.
Logistica	Consultorio Familiare
Tempistiche	Dal concepimento al parto.

Documentazione prodotta	Opuscolo informativo sui servizi alla famiglia
Allegati	Riferimento normativo legge 6 marzo 2001, n.151 del T.U.
Indicazioni al paziente	Presenza del servizio nel supporto e nell'accompagnamento sociale rivolto alla genitorialità. Nello specifico, supporto e tutela negli aspetti legati alla maternità e paternità, comprese le tutele spettanti relativamente al lavoro (permessi, congedi ecc.)
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Lavoro di rete in equipe multidisciplinare (psicologo, ostetrica, ginecologo, pediatra)
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Accoglienza, prevenzione e promozione della consapevolezza e dell'autodeterminazione.
Note	

EVENTO A3 QUATER	SERVIZIO DI SUPPORTO SOCIALE PER LA GRAVIDANZA E IL POST PARTUM
Figure Coinvolte e relative attività	Assistente Sociale Attività: Accoglienza e presentazione dei servizi territoriali.
Logistica	Consultorio Familiare
Tempistiche	Dal concepimento al post-nascita
Documentazione prodotta	Opuscolo informativo sui servizi alla famiglia, preassessment sociale.
Allegati	Riferimenti normativi: L.405 del 29/7/1975, L.R. del 8 marzo 1979 n.8, legge 6 marzo 2001, n.151 del T.U.
Indicazioni al paziente	Promozione della relazione di cura attraverso azioni di supporto e di accompagnamento sociale rivolto alla genitorialità.

Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Lavoro di rete in equipe multidisciplinare (psicologo, ostetrica, ginecologo, pediatra) e servizi territoriali.
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Accoglienza, prevenzione e promozione della consapevolezza e dell'autodeterminazione, relazione di cura e di aiuto.
Note	

EVENTO A3 QUINQUES	SERVIZIO DI SUPPORTO SOCIALE PER LA GRAVIDANZA E IL POST PARTUM
Figure Coinvolte e relative attività	Assistente Sociale Attività: parto in anonimato.
Logistica	Consultorio Familiare e Ospedale
Tempistiche	Dal concepimento al post-parto.
Documentazione prodotta	Relazione psico-sociale.
Allegati	Vedasi dati già comunicati.
Indicazioni al paziente	Presenza del servizio sociale nell'accompagnamento della persona in tutte le fasi precedenti al parto e nelle fasi successive.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Lavoro all'interno di un'equipe multidisciplinare (assistente sociale, psicologo, ostetrica, ginecologo), servizi territoriali e Tribunale per i Minorenni.
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Accoglienza, promozione della consapevolezza e dell'autodeterminazione, relazione di cura e di aiuto, sostegno al benessere psico-sociale.
Note	

EVENTO A3 SEXIES	SERVIZIO DI SUPPORTO SOCIALE PER LA GRAVIDANZA E IL POST PARTUM
Figure Coinvolte e relative attività	Assistente Sociale Attività: dimissioni protette/ammissioni protette.
Logistica	Consultorio Familiare e Presidio Ospedaliero e viceversa.
Tempistiche	Dal concepimento al post-nascita.
Documentazione prodotta	Relazione sociale.
Allegati	Allegato 2 Delibera de Direttore Generale ASL n.3 di Nuoro n.1081 del 02/10/2024 delle Linee Guida Aziendali "Transizione Ospedale Territorio"; Ancora in fase di istruttoria la fase opposta.
Indicazioni al paziente	Condivisione di un percorso di accompagnamento per un rientro a casa a tutela della persona vulnerabile ed eventuale nucleo o accompagnamento verso l'ospedalizzazione.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Coinvolgimento equipe multidisciplinare e servizi territoriali/strutture e Pass.
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Tutela delle persone in condizioni di fragilità e vulnerabilità per l'acquisizione di consapevolezza e autodeterminazione.
Note	

EVENTO A4	TRANSLUCENZA NUCALE
Figure Coinvolte e relative attività	Dirigente Medico Ginecologo accreditato presso la FMF (Fetal Medicine Foundation) .
Logistica	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Tempistiche	Da 11 settimane + 0 a 13 settimane + 6 giorni
Documentazione prodotta	Referto con calcolo del rischio per età e dato ecografico.
Allegati	
Indicazioni al paziente	Counselling esplicativo ed acquisizione del consenso informato all' esame. N.B: sulla base del risultato dell'esame la paziente può essere avviata alla diagnosi prenatale invasiva o possono essere raccomandati ulteriori approfondimenti (NIPT).
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con particolare storia familiare o con particolare patologia ostetrica pregressa o concomitante.
Rischi correlati	L' uso diagnostico dell'ecografia è ritenuto esente da rischi
Obiettivi/traguardi sanitari	Screening delle malattie cromosomiche
Note	

EVENTO A5	BITEST
Figure Coinvolte e relative attività	Gli operatori del centro prelievi eseguono il prelievo e il laboratorio analisi esegue dosaggi e calcolo del rischio.
Logistica	Centro prelievi P.O. "C. Zonchello", Laboratorio analisi P.O. "San Francesco"
Tempistiche	Da 11 settimane + 0 a 13 settimane + 6 giorni
Documentazione prodotta	Referto con calcolo del rischio per età, dato biochimico e test combinato per età, dato biochimico ed ecografico integrati.
Allegati	
Indicazioni al paziente	Dopo consulto col Dirigente Medico Ginecologo e sulla base del risultato dell'esame la paziente può essere avviata alla diagnosi prenatale invasiva o possono essere raccomandati ulteriori approfondimenti (NIPT).
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con particolare storia familiare o con particolare patologia ostetrica pregressa o concomitante
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Screening delle malattie cromosomiche
Note	

EVENTO A6	Controllo clinico, verifica e prescrizione esami
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica: accoglienza della paziente, controllo del peso e della PA . Dirigente Medico Ginecologo: aggiornamento della cartella clinica, raccordo anamnestico, esame clinico, controllo e prescrizione esami, counselling, prescrizioni terapeutiche . Se necessario e sulla base degli esami eseguiti la paziente può essere avviata alla diagnosi prenatale invasiva o possono essere raccomandati ulteriori diversi approfondimenti . Se necessario invio della paziente ai servizi di supporto psico-sociale.
Logistica	Distretto (Consultorio/Poliambulatorio), reparto Ostetricia e Ginecologia.
Tempistiche	14-19 sett.
Documentazione prodotta	Referto ambulatoriale
Allegati	

Indicazioni al paziente	Raccomandazioni per la tutela e la promozione della salute in gravidanza.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con complicanze Paziente con patologie concomitanti e/o pregresse Paziente con problematiche psico-sociali
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Monitoraggio della gravidanza
Note	

EVENTO A7	Controllo, esame clinico, visita ostetrica, prescrizione esami, ulteriori approfondimenti se necessari
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica: accoglienza della paziente, controllo del peso e della PA. Dirigente Medico Ginecologo: aggiornamento della cartella clinica, raccordo anamnestico, esame clinico, controllo e prescrizione esami, counselling, prescrizioni terapeutiche. Se necessario invio della paziente ai servizi di supporto psico-sociale.
Logistica	Distretto (Consultorio/Poliambulatorio), U.O.C. Ostetricia e Ginecologia.
Tempistiche	20-22 sett.
Documentazione prodotta	Referto ambulatoriale
Allegati	
Indicazioni al paziente	Raccomandazioni per la tutela e la promozione della salute in gravidanza.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con complicanze Paziente con patologie concomitanti e/o pregresse Paziente con problematiche psico-sociali
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Monitoraggio della gravidanza
Note	

EVENTO A8	ECOGRAFIA MORFOLOGICA
Figure Coinvolte e relative attività	Dirigente Medico Ginecologo che esegue l' esame ecografico di screening del II trimestre mirato allo studio sistematico della morfologia fetale.
Logistica	U.O.C. di ostetricia e Ginecologia
Tempistiche	Si suggerisce di effettuare l' esame tra le 19 e le 21 settimane compiute di gravidanza.
Documentazione prodotta	Referto ecografico
Allegati	
Indicazioni al paziente	Se necessario e sulla base del risultato dell'esame la paziente può essere avviata ad ulteriori approfondimenti con diagnosi prenatale invasiva o rivalutazione presso centro di riferimento di II livello.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Anamnesi familiare significativa per particolari patologie o patologia ostetrica pregressa o concomitante; test di screening del I trimestre alterati; assunzione di farmaci o sostanze potenzialmente teratogeni; esposizione ad agenti potenzialmente teratogeni.
Rischi correlati	L' uso diagnostico dell'ecografia è ritenuto esente da rischi
Obiettivi/traguardi sanitari	Quest' esame consente di ottenere la misura di alcune parti del corpo del feto; nello stesso esame si visualizzano la sede di inserzione placentare. la quantità di liquido amniotico e la struttura dei principali organi e distretti anatomici del feto.
Note	L'esperienza finora acquisita suggerisce che l'esame ecografico effettuato per lo screening delle anomalie fetali tra 19 e 21 settimane consente di identificare dal 20 al 50% delle malformazioni più rilevanti.

EVENTO A9	COLLOQUIO SPECIALISTICO
Figure Coinvolte e relative attività	Dirigente Medico Ginecologo: si discutono con la paziente i risultati dell'esame morfologico e si prendono in considerazione le varie opzioni di approfondimento .
Logistica	U.O.C. Ostetricia e Ginecologia, Distretto
Tempistiche	20-22 sett.
Documentazione prodotta	Referto ambulatoriale

Allegati	
Indicazioni al paziente	La paziente viene avviata verso percorsi di approfondimento specifico: eventuale consulenza genetica, rivalutazione presso centro di riferimento di II livello, eventuale diagnosi prenatale invasiva, NIPT o ulteriori consulenze specialistiche a seconda del caso specifico.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Anamnesi familiare significativa per particolari patologie o patologia ostetrica pregressa o concomitante; test di screening del I trimestre alterati; assunzione di farmaci o sostanze potenzialmente teratogeni; esposizione ad agenti potenzialmente teratogeni.
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Monitoraggio della gravidanza complicata da patologia malformativa. Sostegno e supporto alla paziente con gravidanza complicata.
Note	

EVENTO A10	CONTROLLO CLINICO, REVISIONE ESAMI, SCREENING DIABETE
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica: accoglienza della paziente, valutazione del peso e della PA. Dirigente Medico Ginecologo: aggiornamento della cartella clinica, raccordo anamnestico, esame clinico, controllo e prescrizione esami, counselling, prescrizioni terapeutiche; in particolare richiesta di OGTT per lo screening del diabete gestazionale. Se necessario invio della paziente ai servizi di supporto psico-sociale.
Logistica	Distretto (Consultorio/Poliambulatorio), U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Tempistiche	24-27 sett.
Documentazione prodotta	Referto ambulatoriale
Allegati	
Indicazioni al paziente	Raccomandazioni per la tutela e la promozione della salute in gravidanza
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con complicanze Paziente con patologie concomitanti e/o pregresse Paziente con problematiche psico-sociali
Rischi correlati	

Obiettivi/traguardi sanitari	Monitoraggio della gravidanza con particolare riguardo allo screening del diabete gestazionale
Note	

EVENTO A11	AMNIOCENTESI E VILLOCENTESI NEL CENTRO DI RIFERIMENTO
-------------------	--

EVENTO A12	COLLOQUIO SPECIALISTICO
Figure Coinvolte e relative attività	Dirigente Medico Ginecologo: si discutono con la paziente i risultati dell' amnio o della villocentesi e si prendono in considerazione le varie opzioni di approfondimento.
Logistica	Distretto (Consultorio/Poliambulatorio), U.O.C. Ostetricia e Ginecologia.
Tempistiche	18-22 sett.
Documentazione prodotta	Referto ambulatoriale
Allegati	
Indicazioni al paziente	La paziente viene avviata verso percorsi di approfondimento specifico: eventuale consulenza genetica, rivalutazione presso centro di riferimento di II livello e ulteriori consulenze specialistiche a seconda del caso specifico.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Anamnesi familiare significativa per particolari patologie o patologia ostetrica pregressa o concomitante; test di screening del I trimestre alterati.
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Monitoraggio della gravidanza complicata da patologia cromosomica o genetica. Sostegno e supporto alla paziente con gravidanza complicata.
Note	

EVENTO U2	SUPPORTO PSICOLOGICO PER ABORTO SPONTANEO
Figure Coinvolte e relative attività	Dirigente Psicologo afferente al Servizio di Psicologia Aziendale, Consultorio Familiare e U.O.C. Ostetricia e Ginecologia.
Logistica	Casa della Comunità del Distretto di Nuoro presso la Sede del Servizio di Psicologia Aziendale – Consultorio Familiare e U.O.C. Ostetricia e Ginecologia.

Tempistiche	La durata del percorso di supporto psicologico di accompagnamento, nel difficile momento e per la successiva presa in carico per l'elaborazione del lutto, varierà sulla base dello stato emotivo emerso.
Documentazione prodotta	
Allegati	
Indicazioni alla paziente	Viene illustrato il percorso di supporto psicologico di cui potrà usufruire in questa fase o successivamente.
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Valutazione e monitoraggio dei principali fattori di rischio e sintomatologia oggettiva rilevabile, con particolare attenzione verso l'eventuale presenza di pregresse problematiche psicologiche, precedenti aborti spontanei o IVG ed il livello di supporto reciproco all'interno della coppia.
Rischi correlati	Rischio di insorgenza della SPA (Sindrome Post-Abortiva) e di PTSD (Disturbo Post-Traumatico da Stress). Rischio di comorbidità con pregresse problematiche psicopatologiche.
Obiettivi/traguardi sanitari	Supporto Psicologico di accompagnamento, per la donna e/o per la coppia, nel difficile momento, al fine di prevenire un disagio psicologico che l'esperienza appena vissuta, non adeguatamente affrontata, supportata e condivisa, potrebbe generare, sia nel breve che nel lungo periodo. Supporto tempestivo garantito con percorsi di supporto, per la donna e/o per la coppia, al fine di prevenire ed evitare ripercussioni sulla salute mentale, sul rapporto di coppia, sull'accudimento di altri figli, se presenti, o sulle difficoltà che potrebbero insorgere nella gestione di eventuali gravidanze future.
Note	

EVENTO U3	SUPPORTO PSICOLOGICO PER EVENTUALI MEF
Figure Coinvolte e relative attività	Dirigente Psicologo afferente al Servizio di Psicologia Aziendale – Ostetriche S.C. Ostetricia. Accompagnamento della coppia e predisposizione della Memory Box.
Logistica	Casa della Comunità del Distretto di Nuoro presso la Sede del Servizio di Psicologia Aziendale.
Tempistiche	La durata varierà sulla base dello stato emotivo emerso.
Documentazione prodotta	Protocollo "CiaoLapo" (www.ciaolapo.it)
Allegati	Libretto per raccogliere i ricordi di un piccolo principe; Libretto per raccogliere i ricordi di una piccola principessa.
Indicazioni alla	Vengono illustrate alla donna/coppia i percorsi di supporto psicologico di cui si potrà

paziente	<p>usufruire in questa fase, o anche successivamente, attraverso un monitoraggio dello stato emotivo emerso, quale conseguenza dell'interruzione prematura della gravidanza, o della perdita concomitante o successiva alla nascita.</p> <p>Alla coppia vengono fornite tutte le indicazioni inerenti le procedure relative alla creazione della "Memory Box" per il loro piccolo/a.</p> <p>L'associazione "CiaoLapo" da marzo 2025 ha accreditato l' U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia, a livello Nazionale, come struttura con operatori formati nella gestione del lutto perinatale.</p>
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Valutazione dello stato emotivo della donna.
Rischi correlati	<p>Rischio di insorgenza di lutto complicato e di PTSD (Disturbo Post-Traumatico da Stress).</p> <p>Valutazione del rischio di comorbidità con eventuali problematiche psicopatologiche pregresse.</p>
Obiettivi/traguardi sanitari	<p>Supporto tempestivo alla donna e alla coppia nelle fasi immediatamente successive all'evento luttuoso, grazie alle procedure condivise dagli Operatori del Reparto.</p> <p>Gli Operatori coinvolti propongono il supporto psicologico, che viene garantito, qualora lo richiedessero, anche con il coinvolgimento di altri figli.</p> <p>La donna e la coppia riceverà tutte le informazioni relative al percorso di elaborazione del lutto, a cui potranno partecipare, al fine di prevenire ed evitare ripercussioni sulla loro salute mentale, sul rapporto di coppia, sull'accudimento di altri figli, se presenti, o sulle difficoltà che potrebbero insorgere nella gestione di eventuali gravidanze future.</p> <p>Prima della dimissione la donna riceverà la Memory Box o, se preferisce, potrà rinviarne il ritiro ricevendo tutte le informazioni in merito.</p>
Note	

EVENTO U4	APPLICAZIONE PROTOCOLLI GRAVIDANZA A RISCHIO
Figure Coinvolte e relative attività	<p>Ginecologo: valuta la paziente con ecografia e visita</p> <p>Ostetrica: esegue monitoraggio gravidanza</p> <p>Eventuali consulenze se necessari</p>
Logistica	2° piano Ostetricia e 3° piano Ginecologia
Tempistiche	<p>L'ambulatorio è attivo ogni giovedì su prescrizione specialistica al 3° piano Ginecologia</p> <p>H 24 per le urgenze, 2° piano Ostetricia in accesso diretto</p>
Documentazione prodotta	Referto specifico

Allegati	
Indicazioni al paziente	Su prescrizione specialistica accesso all'Ambulatorio della Gravidanza a Rischio H 24 per le urgenze in accesso diretto
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Solo su prescrizione specialistica contattando i Medici dell'Ambulatorio della Gravidanza a Rischio
Rischi correlati	Rischi legati alla gravidanza a rischio
Obiettivi/traguardi sanitari	Controllo ospedaliero per evitare complicanze ed esiti materno fetali sfavorevoli
Note	

EVENTO U5	APPLICAZIONE PROTOCOLLO DIABETE GESTAZIONALE
Figure Coinvolte e relative attività	Ginecologo: prescrizione e valutazione dell'OGTT, se OGTT alterata si invia la donna in Diabetologia Diabetologo: visita diabetologica ed eventuale prescrizione terapeutica Ginecologo: presa in carico nell'Ambulatorio di Gravidanza a Rischio
Logistica	Ginecologia 3° piano San Francesco e Diabetologia P.O. C. Zonchello, Distretto Macomer, P.O. Sorgono.
Tempistiche	Dalla 24 ^a alla 28 ^a settimana di gestazione OGTT dalla 16 ^a alla 18 ^a in casi particolari
Documentazione prodotta	Referti esami, consulenze specialistiche
Allegati	Protocollo Gestione Diabete Gestazionale
Indicazioni al paziente	Adesione alla terapia prescritta
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Buon compenso glicemico, crescita fetale controllata, follow up della gestante
Note	

EVENTO A13	CONTROLLO CLINICO, REVISIONE ESAMI, ECOGRAFIA DI ACCRESCIMENTO
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica: accoglienza della paziente, valutazione del peso e della PA. Dirigente Medico Ginecologo: aggiornamento della cartella clinica, raccordo anamnestico, esame clinico, controllo e prescrizione esami, counselling, prescrizioni terapeutiche. Dirigente Medico Ginecologo: ecografia di accrescimento. Se necessario invio della paziente ai servizi di supporto psico-sociale.
Logistica	Distretto (Consultorio/Poliambulatorio), U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Tempistiche	28-32 sett.
Documentazione prodotta	Referto ambulatoriale Referto ecografico
Allegati	
Indicazioni al paziente	Raccomandazioni per la tutela e la promozione della salute in gravidanza
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con complicanze Paziente con patologie concomitanti e/o pregresse Paziente con problematiche psico-sociali
Rischi correlati	L' uso diagnostico dell' ecografia è ritenuto esente da rischi
Obiettivi/traguardi sanitari	Monitoraggio della gravidanza con particolare riguardo al controllo della crescita fetale, della quantità di liquido amniotico e dell' inserzione placentare.
Note	

EVENTO A13 BIS	CONFERENZA PREPARTO
Figure Coinvolte e relative attività	Dirigente Medico Anestesista: esposizione delle tecniche neuroassiali per anestesia e analgesia in travaglio di parto.
Logistica	Sala conferenze Presidio Ospedaliero San Francesco
Tempistiche	Partecipazione libera e gratuita in tutte le epoche della gravidanza da parte delle gestanti e relativi partners.
Documentazione prodotta	Esposizione tramite slides ppt
Allegati	
Indicazioni al paziente	Informazioni cliniche e organizzative e modalità di prenotazione.
Alert particolari (indirizzati agli	

operatori)	
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Costituisce parte preliminare "informativa" del consenso informato alla partoanalgesia; garantisce possibilità di libera interazione Dirigente Medico-paziente, aumentando la consapevolezza della donna nel vivere l'esperienza del travaglio in partoanalgesia.
Note	

EVENTO A13 TER	IAN
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica Dirigente Medico Ginecologo Dirigente Medico Pediatra Infermiere pediatrico Psicologo Assistente sociale
Logistica	Sala dedicata agli IAN presso il Consultorio
Tempistiche	7-8 incontri a partire dalla 28° settimana di E.G.
Documentazione prodotta	
Allegati	
Indicazioni al paziente	Prendere contatto con il consultorio prima della 28° settimana
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Promuovere la salute delle donne in gravidanza e dei bambini, favorire l'empowerment genitoriale e il parenting positivo (cure adeguate per sé e per il neonato)
Note	

EVENTO U6	APPRONFONDIMENTI DIAGNOSTICI E PERCORSO DI ASSISTENZA SPECIFICA
Figure Coinvolte e relative attività	Ginecologo e Ostetrica: previa valutazione del tipo di rischio ostetrico inserimento nell'Ambulatorio di Gravidanza a Rischio e identificazione del percorso personalizzato
Logistica	3° Piano Ginecologia San Francesco
Tempistiche	Tutto l'arco gestazionale
Documentazione prodotta	Referti
Allegati	
Indicazioni al paziente	Counselling personalizzato
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Migliorare l'outcome materno-neonatale
Note	

EVENTO A14	CONTROLLO CLINICO, PREVISIONE ESAMI
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica: accoglienza della paziente, valutazione del peso e della PA. Dirigente Medico Ginecologo: aggiornamento della cartella clinica, raccordo anamnestico, esame clinico, controllo e prescrizione esami, counselling, prescrizioni terapeutiche. Se necessario invio della paziente ai servizi di supporto psico-sociale.
Logistica	Distretto (Consultorio/Poliambulatorio), U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
Tempistiche	33-40 sett.
Documentazione prodotta	Referto ambulatoriale
Allegati	
Indicazioni al paziente	Raccomandazioni per la tutela e la promozione della salute in gravidanza
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con complicanze Paziente con patologie concomitanti e/o pregresse Paziente con problematiche psico-sociali

Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Monitoraggio e valutazione del rischio della gravidanza
Note	

EVENTO A14 BIS	CONTROLLO CLINICO, PRERICOVERO E VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA
Figure Coinvolte e relative attività	<p>Dirigente Medico Ginecologo e Ostetrica: Prericovero con esecuzione di esami preparto, Ecg e prescrizione di eventuali consulenze richieste in sede di visita anestesiologicala.</p> <p>Dirigente Medico Anestesista:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Esegue visita anestesiologicala con anamnesi ed esame clinico • Valuta esami clinici e documentazione personale della paziente • Esegue eventuale informativa sulle tecniche di controllo del dolore in travaglio di parto che precede la firma del consenso informato anestesiologicalo. • Comunica Rischio peripartum/perioperatorio (ASA Physical Status). • Procede con la firma del consenso informato da parte del Dirigente Medico e della paziente per procedure anestesiologicalhe di partoanalgesia e anestesia per Taglio cesareo. • Procede alla firma del consenso informato Dirigente Medico-Paziente alla trasfusione di sangue ed emoderivati. <p>UOC Ostetricia e Ginecologia: custodia della cartella anestesiologicala compilata e del consenso anestesiologicalo firmato nel rispetto delle norme sulla privacy.</p>
Logistica	<p>Visita Anestesiologicala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulatorio di Anestesia c/o Reparto di Anestesia e Rianimazione - 2° piano nuovo padiglione HSF se Paziente in prericovero ostetrico o proveniente da prenotazione CUP se Paziente avviata al presidio fuori dal prericovero. • Reparto di Ostetricia e Ginecologia se Paziente in regime di ricovero.
Tempistiche	<p>Visita Anestesiologicala:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eseguitabile a qualsiasi epoca della gravidanza (Dirigente Medico Anestesista disponibile H24) se Paziente in regime di ricovero; • Prenotazione c/o Reparto di Ostetricia al numero 0784240235 contestuale al prericovero; • Prenotazione Cup <p>Prericovero Ostetrico: da 37 settimane o a qualsiasi epoca della gravidanza secondo giudizio del Dirigente Medico Ginecologo.</p>

Documentazione prodotta	<ul style="list-style-type: none"> • Cartella Clinica anestesilogica • Consenso Informato Anestesiologico
Allegati	PROCEDURA DI PRERICOVERO E VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA PREPARTO DELLA DONNA GRAVIDA (<i>PR_PREOSP_001</i>)
Indicazioni al paziente	Visita anestesilogica: <ul style="list-style-type: none"> • Riferimenti clinici e organizzativi sul peripartum e/o perioperatorio di TC in corso di analgesia e anestesia. • Rischio peripartum e/o perioperatorio tramite scala ASA Physical status classification
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Visita anestesilogica: <ul style="list-style-type: none"> • Valutazione di eventuali patologie della Paziente che possono influenzare l'outcome clinico materno-fetale nel peripartum • Valutazione del Rischio emorragico e trombotico (presenza di trombofilie, patologie della coagulazione, fattori di rischio per emorragia ostetrica, rifiuto delle emotrasfusioni) e attivazione di algoritmi EB (evidence based) di prevenzione e gestione dei rischi specifici.
Rischi correlati	Visita Anestesiologica: Limitazione di complicanze materno-fetali nel peripartum
Obiettivi/traguardi sanitari	Aumento della sicurezza materno – fetale durante il peripartum e/o perioperatorio per TC.
Note	Visita anestesilogica gratuita se in regime di ricovero o prericovero ostetrico-chirurgico; previsione di partecipazione alla spesa tramite pagamento di ticket se prenotazione della prestazione specialistica anestesilogica tramite CUP secondo la normativa ministeriale vigente.

EVENTO A14 TER	CONTROLLO CLINICO, PRERICOVERO
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica e Infermiere: esecuzione esami di laboratorio, ECG, tampone vagino-rettale per GBS
Logistica	Ospedale San Francesco di Nuoro reparto di Ostetricia e ginecologia 2° piano AREA DEGENZA- Servizio di Preospedalizzazione 2° piano Ospedale San Francesco
Tempistiche	37+0 a 38
Documentazione prodotta	Cartella di prericovero

Allegati	Scheda rooming in Documentazione donazione solidale sangue cordonale
Indicazioni al paziente	Valutazione del rischio ostetrico: se BRO raccomandazioni per gravidanza fisiologica, se ARO raccomandazioni per gravidanza a medio/alto rischio
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con complicanze Paziente con patologie concomitanti e/o pregresse Paziente con problematiche psico-sociali
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Monitoraggio e valutazione del rischio della gravidanza
Note	

EVENTO A15	CARDIOTOCOGRAFIA (CTG)
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica: esecuzione cardiocografia, eco office e valutazione LA Dirigente Medico ginecologo: refertazione ctg, eco office e valutazione LA, eventuale Ecografia diagnostica
Logistica	Ospedale San Francesco di Nuoro reparto di Ostetricia e ginecologia 2°piano area Blocco Parto
Tempistiche	Da 40+0 a 41+3
Documentazione prodotta	Referto ctg Eventuale appuntamento controllo clinico successivo
Allegati	Scheda referto ctg
Indicazioni al paziente	Valutazione del rischio ostetrico: se BRO raccomandazioni per gravidanza fisiologica, se ARO raccomandazioni per gravidanza a medio/alto rischio
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con complicanze Paziente con patologie concomitanti e/o pregresse Paziente con problematiche psico-sociali Alterazioni al CTG
Rischi correlati	Complicanze materno/fetali
Obiettivi/traguardi sanitari	Monitoraggio e valutazione del rischio ostetrico.
Note	

--	--

EVENTO A16	INDUZIONE
Figure Coinvolte e relative attività	Dirigente Medico ginecologo: decisione del metodo di induzione e posizionamento del dispositivo farmacologico Ostetrica: sorveglianza e monitoraggio del travaglio di parto, eventuale somministrazione di terapie associate assistenza ostetrica di base
Logistica	Ospedale San Francesco di Nuoro reparto di Ostetricia e ginecologia 2° piano area Blocco parto
Tempistiche	Se induzione per gravidanza oltre il termine 41+3 Per patologia materna o fetale da 37+0
Documentazione prodotta	Cartella clinica Consenso informato
Allegati	Consenso informato
Indicazioni al paziente	Raccomandazioni comportamenti durante il periodo di induzione, informazione sulle procedure eseguite e sul controllo del processo
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con complicanze Paziente con patologie concomitanti e/o pregresse Paziente con problematiche psico-sociali Alterazioni al CTG
Rischi correlati	Complicanze materno/fetali
Obiettivi/traguardi sanitari	
Note	

EVENTO A17	PARTO IN ANALGESIA
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica: coadiuva l'anestesista durante la procedura di posizionamento catetere epidurale Ginecologo: dà il consenso alla partoanalgesia Anestesista: <ul style="list-style-type: none"> Valuta completezza della documentazione clinica preparto, cartella anestesiológica e consenso informato precedentemente firmato e confermato verbalmente dalla donna all'atto della richiesta di Partoanalgesia. Valuta criteri di eleggibilità per partoanalgesia: richiesta materna, consenso del Dirigente Medico Ginecologo di guardia, esami ematochimici nei ranges compatibili

	<p>con la gravidanza, assenza di patologie emocoagulative, assunzione di farmaci con azione su emostasi e funzione piastrinica e timing di sospensione adeguato secondo EBM (evidence based medicine).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si interfaccia con l'equipe multidisciplinare (Anestesista-Ginecologo-Ostetrica) in merito al timing di avvio della partoanalgesia (nei casi di travaglio precoce, travaglio avviato, induzione di travaglio di parto e patologie materno fetali) e applica in condivisione all'equipe gli algoritmi dell'eventuale urgenza/emergenza ostetrica. • Procede con il posizionamento del catetere peridurale secondo tecnica di epidurale semplice o tecnica combinata spinale-epidurale e successiva somministrazione farmacologica dopo consenso scritto in cartella da parte del Dirigente Medico Ginecologo.
Logistica	Ospedale San Francesco di Nuoro reparto di Ostetricia e ginecologia 2° piano area Blocco parto
Tempistiche	Anestesista: <ul style="list-style-type: none"> • Il tempo che intercorre dalla richiesta materna e l'avvio della Partoanalgesia non deve superare i 30 minuti in assenza di urgenze/emergenze ostetriche concomitanti. • La richiesta materna è indicazione medica sufficiente per l'avvio della partoanalgesia indipendentemente dalla dilatazione cervicale in assenza di controindicazioni ostetriche.
Documentazione prodotta	Cartella anestesilogica Cartella ostetrica
Allegati	
Indicazioni al paziente	Counselling comportamentale Anestesista: <ul style="list-style-type: none"> • Comunicazione efficace con la paziente favorendone la sua collaborazione e attiva partecipazione in tutte le fasi del travaglio in analgesia
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Paziente con complicanze Paziente con patologie concomitanti e/o pregresse Paziente con problematiche psico-sociali Alterazioni al CTG Anestesista: <ul style="list-style-type: none"> • Monitoraggio del blocco neuroassiale antalgico e sue eventuali complicanze • Alert precoce di urgenza/emergenza ostetrica
Rischi correlati	Legati alla tecnica e al quadro clinico ostetrico-neonatale
Obiettivi/traguardi sanitari	<ul style="list-style-type: none"> • Applicazione di LEA • Controllo del dolore in travaglio di parto come libera scelta della donna • Aumento della sicurezza materno-fetale per posizionamento precoce in travaglio di

	catetere peridurale per partoanalgesia ed eventuale taglio cesareo in emergenza.
Note	

EVENTO A18	SORVEGLIANZA E MONITORAGGIO MADRE E FIGLIO
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica- personale del Nido
Logistica	Sala parto
Tempistiche	Prime due ore di vita
Documentazione prodotta	Schede di monitoraggio (SIN 2023, schede di monitoraggio per prevenzione SUPC)
Allegati	Scheda di sorveglianza post natale SIN 2023. Lettera informativa mamme e consenso informato (n. p. 2023/332 del 01/02/2023)
Indicazioni al paziente	Istruzione familiare sulla postura e sicurezza contatto precoce
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Rispettare le tempistiche indicate in scheda sul rilievo dei parametri. Chiamata di aiuto in caso di rilievi patologici come indicato in documento SIN 2023.
Rischi correlati	Attenzione alla corretta posizione delle vie aeree del neonato, eliminare fonti di distrazione (cellulare) non lasciare la puerpera da sola. Specificare le modalità di chiamata di aiuto del paziente e familiari.
Obiettivi/traguardi sanitari	Garantire l'avvio del contatto precoce ai neonati prevenendo la SUPC.
Note	

EVENTO A19	SKIN TO SKIN, ROOMING, ASSISTENZA, SUPPORTO, AVVIO ALLATTAMENTO
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica- personale del Nido
Logistica	SALA PARTO-REPARTO DI OSTETRICIA
Tempistiche	Dopo le 2 ore dalla nascita
Documentazione prodotta	Schede di monitoraggio (SIN 2023 , schede di monitoraggio per prevenzione SUPC)
Allegati	Scheda di sorveglianza post natale SIN 2023. Lettera informativa mamme e consenso

	informato (n. p. 2023/332 del 01/02/2023)
Indicazioni al paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Tenere il neonato in culletta acclusa se la madre si deve riposare, • Si sconsiglia la condivisione del letto** • Informazione sulla prevenzione della SUPC in particolare illustrare la corretta posizione del neonato con le vie aeree libere in grembo materno e supino in culletta.*** • Chiamare aiuto se la madre accusa stanchezza o rileva problemi del neonato <p>**Durante il rooming-in si raccomanda ai genitori di non condividere il letto con il neonato che, a poppata o contatto terminati, deve essere adagiato nella propria culla in posizione supina (<i>"a pancia in su"</i>) e con il viso e il collo liberi da coperte. Le società scientifiche attualmente raccomandano di evitare la condizione del <i>co-sleeping</i>, giudicata non sicura, suggerendo di riporre il bambino a fine poppata nella propria culla, in particolare quando non siano presenti altri <i>caregiver</i> (familiari o operatori sanitari). Questa prudenza è giustificata ben oltre la permanenza di mamma e bambino nel Punto Nascita e interessa tutti i primi 6 mesi di vita.</p> <p>La biancheria del neonato non deve contenere residui di detergenti aggressivi e profumati, ne profumi aggiunti.</p> <p>***un'attenta sorveglianza del bambino da parte dei genitori e del personale sanitario, riguarda in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il mantenimento di una POSIZIONE del bambino corretta, con BOCCA e NASO liberi • La rilevazione di un RESPIRO REGOLARE • La rilevazione di un BEL COLORITO • La rilevazione di una BUONA REATTIVITA' <p>Se il bambino, non respira bene oppure non è roseo, chiamare immediatamente e/o suonare il campanello di emergenza!</p> <p>Se la mamma ha ricevuto un'anestesia, una sedazione, o dopo il parto non è in grado di osservare il proprio bambino, Il papà se presente e/o il personale sanitario dovranno osservare il bambino, mentre viene mantenuto il contatto pelle a pelle con la mamma. Il personale sanitario inoltre, a intervalli di tempo stabiliti, rileverà i parametri di monitoraggio da riportare in una apposita scheda redatta allo scopo sulla base delle attuali evidenze scientifiche e applicata anche durante la degenza successiva.</p> <p>In certi casi, tuttavia, lasciare il bambino nella culletta, è la scelta più sicura l'uso del cellulare può distogliere la mamma dall'interazione col bambino e dalla sua usuale osservazione. Si invita quindi a mantenerlo spento nel periodo trascorso in sala parto con il figlio.</p>

	<p>Azioni che riducono il rischio di Sindrome della morte improvvisa del neonato (Sudden Infant Death Syndrome - SIDS):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Far dormire il Bambino supino, poggiato sulla sua schiena (<i>"a pancia in su"</i>) • Tenere scoperte la testa e la faccia • Tenere il bambino lontano dal fumo prima e dopo la nascita • Far dormire il bambino in un lettino sicuro vicino al letto dei genitori • Non fumare prima o dopo la nascita. • Non usare coperte da letto soffici o rigonfie <p>NB: Facendo dormire il bambino sul fianco o sulla pancia si aumenta il rischio di SIDS Fumare durante la gravidanza e vicino al bambino dopo la nascita aumenta il rischio di SIDS</p>
Alert particolari (indirizzati agli operatori)	<p>Vedi sopra A18</p> <p>Rispettare le tempistiche indicate in scheda sul rilievo dei parametri. Chiamata di aiuto in caso di rilievi patologici come indicato in documento SIN 2023.</p>
Rischi correlati	
Obiettivi/traguardi sanitari	Promozione allattamento al seno. Prevenzione SUPC. Garantire rooming in
Note	

EVENTO A20	ASSISTENZA OSTETRICA E/O INTENSIVA
Figure Coinvolte e relative attività	Ostetrica: Assistenza ostetrica a pz con patologia. Assistenza ostetrica di base e assistenza ostetrica ad alta complessità
Logistica	U.O. Ostetricia PO Nuoro San Francesco Blocco Parto
Tempistiche	Dal ricovero alla risoluzione della patologia in atto.
Documentazione prodotta	Cartella ostetrica
Allegati	Eventuali consulenze specialistiche, esami strumentali
Indicazioni al paziente	Counselling comportamentale, colloquio dettagliato delle procedure assistenziali.

Alert particolari (indirizzati agli operatori)	Variazione e/o peggioramento del rischio ostetrico
Rischi correlati	Complicanze materne
Obiettivi/traguardi sanitari	Riportare la donna a condizioni di fisiologia
Note	

EVENTO A21 – A22	ASSISTENZA NEONATALE E/O INTENSIVA - DIMISSIONE E ASSISTENZA POST NASCITA CON INDICAZIONE INVIO AL CONSULTORIO
Figure Coinvolte e relative attività	Dirigente Medico Neonatologo personale del comparto UO Pediatria Tin Nido
Logistica	Sala Parto/ sala operatoria-Nido-terapia intensiva Neonatale
Tempistiche	Su base clinica
Documentazione prodotta	LG su rianimazione neonatale
Allegati	NU005_ALL.12_ROOMING IN NU005_ALL.13_ALLATTAMENTO AL SENO NU005_ALL.14_LATTE ARTIFICIALE NU005_ALL.15_SCREENING UDITIVO
Indicazioni al paziente	<p>Durante la degenza il neonato eseguirà gli accertamenti di routine, gli esami di screening obbligatori e facoltativi previsti, e lo screening uditivo da parte del personale della UOC ORL con ripetizione e ulteriori esami se risultato dubbio</p> <p>Il personale di assistenza svolge un ruolo di sostegno alla madre e al neonato, promuove e favorisce l'allattamento al seno, dà gli opportuni consigli di puericultura, interviene in caso di problemi o difficoltà, sorveglia l'adattamento del neonato nei primi giorni di vita.</p> <p>Dopo le cure assistenziali quotidiane al Nido, il neonato starà con la mamma, se lo desidera ed è in grado di farlo, per tutta la giornata, salvo il tempo necessario per essere sottoposto alle visite pediatriche e diverse eventuali necessità.</p> <p>La madre avrà cura dell'igiene del bambino (cambio pannolino, medicazione ombelicale) trasportandolo in sicurezza esclusivamente con la culletta all'interno del Nido, dove troverà il Personale sempre disponibile per il necessario supporto e aiuto.</p> <p>Il Dirigente Medico di reparto è a disposizione per ogni chiarimento in merito.</p> <p>In caso di patologia con richiesta di assistenza intensiva il neonato andrà trasferito nel reparto TIN per la relativa assistenza</p> <p>All'atto della dimissione previo colloquio con il pediatra neonatologo, il neonato viene avviato al successivo percorso assistenziale.</p>
Alert particolari	Rispettare le tempistiche indicate in scheda sul rilievo dei parametri. Chiamata di aiuto in

(indirizzati agli operatori)	caso di rilievi patologici come indicato in documento SIN 2023. Utilizzo schede di monitoraggio allattamento al seno
Rischi correlati	Vedi prevenzione supc
Obiettivi/traguardi sanitari	Promozione allattamento al seno. Prevenzione SUPC. Garantire rooming in
Note	

MONITORAGGIO E PROGETTI DI MIGLIORAMENTO DEL PDTA

INDICATORI DI VOLUME, PROCESSO, ESITO

N.	Indicatore	Fonte	Periodicità	Standard atteso
1	N. di donne che hanno partecipato al Corso Accompagnamento alla Nascita	DB Consultorio	Annuale	Non applicabile
2	N. di coppie che partecipano al Corso Accompagnamento alla Nascita	DB Consultorio	Annuale	Non applicabile
3	N. di bambini seguiti nel primo mese di vita (Consultorio Nuoro)	DB Consultorio	12 mesi	Non applicabile
3	N. di parti totali	SIO	12 mesi	Non applicabile
4	N. di parti cesarei	SIO	12 mesi	Non applicabile
5	N. di parti cesarei prima classe di Robson	SIO	12 mesi	Non applicabile
6	N. di parti in analgesia /N. parti spontanei	SISAR	12 mesi	Non applicabile
7	N. di Consulenze anestesologiche preparto/totale parti	Preospedalizzazione	3 mesi	95%
8	N. cateteri peridurali posizionati in travaglio di parto/ totale parti	SISAR Registro parti	3 mesi	Non applicabile
9	N. di parti operativi con kiwi	SIO	Da definire	Da definire
10	N. di parti spontanei	SIO	Da definire	Da definire
11	N. di parti totali /(pazienti residenti)	SIO	Da definire	Da definire
12	N. di parti in analgesia /(pazienti residenti)	SIO	Da definire	Da definire
13	% di bambini allattati al seno seguiti in consultorio	Consultorio	Da definire	Da definire
14	N. di parti dei residenti presso ASL di Nuoro / su n. totale di parti dei residenti	Consultorio	Da definire	Da definire

ALLEGATI

All. N.	Codice	Titolo descrittivo documento
1	NU005_ALL.1_ANAMNESI PAT	Anamnesi psicologica
2	NU005_ALL.2_SCHEDA VRO	Scheda regionale di Valutazione del Rischio Ostetrico
3	NU005_ALL.3_SCREENING	Scheda di screening
4	NU005_ALL.4_IAN	Incontri di Accompagnamento alla Nascita
5	NU005_ALL.5_DIABETE GESTAZIONALE	Protocollo per la gestione del diabete gestazionale e pregravidico
6	NU005_ALL.6_PARTO IN ANONIMATO	Parto in anonimato
7	NU005_ALL.7_LG OMS	Linee Guida sulle cure intrapartali OMS e VBAC
8	NU005_ALL.8_SUPC	Scheda di prevenzione della supc
9	NU005_ALL.9_MAMME FELICI	Progetto "mamme felici"
10	NU005_ALL.10_POST DIMISSIONE	L'accoglienza del neonato dopo la dimissione
11	NU005_ALL.11_1000 GIORNI	Opuscolo 1000 giorni
12	NU005_ALL.12_ROOMING IN	Assistenza neonatale e rooming in
13	NU005_ALL.13_ALLATTAMENTO AL SENO	Scheda monitoraggio allattamento al seno
14	NU005_ALL.14_LATTE ARTIFICIALE	Consenso informato latte artificiale
15	NU005_ALL.15_SCREENING Uditivo	Screening uditivo per neonati
16	PR_PREOSP_001	Procedura di Prericovero e Valutazione Anestesiologica Preparto della Donna Gravida