



Adottata dal Commissario Straordinario in data - 4 MAG. 2016

Deliberazione N. 788

OGGETTO : Approvazione ed attuazione del "Percorso Clinico Assistenziale Percorso nascita"

Publicata all'Albo dell'Azienda Ospedaliera a partire dal - 5 MAG. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO Dott.ssa Graziella Pintus
Coadiuvato dal
Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata
Direttore Sanitario Dott.ssa Maria Gabriella Nardi

Su proposta della Direzione Medica di Presidio

- Premesso** che con atto deliberativo n° 319 del 28.02.2012 questa Amministrazione aveva Provveduto a conferire l'incarico di consulenza per la costituzione dei Percorso Clinici Assistenziali alla RTI Luiss- FormaMentis;
- Atteso** altresì che con atto n° 577 del 15.04.2013 si è provveduto, a seguito della sopra giunta esigenza di ridefinire e modificare, nei limiti di legge, gli obiettivi del progetto, all'integrazione del suddetto servizio;
- Considerato** che, con la partecipazione attiva di tutti i Reparti afferenti, il Percorso Clinico Assistenziale del Percorso Nascita è stato ultimato;
- Ritenuto** pertanto di approvare ed attuare il suddetto "Percorso Clinico Assistenziale del Percorso Nascita";

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

Ai sensi delle normative vigenti

DELIBERA

- 1) di approvare ed attuare il suddetto "Percorso Clinico Assistenziale del Percorso Nascita";
- 2) di darne comunicazione a tutti i Reparti interessati

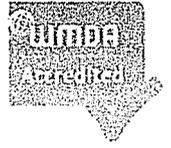
Il Direttore Amministrativo
Dott.ssa Laura Balata

Il Commissario Straordinario
Dott.ssa Graziella Pintus

Il Direttore Sanitario
Dott.ssa Maria Gabriella Nardi



Registro nazionale Italiano Donatori Midollo Osseo
 Italian Bone Marrow Donor Registry
 and Italian Cord Blood Network



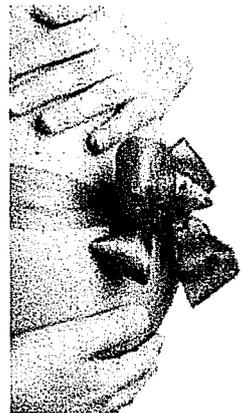
Allegato A-SCO (V3 1/7 feb. 2016)

LA DONAZIONE DEL SANGUE DA CORDONE OMBELICALE

Gentile Signora/e,

il sangue contenuto nel cordone ombelicale (SCO) e raccolto al momento del parto, rappresenta una preziosa sorgente di cellule staminali emopoietiche, quelle stesse cellule che sono contenute nel sangue periferico e nel midollo osseo e che sono capaci di generare le cellule del sangue (globuli rossi, globuli bianchi e piastrine).

Il sangue cordonale può essere utilizzato, come il midollo osseo e le cellule staminali del sangue periferico, per effettuare il trapianto in pazienti affetti da molte malattie ematologiche (leucemie, linfomi) e da malattie genetiche quali ad esempio l'anemia mediterranea o Morbo di Cooley.



Il SCO raccolto al momento del parto viene conservato presso una Banca pubblica di SCO, che ha come suo obiettivo prioritario conservare le unità che sono donate e che rispondono a precisi requisiti di qualità, per renderle disponibili, attraverso il registro nazionale dei donatori di midollo osseo, per il trapianto di pazienti italiani e stranieri, che con questa preziosa risorsa potrebbero essere sottoposti ad un trattamento terapeutico che dia loro una reale possibilità di guarigione.

Le Banche, che operano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), oltre che raccogliere e conservare le donazioni solidaristiche del sangue cordonale, conservano il SCO per uso dedicato, cioè in tutti quei casi in cui esso può essere utilizzato per un membro della famiglia affetto da una patologia curabile con le cellule staminali emopoietiche, oppure nel caso in cui nell'ambito della famiglia stessa vi sia un elevato rischio di malattie genetiche, che potrebbero riguardare futuri figli. Queste prestazioni, a fronte della presentazione di motivata documentazione clinica, sono offerte dalle Banche senza alcun onere economico per il paziente e la sua famiglia.

La raccolta e la conservazione del sangue da cordone ombelicale, per tutte le finalità suindicate, potrà essere effettuata solo a fronte della sottoscrizione da parte Sua e del Suo partner, ove possibile, di un consenso informato. L'unità, se rispondente ai requisiti necessari per poterla impiegare a fini terapeutici, verrà sottoposta ad una serie di esami e resa disponibile per la selezione da parte di Centri

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

di Trapianto italiani ed esteri. Qualora l'unità risulti compatibile con un paziente in attesa di trapianto, l'unità sarà rilasciata dalla Banca al Centro Trapianti per questo scopo.

Il SCO è un prodotto biologico di origine umana e può pertanto trasmettere malattie infettive quali l'epatite B, l'epatite C, l'AIDS e la sifilide oltre ad altri possibili agenti infettivi. Per tale ragione è necessario che Lei e il Suo partner, ove possibile, vi rendiate disponibili ad un colloquio individuale strettamente riservato con un medico specialista o con personale sanitario adeguatamente formato, che raccoglierà la Sua storia clinica, quella del Suo partner e quella delle Vostre famiglie. Le chiediamo di compilare un apposito questionario, che contiene anche domande relative al comportamento sessuale, a cui la preghiamo di rispondere al fine di escludere qualunque possibile fattore di rischio comportamentale potenzialmente implicato nella trasmissione di tali infezioni. Il medico specialista o il personale sanitario accerterà anche il Suo stato di salute ed il decorso della gravidanza al fine di escludere, al momento del colloquio, la presenza di qualsiasi elemento predisponente a condizioni di rischio per Lei e il Suo bambino al momento del parto. Le condizioni ostetriche dovranno in ogni caso essere rivalutate nell'imminenza del parto.

Al fine di garantire la totale sicurezza del SCO, è necessario che Lei acconsenta al momento del parto ad un prelievo di sangue per l'esecuzione dei test relativi alle malattie trasmissibili sopra dette, compresi i test relativi all'infezione da HIV. Trascorsi almeno sei mesi dalla nascita del bambino, deve inoltre acconsentire a essere ricontattata dalla Banca del sangue cordonale per comunicare lo stato di salute del neonato e, nei casi previsti dalla Legge (es. trasfusione o somministrazione di immunoglobuline anti-D a meno di 16 settimane dal parto), a sottoporsi alla ripetizione degli esami infettivologici eseguiti al momento del parto. Queste informazioni sono molto importanti per decidere se utilizzare per trapianto il SCO donato. Sul sangue materno, così come sul SCO raccolto, saranno effettuati degli esami indispensabili per valutare la compatibilità; sul sangue cordonale inoltre sarà effettuata la ricerca di alterazioni congenite dell'emoglobina (emoglobinopatie) e potranno essere effettuati test aggiuntivi per la ricerca di ulteriori malattie genetiche, solo se espressamente richiesti dal Centro Trapianto, e il cui esito Le sarà comunicato se utile per la salute di Suo figlio. In qualunque momento potrà richiedere i risultati degli esami effettuati a Lei e/o il suo bambino. Un campione del Suo sangue verrà conservato dalla Banca ed eventualmente utilizzato per ulteriori esami qualora richiesti dal Centro Trapianti.

E' possibile che il Suo campione di sangue congelato venga trasferito al Centro Trapianti per effettuare presso i propri laboratori gli esami che si rendessero necessari al fine dell'uso terapeutico del SCO.

Se i test di laboratorio fornissero esito positivo, sarà cura della Banca informarLa tempestivamente, nel rispetto della privacy e dei codici deontologici, in modo assolutamente riservato, e comunicarLe il destino della Sua donazione e fornirLe tutte le spiegazioni del caso.

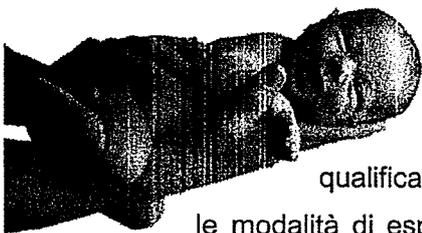
La donazione del SCO è totalmente volontaria e potete richiedere la consulenza di un medico di Vostra fiducia prima di sottoscrivere il consenso informato. In ogni caso, prima della raccolta, potrete ritirare la Vostra adesione in qualsiasi momento. La scelta di non partecipare o ritirarVi da questo programma non richiederà giustificazioni da parte Vostra né comporterà discriminazioni da parte dei sanitari né influenzerà in alcun modo le cure necessarie a Voi e al Vostro bambino. In caso di donazione solidaristica, successivamente alla raccolta, il consenso non potrà essere ritirato e Lei non potrà avanzare alcun diritto sull'unità di sangue cordonale.

Alcune delle domande che Vi verranno poste sono di natura personale e possono causare imbarazzo; potete leggere le domande del questionario di idoneità prima di decidere se partecipare.

Potrete richiedere in qualsiasi momento **informazioni riguardo alla disponibilità** e/o eventuale utilizzo dell'unità SCO da Voi donata e potrete richiedere **informazioni circa gli studi di ricerca scientifica** effettuati dalla Banca, anche se non strettamente utili per la Vostra salute.

In caso di sopraggiunte esigenze di un utilizzo clinico intrafamiliare e disponibilità dell'unità SCO da Voi donata, quest'ultima sarà messa a Vostra disposizione dietro richiesta di un sanitario e riscontro di compatibilità, senza costo alcuno per Voi. Avete diritto ad una copia del Consenso Informato da Voi sottoscritto. Il materiale biologico donato e tutti i dati relativi alla donazione si intendono utilizzabili esclusivamente per quanto sottoscritto nel Consenso Informato.

RACCOLTA, BANCAGGIO, CONSERVAZIONE E UTILIZZO DEL SCO



Raccolta. Il SCO, può essere raccolto esclusivamente in parti spontanei a termine non complicati ($\geq 37^{\circ}$ settimana di gestazione) e nei parti cesarei di elezione da personale sanitario addestrato e qualificato; la raccolta richiede pochi minuti e viene effettuata senza modificare le modalità di espletamento del parto, dopo che il SCO è stato reciso e dopo che il bambino è stato allontanato dal campo operativo e affidato alle cure che gli sono dovute. La procedura di raccolta non comporta pertanto alcun rischio né per la madre né per il neonato e prevede il recupero del sangue rimasto nel SCO in un'apposita sacca. La sacca e tutti i materiali utilizzati sono sterili e validati per l'uso specifico; le procedure attuate garantiscono il rispetto di elevati livelli di sicurezza e sono strettamente monitorate.

Bancaggio e conservazione. L'unità viene trasferita presso la Banca di SCO e sottoposta a una serie di controlli ed esami per definire le caratteristiche del sangue raccolto e stabilirne l'idoneità alla conservazione e all'uso terapeutico. Vengono bancate esclusivamente le unità cordonali che rispondono ai requisiti di qualità e sicurezza definiti dalle leggi vigenti, con l'obiettivo di offrire unità sicure ed efficaci. L'unità verrà bancata solo se tutti gli esami infettivologici saranno risultati negativi e

se al suo interno è contenuto un numero minimo di cellule, tale da rendere utilizzabile il campione a scopo trapiantologico. Se valutato idoneo, il SCO viene congelato secondo procedure che ne garantiscono la vitalità a lungo termine e conservato allo stato congelato a temperature bassissime, in azoto liquido (-196°C), in contenitori di stoccaggio costantemente monitorati tramite un sistema di registrazione e di allarme. Tutte le procedure sono rigorosamente documentate per garantire la rintracciabilità del SCO e la sua immediata disponibilità nel caso di richiesta da parte di un Centro che ha in cura un paziente che necessita di un trapianto di cellule staminali.



Utilizzo. I dati relativi all'unità SCO sono inseriti in un Registro Internazionale di Donatori di cellule staminali, nel quale sono identificabili solo attraverso un codice. Nel Registro l'unità di SCO può essere selezionata e risultare compatibile con un qualsiasi paziente sia nazionale che internazionale. In questo caso l'unità viene inviata ed utilizzata per il trapianto di cellule staminali emopoietiche.

BENEFICI ATTESI

1. Per Voi e per il/la Vostro/a bambino/a:

- l'opportunità e la soddisfazione di compiere **“un grande atto di solidarietà”** dal momento che con la donazione del sangue cordonale è possibile salvare la vita ad un bambino o ad un adulto affetti da patologie curabili con il trapianto di cellule staminali emopoietiche;
- il contributo alla costituzione di un inventario di unità SCO a scopo trapiantologico può rappresentare un beneficio per il donatore stesso dal momento che l'unità conservata potrebbe comunque essere ancora disponibile nel caso in cui in ambito familiare si delineasse la necessità di un suo utilizzo e che tra tutte le unità conservate potrebbe essere identificata un'unità compatibile
- la **disponibilità dell'unità SCO** per il Vostro bambino o altri familiari (fratello/sorella HLA compatibile) **in caso di bisogno**, se ancora non utilizzata per altri pazienti. In questi casi il sangue cordonale conservato verrà messo a Vostra disposizione. Nel caso in cui l'unità fosse già stata utilizzata, ma sia stata confermata la compatibilità HLA tra il bambino e il familiare che necessita del trapianto, le cellule staminali possono essere prelevate in alternativa dal midollo osseo o dal sangue periferico. Se invece fosse il bambino ad ammalarsi, le Sue cellule staminali raccolte alla nascita potrebbero già presentare i marcatori di malattia e quindi non utilizzabili per la terapia della stessa. È comunque possibile l'attivazione dei Registri Internazionali dove sono disponibili oltre 550.000 unità di sangue cordonale e oltre 20.000.000 di donatori adulti tipizzati.

2. Per la società:

- la possibilità di trapiantare numerosi pazienti affetti da gravi patologie curabili con il trapianto di cellule staminali emopoietiche che non trovano un donatore in ambito familiare o all'interno dei Registri Internazionali di Midollo Osseo.
- la disponibilità di importanti risorse biologiche necessarie per studi di ricerca, qualora acconsentiate a mettere a disposizione l'unità donata, risultata non idonea per le finalità terapeutiche, per la ricerca.

RISCHI E POSSIBILI DISAGI

1. Per la mamma ed il neonato:

La raccolta del SCO è assolutamente **indolore, sicura e non invasiva** per la mamma e per il neonato. La raccolta viene effettuata da personale sanitario professionalmente qualificato mediante formazione documentata, mentre altri sanitari prestano alla mamma e al neonato assistenza che è, in ogni caso, prioritaria.

2. Per la mamma:

Il prelievo di sangue venoso periferico materno per i test infettivologici è di pochi millilitri: i disagi che il prelievo Le potrà arrecare sono lievi e del tutto analoghi a qualsiasi prelievo di sangue.

ALTERNATIVE

Le possibili alternative al programma di donazione allogenica a fini solidaristici sono:

1. non adesione al programma di donazione (autoesclusione per motivi personali, sanitari, religiosi): in tal caso il SCO di Vostro figlio verrà scartato insieme con la placenta e gli annessi, nei comuni rifiuti sanitari.
2. conservazione del SCO di Vostro figlio in Banche Private all'estero per uso autologo e/o intrafamiliare mediante procedura di esportazione prevista dalle normative vigenti. La conservazione per uso autologo non è consentita in Italia perché non è sostenuta da evidenze scientifiche e non rappresenta un livello essenziale di assistenza. Tutti i costi relativi a questa procedura sono a carico della coppia richiedente.
3. Nel caso in cui le analisi rilevassero che l'unità di sangue non è idonea per fini terapeutici, l'unità potrà essere eliminata, oppure, se Lei acconsente, utilizzata per scopi di ricerca.

RICERCA SCIENTIFICA E ALTRI POSSIBILI UTILIZZI DELLE UNITÀ NON IDONEE PER IL TRAPIANTO

La Sua donazione, se non rispondente ai requisiti di qualità indispensabili per l'uso trapiantologico, può rappresentare una importante risorsa anche per scopi di ricerca. Le unità già indirizzate alla conservazione per fini trapiantologici potranno essere utilizzate per scopi di ricerca soltanto nel caso che, per eventi imprevisti, esse risultassero non più idonee alla conservazione. L'eventuale utilizzo a scopi di ricerca potrà riguardare: controlli di qualità, tecniche di conservazione, congelamento e scongelamento; ricerca di base ed applicata nel campo ematologico, trapiantologico e trasfusionale. Il sangue cordonale sarà utilizzato esclusivamente dalla Banca oppure, se Lei acconsente, da altri gruppi di ricerca collegati alla Banca che operino in conformità alla normativa vigente e alle linee guida di riferimento sull'etica della ricerca scientifica. L'eventuale trasferimento ad altri Centri per scopi di ricerca riguarderà esclusivamente il campione biologico irreversibilmente anonimizzato: non verranno trasferiti i dati personali né Suoi, né di Suo/a figlio/a. I dati personali rimarranno invece conservati, con le dovute protezioni, dalla Banca di provenienza, dove soltanto il personale autorizzato avrà la possibilità di accedervi. In nessun caso il campione biologico sarà ceduto a soggetti terzi per scopi di lucro.

Eventuali risultati scientificamente rilevanti saranno dunque anonimi e diffusi come tali ed in forma aggregata.

Le ricerche non avranno mai scopo di lucro. Né Lei, né Suo/a figlio/a trarranno vantaggi dalle ricerche stesse.

COSTI E COMPENSI

Non ci saranno spese a Vostro carico né compensi per la donazione a fini solidaristici. La prestazione sanitaria viene garantita come prestazione istituzionale nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza.

CONSENSO

Se Lei è favorevole alla donazione di SCO, Le chiediamo di acconsentire alla raccolta sottoscrivendo il modulo di consenso. Le ricordiamo che il consenso non potrà essere ritirato dopo la raccolta.

Separatamente, Le viene proposta anche la possibilità di consentire l'utilizzo per scopi di ricerca nel caso in cui il SCO non risulti idoneo alla conservazione o qualora il campione perdesse l'idoneità all'utilizzo terapeutico. In quest'ultimo caso, Lei ed eventualmente Suo/a figlio/a (quando raggiunga la capacità di esprimere un consenso consapevole) potranno ritirare il consenso limitatamente per tale

utilizzo: in tal caso il campione che perdesse l'idoneità ad utilizzi terapeutici sarà eliminato e non utilizzato per ricerche.

La sottoscrizione del Consenso non costituisce obbligo per il personale sanitario a effettuare la raccolta e non possiamo garantire che il SCO di Vostro/a figlio/a venga raccolto e conservato; nonostante la professionalità e tutto l'impegno del personale e le garanzie di sostenibilità del programma da parte delle strutture sanitarie coinvolte, possono infatti verificarsi condizioni cliniche (la priorità in sala parto è rappresentata dall'assistenza alla madre e al bambino), procedurali e organizzative che non consentono la raccolta e/o la conservazione dell'unità.

ULTERIORI INFORMAZIONI

Questo documento è stato redatto in conformità ai principali documenti di etica e ai codici di deontologia medica.

Qualunque sia la Vostra decisione, Vi ringraziamo per la disponibilità.

L'eventuale adesione è un atto sociale che offre speranze di cura e di vita e che potrebbe contribuire alla ricerca scientifica.

Tutte le informazioni saranno trattate nel rispetto della normativa italiana sulla tutela dei dati personali (Decreto legislativo 196/2003 e successivi provvedimenti).

Per qualsiasi ulteriore informazione potrà rivolgersi al Responsabile della Banca di riferimento

....., tel.....

o al Responsabile del Centro di Raccolta , tel.....

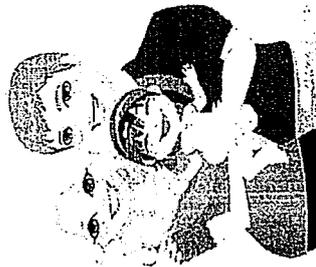
*Le mamme sanno già tutto, ma non lo sanno
Noi dobbiamo convincerle che loro sanno partorire e i loro
neonati nascere. (L. Braibanti)*

*Non esiste il modo ideale di partorire, uguale per
tutte le donne, non lo si può insegnare, ognuna deve
trovare dentro di sé il modo più giusto.*

*Le ostetriche durante gli incontri accompagnano la
donna e la coppia in un percorso di conoscenza della
fisiologia della gravidanza, parto e allattamento,
consapevolezza del proprio corpo, dei suoi limiti,
delle sue potenzialità e risorse.*

Obiettivi degli incontri:

- + prevenire le situazioni di rischio per madre e bambino,
- + preparare al parto naturale,
- + promuovere l'allattamento al seno
- + ridurre l'incidenza del taglio cesareo



*Il corso di accompagnamento alla nascita
è suddiviso in 8 incontri a cadenza
settimanale, ad iniziare dalla 28°
settimana di gravidanza.*

*Gli incontri si svolgono nell'A.O.Brotzu, nella
palestra della fisioterapia al piano terra nei
seguenti giorni:*

lunedì dalle 15.30 alle 17.30

ostetriche:

Anna Maria Atzori tel. 333.8671227

Giacomina Giagheddu tel.346.7611294

mercoledì dalle 16.00 alle 18.00

Dina Pilloni tel 393.0074984

Ornella Urrai tel.328.7118877

*Per le prenotazioni rivolgersi direttamente ai
numeri sopra indicati.*



Sistema Sanitario
Regione Sardegna

Azienda Ospedaliera Brotzu

U.O. OSTETRICIA E GINECOLOGIA

DIRETTORE DR. G. CHESSA

CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA



Ogni incontro si compone di 4 momenti:

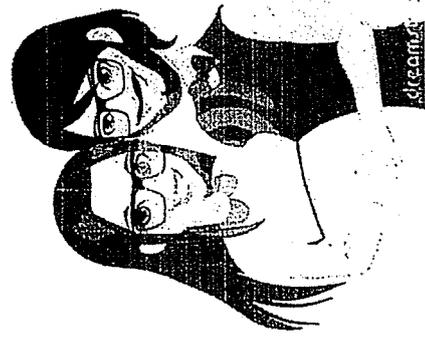
- ✦ Apertura
- ✦ Argomenti del giorno
- ✦ Lavoro sul corpo – rilassamento
- ✦ Chiusura

ARGOMENTI TRATTATI

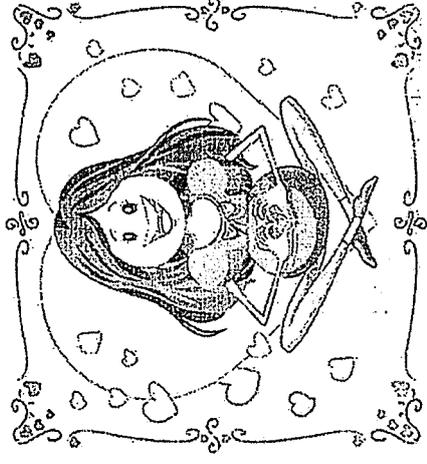
- ✓ Cenni di anatomia e fisiologia dell'apparato genitale femminile.
- ✓ Spiegazione delle trasformazioni in gravidanza e condivisione da parte delle partecipanti dei propri cambiamenti.
- ✓ Presa di coscienza della muscolatura perineale e della sua importanza, con relativi esercizi mirati all'apertura e chiusura del perineo e bacino.
- ✓ Spiegazione delle fasi del travaglio, consigli su come affrontarlo al meglio, con illustrazione delle posizioni più favorevoli.

INCONTRI CON LE COPPIE

Gli incontri di accompagnamento alla nascita, per i futuri genitori, rappresentano un momento di condivisione con altre coppie che stanno vivendo la stessa esperienza. Si possono esporre dubbi e paure in modo da affrontare la gravidanza, il travaglio ed il parto in modo migliore e più consapevole. Gli argomenti trattati saranno centrati su un percorso informativo e di sostegno alla coppia, per aiutarli nella transazione alla genitorialità.



- ✓ Accettazione e funzione del dolore in travaglio associato a tecniche di rilassamento e respirazione
- ✓ Analgesia epidurale
- ✓ Donazione del sangue cordonale
- ✓ Motivazioni possibili del taglio cesareo
- ✓ Illustrazione dell'intervento
- ✓ Cure al neonato
- ✓ Allattamento



SCHEDA CONSENSO INFORMATO ANALGESIA OSTETRICA

Nome _____ Cognome _____

In vista del parto ed a seconda delle modalità di espletamento dello stesso (Parto Spontaneo, Parto Operativo, Taglio Cesareo), dichiaro di essere stata esaurientemente informata sui tipi di tecniche anestesiolgiche a cui potrei essere sottoposta (Generale, Spinale, Epidurale, Combinata Spino-Peridurale) e sugli effetti che queste hanno o potrebbero avere su di me e sul feto, sulle tecniche di monitoraggio delle funzioni vitali, sulle possibili complicanze: puntura durale; ematoma epidurale; dolore transitorio in sede di puntura; lombalgia transitoria e permanente; analgesia incompleta e/o insuccesso della tecnica; mortalità materna.

Per quanto riguarda il feto ed il neonato non sono noti significativi effetti negativi.

Sono stata informata anche della possibilità che su indicazione del ginecologo presente al parto venga sospesa l'analgesia peridurale in travaglio.

Come complemento informativo mi è stato consegnato un opuscolo sull'epidurale in travaglio o per il taglio cesareo, che ne illustra la tecnica, le indicazioni, le controindicazioni e gli effetti collaterali. Avendo ben compreso quanto illustratomi, dichiaro di essere stata informata per quanto riguarda i relativi rischi, complicanze e in seguito a mia richiesta acconsento che mi venga applicata una delle tecniche su esposte.

Accetto l'eventualità che l'anestesista, su richiesta del ginecologo di guardia o per motivi specialistici, possa modificare la tecnica concordata, se fosse a suo giudizio, necessario. Dichiaro di aver ricevuto esaurienti risposte alle mie richieste di chiarimenti.

La mia condizione clinica in particolare mi sottopone ai seguenti rischi specifici:

- Maggiore difficoltà nel reperimento dello spazio peridurale
- Incompleta diffusione dei farmaci nello spazio peridurale
- Analgesia/anestesia incompleta o a "macchia di leopardo"
- Parestesia transitoria
- Conversione ad altro tipo di anestesia
- Ipotensione arteriosa
- Nausea e/o vomito
- Prurito
- Somministrazione di sangue e/o emoderivati
- Difficoltà di intubazione orotracheale (avulsione dentale, tracheotomia, ecc)
- Aumento del rischio di mortalità per anestesia generale
- Possibile trasferimento in UTI

Firma della
paziente _____

Firma dell'anestesista a cui è stato espresso il consenso

Data _____ Ora _____

Per le future mamme..



AZIENDA OSPEDALIERA C. BROTTU
CAGLIARI

SERVIZIO ANESTESIA E TERAPIA ANTALGICA

...Breve guida al parto indolore

Per nove mesi vostro figlio vive e cresce dentro di voi, nove mesi durante i quali si dà origine ad una meraviglia della natura. Anche per voi questi nove mesi sono un periodo di grande preparazione. Ciascun movimento del vostro bambino vi ricorda il giorno del parto e voi: vi ponete una serie di domande pratiche e tecniche, specie se questo sarà il vostro primo parto.

L'incognita

Partorire è doloroso? È naturale che vi poniate questa domanda, soprattutto se siete alla prima gravidanza. Rispondere non è facile perché il dolore del parto è una esperienza soggettiva.

Qualche donna soffre molto, qualche altra sopporta molto bene il dolore.



Il dolore: che cosa è?

Il corpo umano è percorso da nervi che attraverso delle speciali cellule trasmettono al cervello tutte le nostre sensazioni; il dolore è una di queste. Ogni nervo trasmette le sensazioni che noi percepiamo in una determinata parte del nostro corpo.

Il cervello è come una centrale che, grazie ai nervi, tiene sotto controllo il nostro organismo e può così prendere delle decisioni per conservare il nostro benessere. I comandi inviati dal cervello, come ad esempio quello di muovere una mano, viaggiano attraverso gli stessi nervi.

Ogni sensazione ha un significato preciso: la sete ci spinge a bere, mentre una gamba informicolata ci fa cambiare posizione.

Il dolore, lieve o forte che sia, ha uno scopo molto importante: metterci in guardia su quello che sta accadendo.

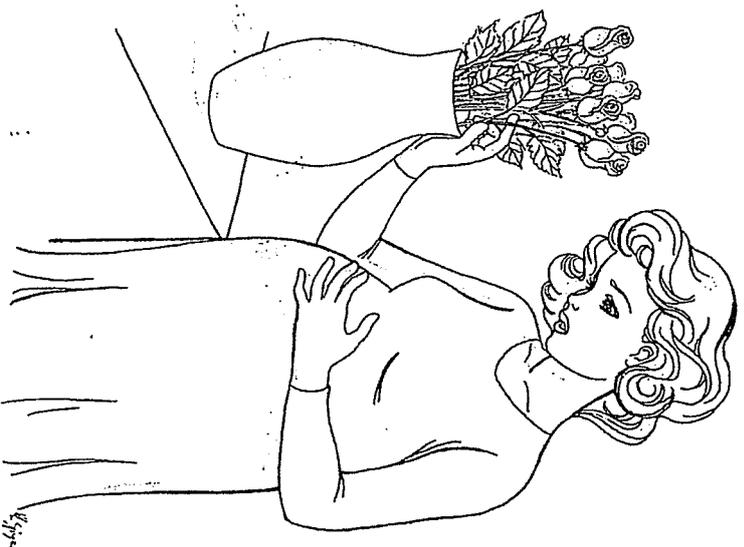
Grazie al dolore possiamo allontanare la mano dal fuoco prima di scottarci oppure capire che dobbiamo chiamare il dottore se un banale mal di gola dura più a lungo del solito.

...e il dolore da parto?

Anche il dolore che si avverte con le prime contrazioni uterine ha una funzione importantissima: indicare alla madre l'inizio del travaglio e farle capire che deve prepararsi a partorire.

Non è però detto che il dolore sia sempre utile: a volte non ha alcun significato e diventa esso stesso una malattia: lo sa bene per esempio chi soffre di mal di testa.

Allo stesso modo il dolore del travaglio, una volta che ha svolto la funzione di allertare la madre, perde ogni significato e può anzi risultare dannoso per lei e per il suo bambino.



Che cosa significano i termini «analgesia» e «anestesia»?

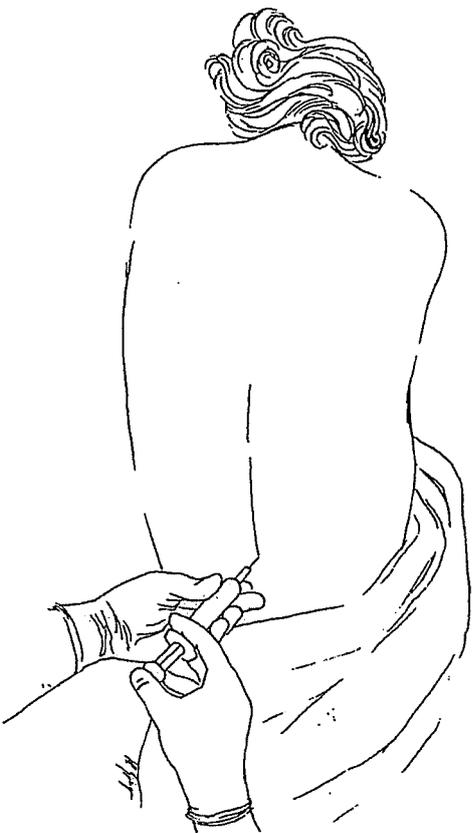
Analgesia e anestesia sono due parole che derivano dal greco. Analgesia significa assenza di dolore, mentre anestesia significa assenza di ogni sensazione. Quando un'Aspirina ci fa passare il mal di testa abbiamo ottenuto un'analgesia: il dolore passa ma possiamo percepire qualsiasi altra sensazione. L'anestesia locale invece, bloccando il funzionamento di alcuni nervi, elimina ogni sensazione e ogni possibilità di inviare comandi in una parte del nostro corpo, e noi sentiamo la bocca come "addormentata"; l'anestesia locale può essere utilizzata anche in altre parti del corpo per alcuni interventi chirurgici, compreso il taglio cesareo. Per altri, invece, è necessaria l'anestesia generale: questa ci farà dormire completamente: il nostro cervello non sarà in grado di percepire né il dolore né alcun altro tipo di sensazione e nemmeno di inviare comandi.



Cosa fa il paracetamolo l'anestesia epidurale?

I farmaci dell'anestesia generale vengono iniettati attraverso una vena nel circolo sanguigno o vengono fatti inalare e si distribuiscono in tutto l'organismo, così come per le compresse o le iniezioni di antidolorifico.

I farmaci dell'anestesia locale, invece, vengono iniettati direttamente in prossimità dei nervi.



La struttura dei nervi è tale per cui, con piccole dosi dei farmaci utilizzati per l'anestesia locale, è possibile ottenere un'analgesia locale: si può cioè controllare il dolore proveniente da una parte del nostro corpo senza che vengano alterate le altre sensazioni e i comandi che viaggiano attraverso quegli stessi nervi. L'analgesia epidurale è proprio un tipo di analgesia locale.

Chi è l'anestesista e che cosa fa?

L'anestesista è un profondo conoscitore di tutto ciò che concerne il dolore ed il suo trattamento. Egli conosce perfettamente i farmaci e le tecniche che permettono di ottenere l'anestesia, sia locale che generale, e l'analgesia.

Perché partorire in acqua?

Già da molti anni è stato dimostrato che il dolore può avere conseguenze, soprattutto psicologiche, per la madre. Inoltre esso, associato all'ansia e alla tensione, provoca una serie di alterazioni che danneggiano il meccanismo di contrattilità dell'utero e riducono la quantità di sangue che raggiunge il feto attraverso la placenta; questo fatto può essere in certi casi dannoso per il feto.



Se, per evitare tutto questo, facessimo un'anestesia generale, i farmaci presenti nel circolo sanguigno arriverebbero, attraverso la placenta, fino al bambino, il quale alla nascita dovrebbe anch'esso essere risvegliato dall'anestesia. Ugualmente, se utilizzassimo i potenti antidolorifici in maniera convenzionale, il bambino ne soffrirebbe gli effetti negativi. Ciò non succede se adoperiamo un'anestesia epidurale.

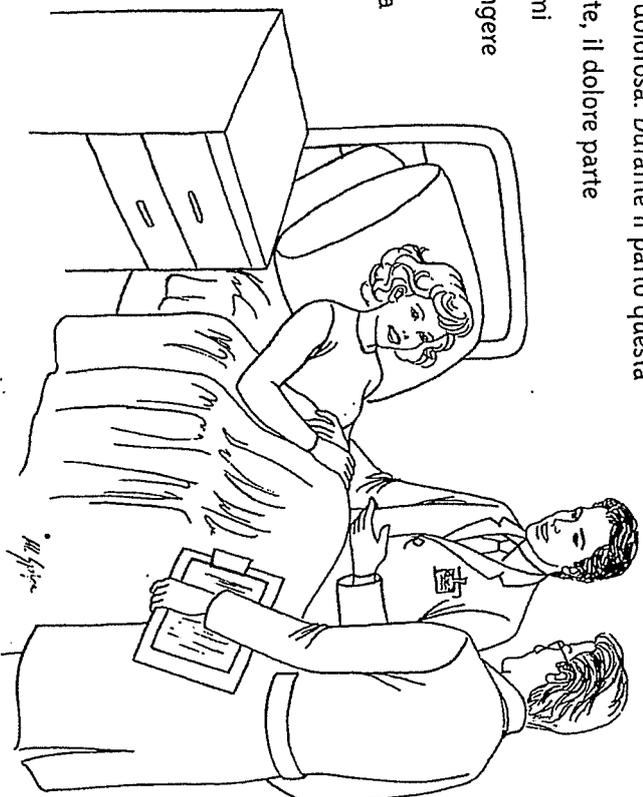
COME FUNZIONA L'ANESTESIA EPIDURALE?

Questo metodo è basato sul fatto che, nella parte inferiore del corpo, il circuito nervoso del dolore è accessibile in maniera diretta senza passare attraverso la circolazione sanguigna. Lo spazio epidurale è una cavità situata tra la membrana "dura madre" che protegge il midollo spinale e la parte ossea della colonna vertebrale. L'anestesista introduce un ago speciale tra le vertebre lombari e posiziona un tubo estremamente sottile, chiamato catetere, nello spazio epidurale. Attraverso il catetere il farmaco può raggiungere direttamente i nervi e bloccare i segnali dolorosi derivanti dalle contrazioni dell'utero e dalla tensione dei tessuti.

L'analgisia epidurale è attualmente considerata la tecnica più sicura ed efficace per controllare il dolore del parto. Già pochi minuti dopo la sua esecuzione si assiste alla scomparsa del dolore, mentre rimangono inalterate sia la sensibilità generale che la possibilità di movimento; vengono così conservate la contrazione ritmica dell'utero e il bisogno e la capacità di spingere.

Il parto indolore nella pratica

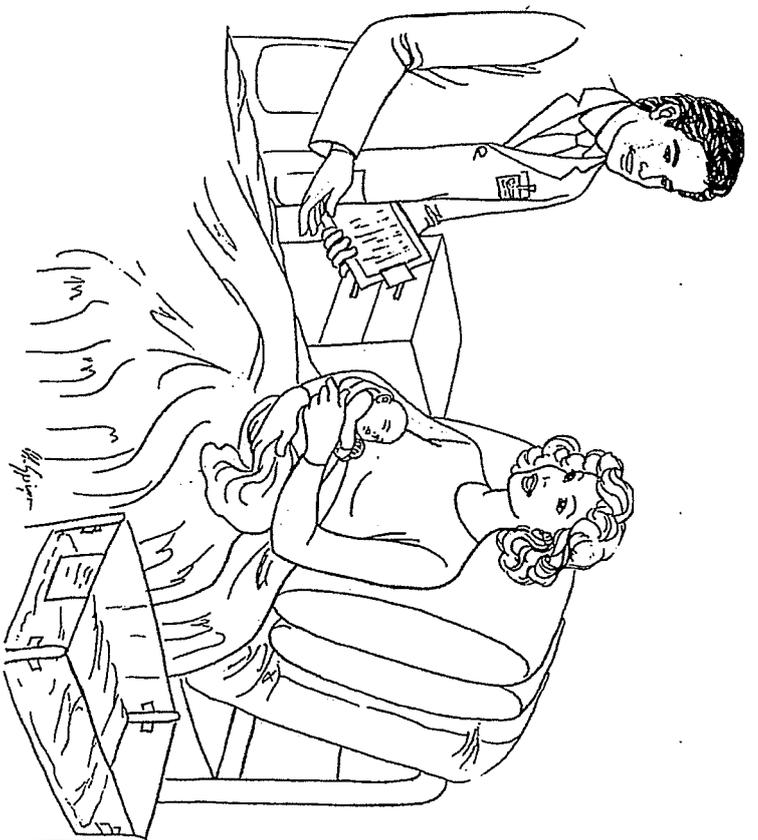
L' esecuzione della puntura e il posizionamento del catetere richiedono pochi minuti e non provocano particolare dolore. La partoriente avvertirà la puntura ma dopo non sentirà più alcun dolore. L'analgesia epidurale controlla la sensazione dolorosa. Durante il parto questa sensazione si presenta in due fasi: inizialmente, il dolore parte dall'utero e si diffonde verso la schiena e i reni quando la testa del bambino comincia a spingere sul collo dell'utero. In seguito, quando il bambino si fa strada tra l'apertura del collo dell'utero e il canale vaginale per vedere finalmente la luce, il dolore si fa più intenso e si diffonde verso il basso.



L' inizio dell'analgesia viene stabilito di comune accordo tra il ginecologo che segue il travaglio e l'anestesista. L'analgesia può essere prolungata e regolata per tutta la durata del travaglio; il sistema permetterà inoltre di praticare in completa analgesia un parto strumentale o di ottenere un'anestesia epidurale se fosse necessario eseguire un taglio cesareo. Il dolore delle contrazioni scompare circa 10-15 minuti dopo la prima iniezione di anestetici. Finché sarà necessario, la partoriente riceverà un'infusione continua di anestetici oppure una piccola dose supplementare ogni volta che le contrazioni cominceranno a diventare di nuovo dolorose; così potrà essere in forma nel momento in cui sarà necessario collaborare e potrà restare calma e cosciente al momento della nascita. Durante questo tempo gli ormoni che regolano il processo del parto continuano normalmente il loro lavoro. Le contrazioni si succedono con maggiore regolarità e il collo dell'utero può dilatarsi meglio.

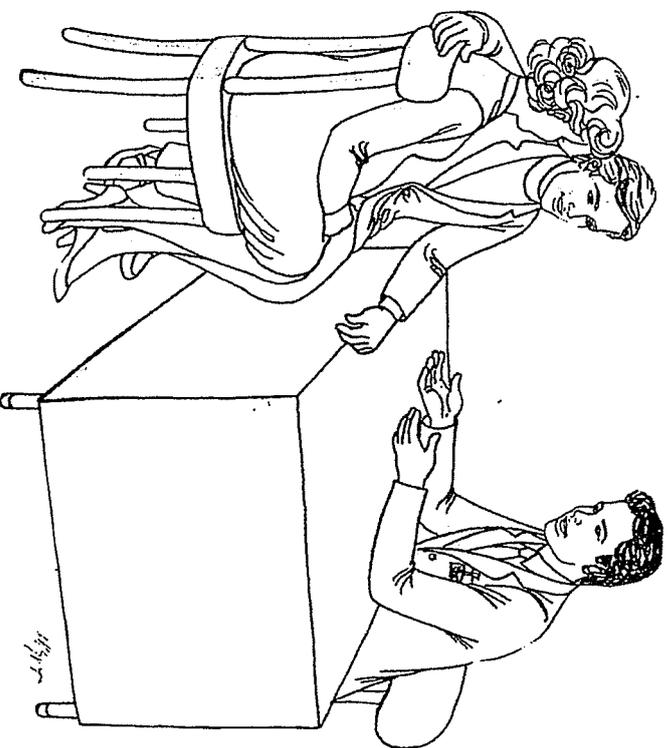
Può capitare che la donna provi meno bisogno di spingere, ma sentirà il ventre indurirsi: è il segnale per spingere se il medico e l'ostetrica lo chiederanno.

La mamma potrà dunque giocare un ruolo attivo nel mettere al mondo il suo bambino senza subire un dolore spossante e continuo che le impedirebbe di assaporare con tranquillità questo momento unico della vita. In ogni caso, non sarà la sola a controllare l'avvenimento; l'anestesista, insieme al ginecologo e all'ostetrica, tiene tutto sotto controllo: la pressione arteriosa, il cuore e la respirazione. Un neonatologo assisterà il bambino nei primi istanti di vita.



Situazioni in cui è raccomandabile prescrivere l'anestesia

L'anestesia epidurale può essere utile in alcune patologie della gestante come il diabete, l'ipertensione, la gestosi e certe cardiopatie; tale metodica permette di ridurre i rischi che questi stati comportano al momento del parto.



Situazioni in cui è controindicata

A lcune situazioni come le malattie emorragiche, l'uso di farmaci anticoagulanti o stati di infezione della cute della schiena controindicano l'esecuzione dell'analgesia epidurale. Il colloquio con l'anestesista servirà anche a chiarire quelle situazioni in cui non sarà possibile praticarla, e se si potranno prendere in considerazione tecniche di analgesia alternative. Esistono infine altre condizioni che possono controindicare relativamente questo tipo di analgesia: esse verranno indagate dal ginecologo e dall'anestesista al momento della prima visita riguardante l'analgesia del parto.

Effetti collaterali

D opo il parto talvolta è possibile che si presentino un lieve mal di schiena: questo disturbo non è da attribuire all'analgesia epidurale ma deriva dalla dinamica del parto in quanto si riscontra con la stessa frequenza in donne che hanno partorito senza analgesia. Raramente può capitare che difficoltà incontrate nell'eseguire la metodica possano causare l'insorgenza di mal di testa nei giorni dopo il parto. L'anestesista chiarirà se questo possa verificarsi, e metterà in atto un trattamento adeguato.

Per concludere...

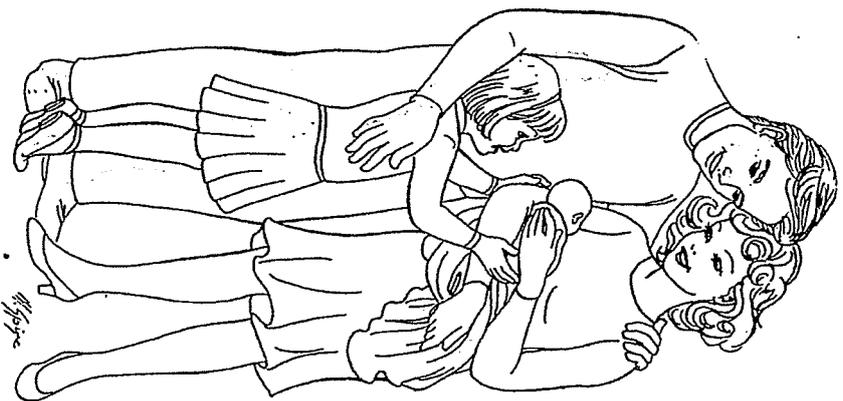
La tecnica dell'analgisia epidurale è applicata da più di trent'anni e ha quindi superato da tempo la fase della sperimentazione.

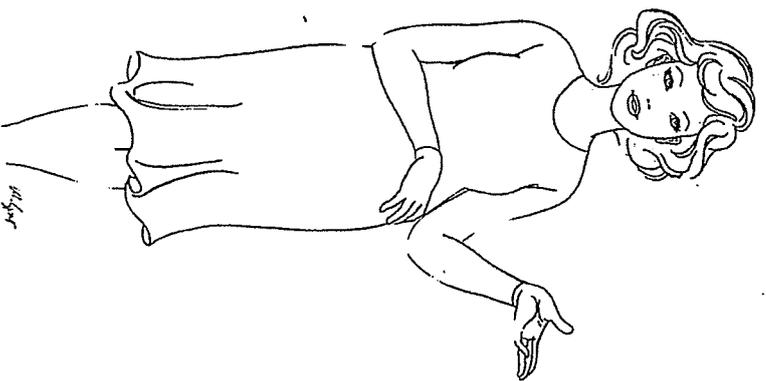
Oggi è gravata da una incidenza di complicazioni molto bassa ed è considerata in tutto il mondo una pratica sicura.

La decisione di partorire senza dolore appartiene alla gestante.

Sicuramente alcune donne partoriscono facilmente e non hanno bisogno di assistenza anestesiológica, ma negli altri casi la componente dolorosa è presente, spesso in maniera imponente, e può avere conseguenze pericolose per la madre e il bambino.

Si sentono spesso opinioni di parenti, amici e conoscenti che nutrono delle riserve nei confronti del parto in analgesia, ma non sono loro che devono affrontare il parto. Spetta alla futura mamma decidere in quale maniera vuole gioire di uno dei più bei momenti della sua vita.





Responsabile scientifico
Giovanni Battista Manduco

Ricerche e testo
Roberto Sessego

Collaboratori

Maurizio Cocco
Giuseppe Pani
Roberto Pisano
Consolata Davoli

Disegni originali
Manuela Spiga

Progetto grafico e realizzazione
Studio Alpsa
www.alpsa.com

SERVIZIO ANESTESIA E TERAPIA ANTALGICA

AZIENDA OSPEDALIERA G. BROTZU
via G. Peretti, 2 - 09134 Cagliari

Segreteria Anestesia tel. 070539662 fax 070532074

e mail: anestesia.brotzu@tiscalinet.it

Ambulatorio Terapia Antalgica tel. 070 539365 fax 070539318

e mail: centrodolore.brotzu@tiscalinet.it

Opera realizzata nell'ambito del
"Progetto finalizzato all'attivazione
di un Centro pilota per l'esecuzione
dell'analgesia del parto"
finanziato dalla
Regione Autonoma della Sardegna



CONSENSO INFORMATO POFILASSI RDS

Sig.....
Gravida alla.....
Affetta da.....
Dichiara di aver ricevuto dopo adeguata informazione sui rischi e benefici e acconsente alla profilassi RDS

La somministrazione materna di steroidi in epoca prenatale e di surfactanti al neonato e i progressi delle cure intensive neonatali hanno portato alla riduzione della mortalità neonatale, soprattutto nei nati di peso < 1000 grammi. La necessità di cure intensive per i sopravvissuti determina costi sanitari molto elevati, quindi ogni sforzo teso a dilazionare il parto, nei casi in cui tale opzione è ragionevole, va incoraggiato al fine di consentire la maturazione e lo sviluppo di organi e sistemi fetali. D'altro canto prolungare la gravidanza può determinare la continua esposizione del feto ad un ambiente intrauterino ostile.

➤ Nelle gravidanze a rischio di PPT comprese tra 24 e 34 settimane la somministrazione materna di corticosteroidi è efficace nell'induzione della maturità polmonare fetale, con una efficacia massima nei nati tra 48 ore e 7 giorni dalla prima dose, e nel ridurre mortalità e morbilità perinatale. Il betametasona è considerato il farmaco di scelta; in casi particolari può essere considerata la somministrazione di un ulteriore ciclo completo di terapia.

Raccomandazione A (ACOG-A)

La somministrazione di corticosteroidi alle gravide tra 24+0 e 33+6 settimane a rischio di PPT è efficace nell'induzione della maturità polmonare fetale e nella riduzione della RDS neonatale, con una efficacia massima nei nati tra 48 ore e 7 giorni dalla prima dose (39), nonché nella riduzione della mortalità neonatale, di IVH, impiego di surfactante e giorni di ricovero in terapia intensiva neonatale.

Esiste sufficiente consenso circa l'uso del betametasona (*due dosi di 12 mg i.m. distanziate di 24 ore*) e del desametazone (*quattro dosi da 6 mg i.m. ogni 12 ore*); tali dosaggi sono validi anche nelle gravidanze multifetali. La migliore protezione verso la leucomalacia periventricolare dimostrata dal betametasona fa di questo farmaco quello di prima scelta. La possibile iperglicemia materna transitoria (12 ore a 5-7 giorni) conseguente al trattamento può causare difficoltà nel management in caso di diabete in gravidanza.

Dosi prenatali ripetute di corticosteroidi riducono il tasso e la severità di RDS e la morbilità neonatale nella prima settimana di vita ma sembrano associati alla possibilità di effetti collaterali, quali restrizione di crescita intrauterina, soppressione della funzionale surrenalica, maggiore rischio di infezioni, paralisi cerebrale (42-44). La somministrazione di un ulteriore ciclo completo di terapia può essere preso in considerazione in occasione di un nuovo episodio di minaccia di PPT a 28-30 settimane, se sono passate diverse settimane dal primo ciclo.

Cagliari

La Paziente.....



QUESTIONARIO DA PORTARE ALLA VISITA ANESTESIOLOGICA PRE-PARTO
(DA EFFETTUARSI DALLA 36° SETTIMANA)

Gentile Signora,
ad integrazione della visita pre-parto effettuata dall'anestesista, Le chiediamo di riempire il seguente questionario che rimarrà strettamente confidenziale e verrà utilizzato per una migliore valutazione dell'eventuale analgesia/anestesia cui potrà (o dovrà) essere sottoposta. Siamo a Sua completa disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

Nome _____ Cognome _____ età _____
peso attuale kg _____ peso prima della gravidanza kg _____
altezza (cm) _____ settimana di gestazione: _____
gravidanza:

questa è il mio primo figlio ho già avuto almeno un parto

1. Ha / ha avuto problemi a carico del cuore e della circolazione?

- pressione alta prima della gravidanza
 pressione alta durante questa gravidanza
 palpitazioni
 vene varicose
 ho la pressione molto bassa/mi sento svenire se assumo la posizione supina
 ho le caviglie molto gonfie
 altro _____

2. Ha / ha avuto problemi respiratori?

- asma
 bronchite/polmonite negli ultimi tre anni
 altre malattie polmonari _____

3. Ha / ha mai avuto problemi renali?

- valori elevati di albumina nelle urine
 nefrite
 infezioni delle vie urinarie frequenti
 dialisi / insufficienza renale
 altro _____

4. Ha / ha avuto problemi gastrointestinali ?

- senso di bruciore, di rigurgito acido e/ difficoltà digestive negli ultimi due mesi
 ulcera gastroduodenale
 ernia iatale
 altro _____

5. Ha / ha avuto problemi neurologici o malattie muscolari?

- epilessia (piccolo o grande male) e/o convulsioni
 vertigini
 svenimenti frequenti
 ictus
 altro _____

6. Ha / ha avuto?

- diabete prima della gravidanza
 diabete durante questa gravidanza
 sciatica prima della gravidanza
 sciatica durante questa gravidanza
 ernia del disco lombare
 scoliosi grave
altro _____

7. Le si gonfiano i piedi e le caviglie? no si

8. Ha affanno quando sale le scale? no si

9. Con quanti cuscini dorme? _____
10. Si è mai svegliata di notte con l'affanno? no si
11. Ha mai avuto la febbre reumatica o le è mai stato detto che ha un soffio al cuore? no si
12. Ha mai avuto intorpidimenti, diminuzione della forza, paralisi alle braccia o alle gambe? no si
13. Fumava prima della gravidanza? no si quanto? _____ Fuma? no si, quanto? _____
14. Ha avuto recentemente tosse o febbre? no si
15. Beve abitualmente vino e superalcolici? no si
16. E' stato recentemente in contatto con qualcuno con ittero od epatite? no si
17. Ha mai avuto una visione doppia? no si
18. Ha frequenti mal di testa? no si
19. Sanguina facilmente se si produce una ferita? no si
20. Le sanguinano facilmente i denti quando li lava? no si
21. Ha protesi fisse o mobili (lenti a contatto, dentiere o protesi dentarie, ecc) no si
22. Ha mai fatto uso di droghe e/o stupefacenti? no si
23. Assume abitualmente medicine? no si
quali? _____
24. Ha mai ricevuto un'anestesia? no si
E' mai stata operata? (specificare l'intervento e l'anno) no si
-
25. Ha mai ricevuto un'anestesia locale per cure dentarie? no si
(specificare anche se ha avuto problemi)
-
26. Qualcuno della sua famiglia ha mai avuto problemi con l'anestesia? no si
27. Ha qualche allergia (specificare) no si
-
28. E' allergica a qualche medicina (specificare) no si

La visita anestesiologicala, da effettuare dopo la 36° settimana, e dopo aver assistito alla conferenza sull'analgesia e l'anestesia in ostetricia (chiedere le date degli incontri in ambulatorio), non è riservata soltanto a chi dovrà fare un taglio cesareo o a chi desidera ricevere l'analgesia epidurale in travaglio, ma a tutte le partorienti, in modo che per ogni evenienza si possa, anche d'urgenza, ricorrere all'anestesia con la massima sicurezza possibile.

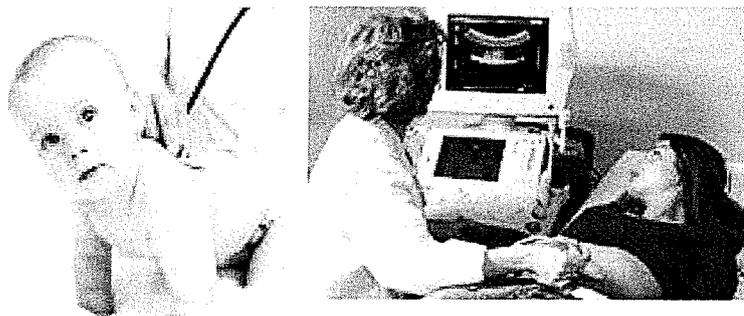
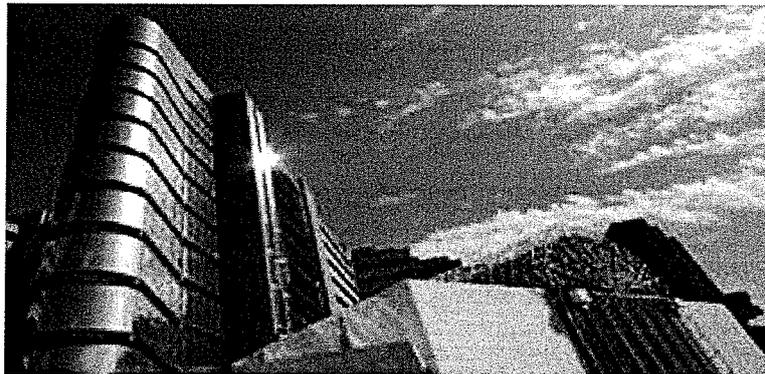
Data _____

Firma _____

Esami da portare in visione:

Es. urine completo
 Emocromo completo con conta delle piastrine
 PT, PTT, ATIII e Fibrinogeno
 HbsAg, Anti HCV, Anti HIV
 Gruppo sanguigno e fattore RH
 Albuminemia
 ECG e visita cardiologica

PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE NASCITA





AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

REDAZIONE, VERIFICA, APPROVAZIONE

Attività	Qualifica	Firma
Redazione	Nome Cognome (Qualifica; Unità operativa) Cristiana Angioni (Dirigente Medico SC Pediatria) Mauro Carta (Dirigente Medico SSD Immunologia dei Trapianti- Banca del Sangue Cordonale) Giuseppe Chessa (Direttore SC Ostetricia e Ginecologia) Gabriella Dessì (Ostetrica SC Ginecologia e Ostetricia) Renata Floris (Dirigente Medico SC Diabetologia) Giuseppe Masnata (Dirigente Medico SC Pediatria) Gabriella Mereu (Dirigente Medico SSD Neonatologia) Sabrina Montis (Dirigente Psicologo SC Cardiologia Pediatrica) Sara Ottalevi (Dirigente Medico SC Anestesia e Terapia Antalgica) Luciana Pibiri (Responsabile SSD Neonatologia) Paola Pitzalis (Dirigente Medico Direzione Sanitaria) Barbara Sanna (Coordinatrice Infermieristica SC Ginecologia e Ostetricia) Daniela Tanda (Infermiera Sviluppo Organizzativo Governo e Monitoraggio Risorse Professionali e di Supporto) Roberto Tumbarello (Direttore SC Cardiologia Pediatrica) Anna Rita Zara (Coordinatrice Infermieristica SSD Neonatologia)	
Verifica	Marino Argiolas (Responsabile SSD Immunologia dei Trapianti- Banca del Sangue Cordonale) Giuseppe Chessa (Direttore SC Ostetricia e Ginecologia) Luciana Pibiri (Responsabile SSD Neonatologia) Roberto Pisano (Direttore SC Anestesia e Terapia Antalgica)	



AO Brotzu

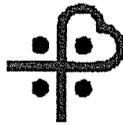
**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

	Pierpaolo Pusceddu (Direttore SC Pediatria) Marco Songini (Direttore SC Diabetologia) Roberto Tumbarello (Direttore SC Cardiologia Pediatrica) Bruna Dettori (Responsabile Sviluppo Organizzativo Governo e Monitoraggio Risorse Professionali e di supporto)	
Approvazione	Direttore SC Direzione Sanitaria di Presidio Dott.ssa Marinella Spissu Direttore Sanitario Aziendale Dott.ssa Maria Gabriella Nardi Direttore Generale /Commissario Dott.ssa Graziella Pintus	

STATO DELLE REVISIONI

Rev. N.	Paragrafi revisionati	Descrizione revisione	Data
Prima stesura	-	-	23/03/2016

**ELENCO ALLEGATI**

All. N.	Codice	Descrizione allegato
1	MOD. 01 PCA-03	Opuscoli informativi sulla Donazione del sangue cordonale (fonte: Banca del Sangue Cordonale)
2	MOD. 02 PCA-03	Brochure Corsi di preparazione al parto
3	MOD. 03 PCA-03	Modulo Consenso Informato per l'Analgesia di parto (fonte: SC Anestesia)
4	MOD. 04 PCA-03	Opuscoli informativi sulla Analgesia di parto (fonte: SC Anestesia)
5	MOD. 05 PCA-03	Modulo Questionario medico per Analgesia di parto (fonte: SC Anestesia)
6	MOD. 06 PCA-03	Modulo Consenso Informato materno per somministrazione terapia maturazione fetale (fonte: SC Ostetricia e Ginecologia)
7	MOD. 07 PCA-03	Partogramma
8	MOD. 08 PCA-03	Modulo Questionario anamnestico madre e padre per la Donazione del sangue cordonale (fonte: Banca del Sangue Cordonale)
9	MOD. 09 PCA-03	Modulo Consenso Informato per Donazione del Sangue Cordonale (fonte: Banca del Sangue Cordonale)
10	MOD. 10 PCA-03	Brochure informative neonatologia (fonte: SC Neonatologia)
11	MOD. 11 PCA-03	Modulo Consenso Informato per Screening Metabolici facoltativi
12	MOD. 12 PCA-03	Foglio di dimissione post PDPH, per il medico di famiglia

Sommario

Scopo	pag. 6
Inquadramento patologia	pag. 6
Definizioni e terminologia	pag. 10
Acronimi	pag. 10
Dati epidemiologici e di attività	pag. 12
ICD 9 CM Diagnosi	pag. 13
ICD 9 CM Procedure	pag. 14
Linee Guida di riferimento	pag. 15

Ragionamento clinico

Flow – chart A ragionamento clinico percorso nascita e decorso post partum	pag. 17
Legenda note Flow chart A	pag. 19
Flow – chart B ragionamento clinico diabete gestazionale	pag. 31
Legenda note Flow chart B	pag.32

Percorso organizzativo

Flow – chart A e matrice percorso organizzativo nascita	pag.33
Flow – chart A e matrice percorso organizzativo post partum puerpera	pag. 34
Flow – chart A e matrice percorso organizzativo post partum neonato	pag. 35
Legenda note matrice organizzativa nascita e decorso post partum	pag. 36
Flow – chart B e matrice organizzativa diabete gestazionale	pag. 54
Legenda note matrice organizzativa diabete gestazionale	pag. 55

Monitoraggio e verifica attuazione percorso clinico

Indicatori	pag. 57
------------	---------

Scopo

Il presente documento descrive le varie fasi del Percorso Clinico Assistenziale offerto dall'Azienda Ospedaliera Brotzu alle donne in gravidanza. La nostra Azienda rappresenta un punto di riferimento per tutta la Regione in quanto si caratterizza per le eccellenti Strutture e Servizi specialistici non presenti in altri Ospedali, che richiamano pazienti da tutta la Sardegna, e da ottimi professionisti.

Con tale Percorso si intende migliorare la qualità delle prestazioni e la presa in carico delle donne in gravidanza fisiologica attraverso un percorso condiviso, attività multidisciplinari e standardizzazione dei processi, al fine di uniformare le attività cliniche alle linee guida più accreditate e rendere omogenei i comportamenti degli operatori, ottimizzando le risorse impiegate.

Il percorso si prefigge i seguenti obiettivi:

- migliorare la continuità dell'assistenza in coerenza con le linee guida basate sulle prove di efficacia disponibili;
- offrire un percorso integrato e di qualità per garantire la presa in carico assistenziale delle pazienti in gravidanza migliorando i tempi dell'iter diagnostico terapeutico e fissando gli standard aziendali;
- migliorare gli aspetti informativi e comunicativi con le pazienti;
- ottimizzare i livelli di qualità delle cure prestate e monitorarli attraverso l'identificazione di indicatori di processo e di esito e la messa a punto di un sistema di raccolta e analisi dei dati;
- riduzione dei parti cesarei primari;
- riduzione dei parti cesarei con pregresso singolo parto cesareo.

Inquadramento patologia

La gravidanza e il parto sono momenti centrali e rilevanti per la donna e la famiglia, è impegno dell'Azienda fornire un servizio che permetta, con il progetto del percorso nascita, di vivere questa esperienza con serenità confidando nelle competenze dei professionisti.

Secondo le linee guida la dizione *gravidanza fisiologica* è stata sostituita con *gravidanza a basso rischio*, poiché, pur essendo un evento fisiologico, può trasformarsi nel suo decorso in evento patologico. Nel percorso nascita è importante identificare precocemente i segnali di rischio per minimizzare gli effetti relativi alla morbilità e mortalità.

Si definisce *gravidanza ad alto rischio* nei casi in cui l'incidenza per un esito patologico per la donna ed il bambino è maggiore di quella esistente nella popolazione generale delle donne in gravidanza.

La gravidanza a rischio prevede l'organizzazione di un team di specialisti esperti nella diagnosi e nel trattamento delle patologie in gravidanza, coordinate dal ginecologo.

Assistenza al travaglio a basso rischio

L'assistenza al travaglio di parto si pone come obiettivo di ottenere un neonato sano e una madre sana, facendo riferimento a una gravidanza fisiologica a termine con feto singolo in presentazione di vertice.

**Definizione di travaglio a basso rischio**

- gravidanza fisiologica, ossia assenza di patologia materna e/o fetale
- gravidanza 37/42 settimane
- travaglio spontaneo
- feto unico
- feto vivo
- feto normoconformato
- presentazione cefalica
- crescita fetale regolare
- liquido amniotico limpido-lattescente
- placenta normalmente inserita
- bcf regolare
- non iperpiressia
- non pregressi tagli cesarei o isterotomie
- non perdite ematiche di ndd
- non grande pluripara (4 o più parti)
- peso fetale stimato tra i 2500/4000 gr.
- sacco integro o rottura prematura delle membrane entro le 18 ore

Stadi del travaglio

I stadio: periodo dilatante

II stadio: periodo espulsivo

III stadio: periodo del secondamento.

Diagnosi di travaglio

La diagnosi di travaglio viene posta in presenza di:

- contrazioni uterine regolari e valide
- cervice appianata nelle nullipare, raccorciata nelle pluripare
- dilatazione di circa 2/3 cm.

Assistenza al travaglio

Durante il travaglio è importante garantire alla donna condizioni di massima tranquillità e riservatezza, è per questo necessario limitare il numero di operatori sanitari presenti a quelli realmente indispensabili.

La donna può essere accompagnata da una persona a sua scelta, che dovrà indossare camice e sovrascarpe.

Elementi diagnostici del travaglio:

- visita ostetrica
- CTG

***CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA***

I corsi di accompagnamento alla nascita sono condotti da alcune ostetriche della SC di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda, presso la palestra della fisioterapia, al piano terra, sono strutturati in un incontro settimanale, della durata di circa due ore, il pomeriggio dalle 15.30, per un totale di otto incontri. Attualmente sono in attivo due giorni la settimana, il lunedì ed il martedì. Le donne possono scegliere il giorno e le ostetriche con le quali frequentare il corso. Al servizio si accede con impegnativa del medico e pagamento di un ticket.

Dalla 38 alla 41° settimana è attivo un *servizio di gravidanza a termine* al quale accedono sia le donne seguite presso l'ambulatorio interno sia le gravide che provengono da strutture esterne e che intendono partorire presso il nostro ospedale. L'appuntamento può essere fissato anche telefonicamente, non ci sono liste d'attesa oltre uno/due giorni. Si presentano due impegnative, una per visita ostetrica, che non richiede pagamento di ticket, una per tracciato cardiocografico che richiede pagamento di ticket se la paziente non è esente.

Viene fatta un'anamnesi della paziente, si prendono in visione tutti i referti degli esami ematochimici eseguiti in gravidanza, le ecografie ed eventuali consulenze specialistiche, viene compilata una cartella nella quale vengono trascritti tutti i dati più rilevanti, utili in seguito per la compilazione della cartella clinica all'atto del ricovero. Si esegue il tracciato cardiocografico, il controllo ecografico del liquido amniotico, eventuale visita ostetrica. Questa si rivela una occasione per far visitare alle donne il punto nascita, parlare della modalità del parto.

ANALGESIA DI PARTO

Gli opuscoli informativi (All. 4 MOD. 04 PCA-03) contenenti una informazione di base riguardo l'analgesia per il parto, vengono distribuiti sul territorio (studi di medicina di base, consultori, esercizi commerciali per l'infanzia e la maternità) al fine di consentire alle donne interessate di conoscere la procedura per accedere al servizio di analgesia ostetrica presso l'AOB.

Gli stessi opuscoli vengono distribuiti anche durante i Corsi di preparazione al parto tenuti dalle ostetriche del nostro P.O.

CONFERENZA SULL'EPIDURALE

Tutte le gravide che desiderano partorire nel nostro Presidio Ospedaliero devono seguire questa conferenza al fine di ricevere tutte le informazioni riguardanti l'analgesia epidurale per il travaglio ed il parto spontaneo e l'anestesia per il parto cesareo.

DONAZIONE DEL SANGUE CORDONALE

Gli opuscoli informativi sulla donazione del sangue cordonale contengono informazioni riguardanti lo scopo e l'importanza della donazione, illustrano il percorso che le coppie donatrici devono seguire per la donazione del sangue cordonale utilizzando un linguaggio semplice e comprensibile a tutti; vengono distribuiti nei punti nascita della Sardegna, nei consultori e ambulatori presenti sul territorio e negli studi medici pubblici e privati.

I Medici della BSC intervengono agli incontri organizzati ogni ultimo martedì del mese dal servizio di analgesia ostetrica riguardante l'analgesia epidurale, illustrando le varie tappe previste per la donazione



del sangue cordonale e rispondendo ai quesiti delle gestanti, distribuendo anche in questa occasione materiale informativo di pertinenza.

L'ultimo trimestre di gravidanza è il periodo ottimale per valutare l'idoneità alla donazione di sangue cordonale.

Le coppie donatrici, che intendono donare il sangue cordonale, devono recarsi alla Banca del Sangue Cordonale presso il PO "Binaghi" per la valutazione dell'idoneità ed il consenso informato.

Telefonando al n° 070 6092985 dal Lunedì al Venerdì dalle ore 8:00 alle ore 14:00, gli interessati potranno chiedere informazioni e verrà loro fissato un appuntamento per il colloquio informativo e valutazione della idoneità alla donazione.

Il giorno prefissato la coppia, padre e madre se possibile, altrimenti solo la madre che comunque deve essere in grado di rispondere anche per il partner, dovrà presentarsi presso la sede della BSC, per compilare la documentazione prevista consistente nel consenso informato e nel questionario anamnestico madre e padre.

Il consenso informato è un documento fondamentale con il quale la coppia donatrice dichiara la disponibilità a donare gratuitamente alla BSC le cellule staminali cordonali a scopo trapiantologico, di acconsentire alle indagini di laboratorio e test genetici previsti dalla legge per accertarne l'idoneità a scopo terapeutico o a scopo di ricerca (quest'ultimo solo se l'unità non è idonea al trapianto e la donatrice specifica il suo consenso), e infine acconsente al trattamento dei dati personali.

I questionari anamnestici hanno lo scopo di verificare la presenza di eventuali controindicazioni alla donazione nei genitori del nascituro o nell'ambito delle rispettive famiglie di origine e identificare fattori di rischio per la trasmissione di malattie infettive e genetiche.

Al termine della compilazione della documentazione si effettua un colloquio con un Medico durante il quale si spiega in modo semplice e chiaro quali sono le finalità della donazione del Sangue Cordonale e in base alle informazioni date con i questionari anamnestici viene espresso un giudizio di idoneità o non idoneità alla donazione.

Se in questa fase la coppia viene dichiarata idonea alla donazione, alla coppia stessa vengono consegnati i documenti compilati in originale (questionario anamnestico e consenso informato), i quali dovranno essere conservati con cura e consegnati al personale del punto nascita al momento del ricovero per il travaglio di parto.

 AO Brotzu	PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE NASCITA	PSQ-PCA - 03
---------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	--------------

<i>Definizioni e terminologia</i>	
BOLLINO ROSA	Certificazione di qualità rilasciato da ONDA in relazione alle performance organizzative e assistenziali erogate dal reparto
INTERRUZIONE TERAPEUTICA DI GRAVIDANZA (ART. 6 – B L. 194/78)	Quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna.
PARTOGRAMMA	Strumento più idoneo alla sorveglianza del travaglio di parto nella sua complessità, prendendo in esame ogni elemento utile alla diagnosi di benessere materno e fetale e alla osservazione dei fattori dinamici e meccanici che compongono il processo. La procedura eseguita correttamente consente la comprensione immediata dell'evoluzione del travaglio ed una precoce individuazione dell'insorgenza dei fattori di rischio. La compilazione dello strumento avviene contestualmente alle valutazioni effettuate, a queste deve corrispondere l'ora e la firma dell'operatore.

Acronimi

ACOG	American College of Obstetric and Gynecologist
AFI	Amniotic fluid index
ALS	Advanced Life Support
AOB	Azienda Ospedaliera Brotzu
ASA	American Society of Anesthesiologists
BCF	Battito cardiaco fetale
BLS	Basic Life Support
BMI	Indice di Massa Corporea
BSC	Banca del Sangue Cordonale
CAD	Centro Antidiabetologico
CAKUT	Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

CHD	Congenital Heart Disease
CIE	Continuous Infusion Epidural
CSE	Combinata Spino Epidurale
CTG	Cardiotografia
GLICEMIA PP	Glicemia post-prandiale
GDM	Diabete gestazionale (intolleranza al glucosio di entità variabile che inizia o viene diagnosticata per la prima volta in gravidanza e che, nella maggior parte dei casi, si risolve dopo il parto)
GUCH	Grown Up Congenital Heart Patients
HbA1c	Emoglobina glicosilata
Hbs Ag	Virus Epatite B
HCV	Virus Epatite C
HIV	Virus Immunodeficienza
IM	Intramuscolare
LMA	Laryngeal Mask
MAC	Membrana amniocoriale
NDD	Di natura da determinare
OGTT	Curva da carico orale di glucosio
PCEA	Patient Controlled Epidural Anesthesia
PDPH	Post Dural Puncture Headache: cefalea post puntura durale
PO	Presidio Ospedaliero
SC	Struttura Complessa
SGA	Small gestational age
SIDS	Sindrome da morte improvvisa del lattante
SNC	Sistema nervoso centrale
SSD	Struttura Semplice Dipartimentale



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

TORCH	Test per rilevazione anticorpi contro Toxoplasma Rosolia Citomegalo Herpes virus
TPHA	Test di emoagglutinazione per Treponema Pallido
VDRL	Test di laboratorio per ricerca malattie veneree

Dati epidemiologici e di attività

L'Azienda Ospedaliera Brotzu rappresenta un punto di riferimento per la Regione Sardegna in quanto è un Presidio Ospedaliero ad alta specializzazione, all'interno del Presidio sono presenti una Struttura Complessa di Ostetricia e Ginecologia con 36 Posti Letto.

Il Punto Nascita ha effettuato nell'anno 2013 un totale di 1.030 parti, di cui 605 spontanei e 425 parti cesarei, come da PNE (Piano Nazionale Esiti) la percentuale dei parti cesarei primari è stata di 32%. Nell'anno 2014 c'è stata una riduzione del numero dei parti che sono stati 873, di cui spontanei 482 e cesarei 391, con una percentuale di parti cesarei primari del 35%.

L'Azienda è inserita nella speciale classifica "Ospedale donna" di O.N.Da (Osservatorio Nazionale sulla Salute della Donna). Nel 2009 Onda ha conferito al Brotzu 3 Bollini Rosa, massimo riconoscimento per gli ospedali in "rosa" con valenza triennale (2009-11) e nel 2012 2 Bollini Rosa.

Nell'Azienda è presente la S.S.D. Immunologia dei Trapianti e Banca del Sangue Cordonale, un'unità operativa trasfusionale gestita dall'Azienda Ospedaliera G. Brotzu, con sede nel Piano terra del P.O. Binaghi – ASL n° 8 di Cagliari, che consente alle madri che ne hanno la volontà di donare le cellule staminali del Sangue da Cordone Ombelicale. La BSC, unica nella Regione, fa parte del network delle Banche del Sangue Cordonale Italiane (ITCBN) facente capo al Centro Nazionale Sangue, coordina l'attività di raccolta di sangue cordonale in tutti i punti nascita pubblici e privati della Sardegna autorizzati dalla BSC stessa in quanto hanno eseguito adeguato percorso formativo; la BSC ha il compito di manipolare, caratterizzare, conservare, selezionare e distribuire le cellule staminali ottenute dal sangue del cordone ombelicale ai fini trapiantologici.

Nel 2013 sono state effettuate nel punto nascita del Brotzu 46 donazioni di sangue cordonale (3,9% dei parti) di cui 25 per donazione allogenica, 3 dedicati, 2 autologhi e 16 non inviate in Banca; nel 2014 sono state effettuate 34 donazioni (3,8% dei parti) di cui 30 allogeniche, 2 dedicati e 2 non inviate in Banca.



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

ICD 9 CM DIAGNOSI

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

CODICE ICD9 CM ¹	DIAGNOSI
V30.00	Nato singolo, nato in ospedale senza menzione di taglio cesareo
V30.01	Nato singolo, nato in ospedale con taglio cesareo
V29.0	Osservazione per sospetto di condizione morbosa infettiva
656.05	SGA
651.00	Gravidanza gemellare
V27.0	Nato vivo
650	Parto spontaneo, cefalico vaginale di feto singolo e vitale
652.2	Parto podalico
745.	Anomalie del bulbo cardiaco e anomalie della chiusura del setto
746.	Altre anomalie congenite del cuore
747.	Altre anomalie congenite del sistema circolatorio
427.	Aritmie cardiache
V59.02	Donatori di sangue, cellule staminali

¹ Per una codifica più dettagliata delle diagnosi è necessario utilizzare i codici a cinque cifre.

ICD 9 CM PROCEDURE

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

CODICE ICD9 CM²	PROCEDURE
99.83	Fototerapia del neonato
73.4	Induzione medica del travaglio
73.01	Induzione al travaglio mediante rottura delle membrane
74.1	Taglio cesareo cervicale basso
73.6	Episiotomia con conseguente episiorrafia
75.34	Monitoraggio fetale
89.52	ECG
89.50	Elettrocardiogramma dinamico ambulatoriale- Holter 24 ore
03.90	Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze terapeutiche o palliative
03.91	Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia

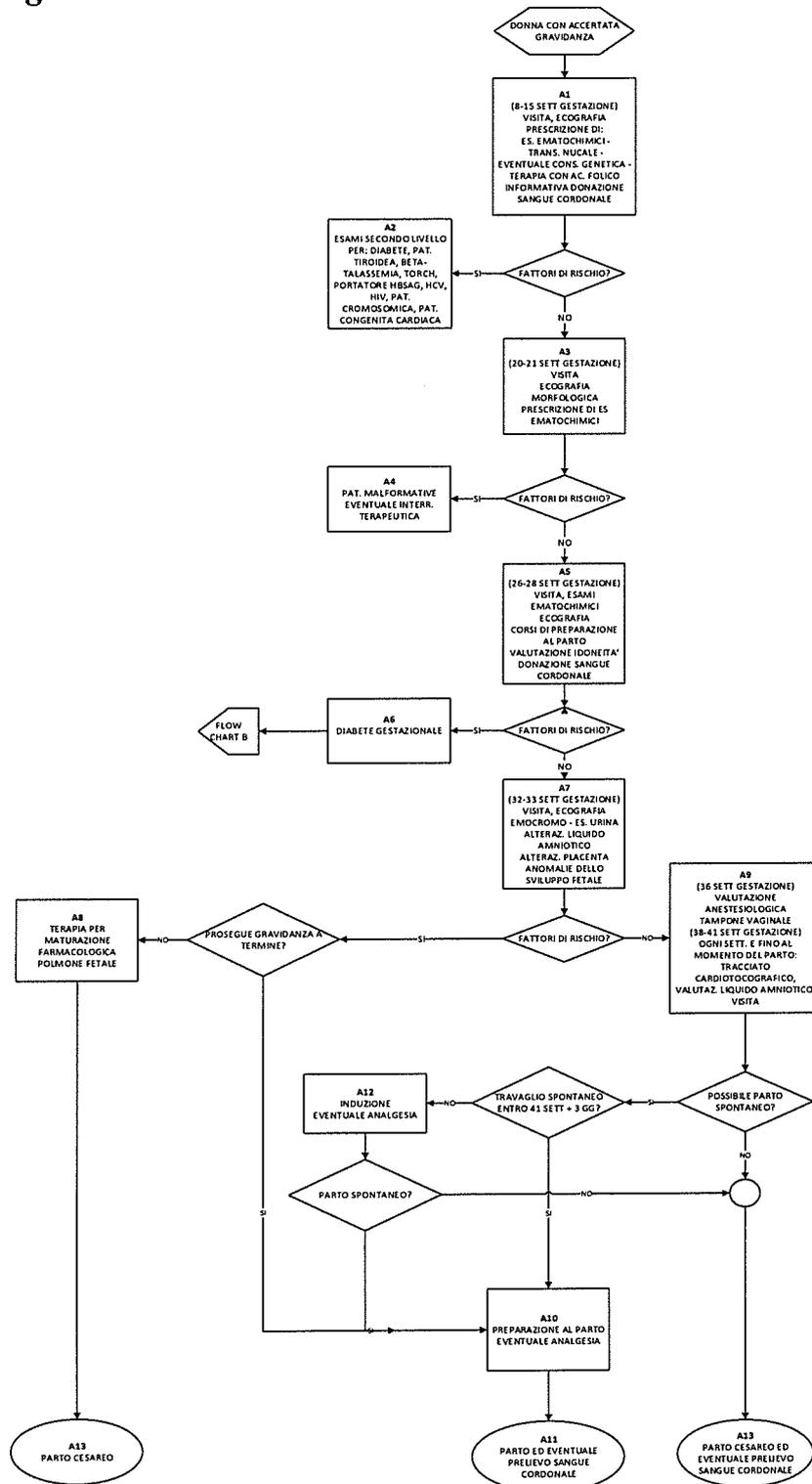
² Per una codifica più dettagliata delle procedure è necessario utilizzare i codici a cinque cifre.

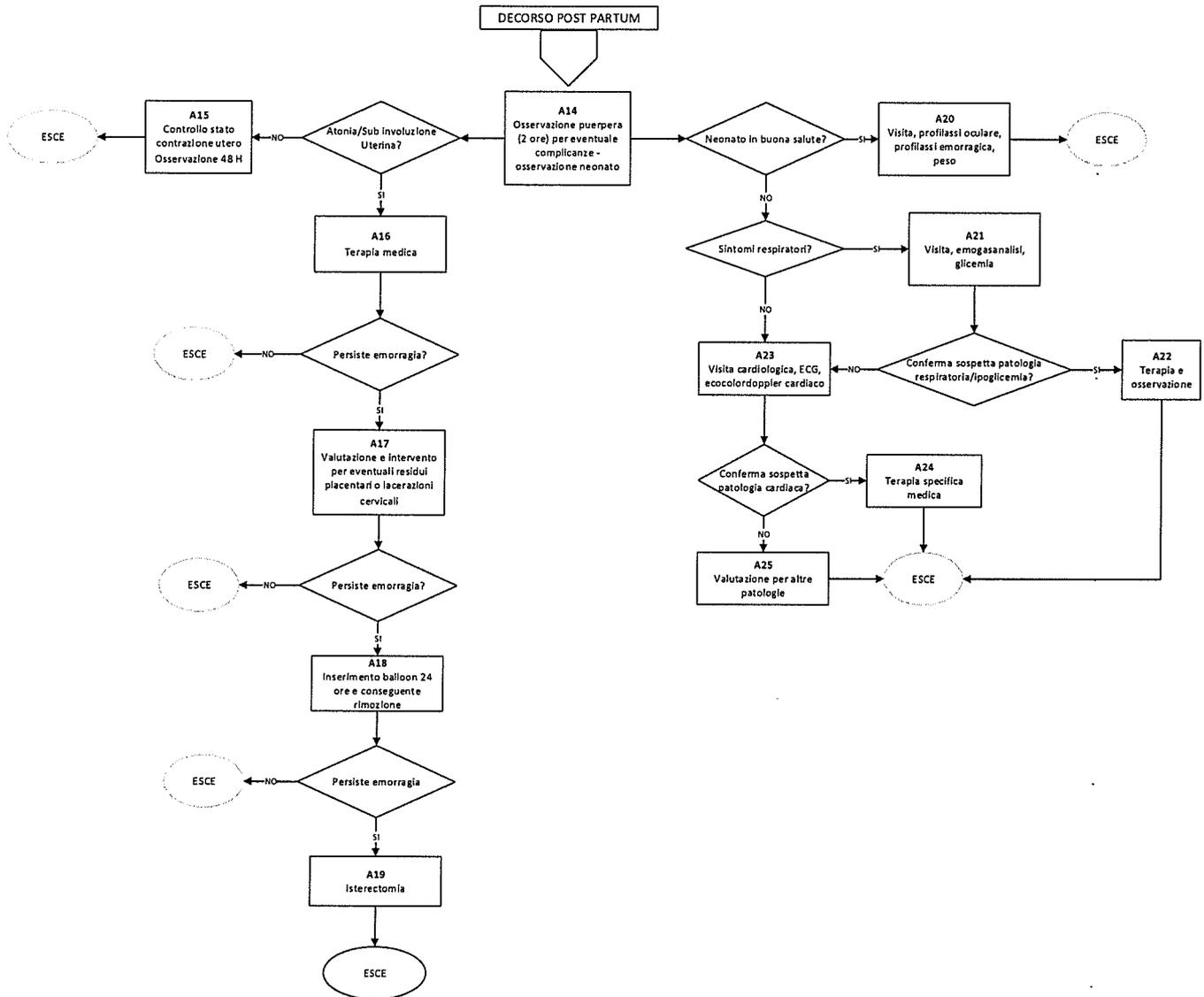
Linee Guida e Normativa di riferimento

- ✓ Gravidanza fisiologica - Linee Guida Ministero della Salute, Aggiornamento 2011.
- ✓ Linee Guida Società Italiana di Ecografia Ostetrico Ginecologica (SIEOG) - Edizione 2010.
- ✓ Practice Guidelines for Obstetric Anesthesia - American Society of Anesthesiologists Task Force on Obstetrical Anesthesia 2006.
- ✓ Intrapartum care: Care of healthy women and their babies during childbirth - NICE clinical guideline 55 guidance.nice.org.uk/cg55 Issued: September 2007 - NICE clinical guideline 190 guidance.nice.org.uk/cg190 Issued: December 2014.
- ✓ Standard Italiani per la cura del Diabete Mellito – AMD- SID- anno 2014
- ✓ Iperensione in gravidanza – Linee Guida nazionali, Dicembre 2013
- ✓ Linee guida SNLG -Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole 2016
- ✓ Decreto 2 Novembre 2015 - Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti.
- ✓ Decreto Ministeriale 22 aprile 2014 (G.U. 16 giugno 2014) - Modifiche e integrazioni al decreto del Ministro del lavoro, della salute e delle politiche sociali 18 novembre 2009, recante: "Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologodedicato".
- ✓ Position Paper - 10 gennaio 2012 - Raccolta e conservazione del sangue cordonale in Italia.
- ✓ Accordo Conferenza Stato Regioni - 20 aprile 2011 - Linee guida per l'accreditamento delle Banche da cordone ombelicale.
- ✓ Accordo Conferenza Stato Regioni - 29 aprile 2010 - Autorizzazione alla esportazione di campione di sangue del cordone ombelicale ad uso autologo.
- ✓ Decreto Legislativo 25 gennaio 2010, n. 16 - "Attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda le prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani, nonché' per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani".

- ✓ Decreto Ministeriale - 31 dicembre 2009 - Istituzione di una rete nazionale di banche per la conservazione di sangue da cordone ombelicale.
- ✓ Decreto Ministeriale - 31 dicembre 2009 - Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo-dedicato.
- ✓ Accordo Conferenza Stato Regioni - 29 ottobre 2009 - Requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici minimi per l'esercizio delle attività sanitarie delle banche di sangue da cordone ombelicale.
- ✓ Legge 21 ottobre 2005, n. 219 - Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati”.
- ✓ Accordo 10 luglio 2003 - Accordo tra Ministro salute, Regioni e province autonome Trento e Bolzano.

Flow chart A – Ragionamento Clinico





*Legenda note Flow chart A****A1: PRESA IN CARICO DELLA PAZIENTE (8-15 SETTIMANE)***

Anamnesi familiare, fisiologica, patologica (**individuazione di fattori di rischio**), remota e ostetrica con particolare attenzione all'uso dei farmaci, tabacco, alcol, rischio di malattie sessualmente trasmesse. Rilevazione della pressione arteriosa, peso, visita ostetrica, rilevazione del bcf.

La donna viene informata in merito a:

- test diagnostici in epoca prenatale (consulenza genetica, villocentesi, amniocentesi, bitest, plica nucale).
- consigli sullo stile di vita e controllo dell'incremento ponderale in funzione dell'indice di massa corporea (BMI).
- sulla donazione sangue cordonale e sui corsi di preparazione al parto
- prescrizione di esami ematochimici e di controlli strumentali:

ESENTI TICKET	NON ESENTI TICKET
Emocromo + Formula	Azotemia
Test B-Thalassemia	Hbs Ag
Gruppo sanguigno- Fattore Rh	HCV
Glicemia	Sideremia
Transaminasi	Ferritina
HIV	
Esame urine	
Ecografia 1° trimestre	
Traslucenza nucale	
TORCH	
Bi test	
<i>Eventuale consulenza genetica. Terapia con acido folico</i>	

- prescrizione terapia e profilassi con acido folico
- programmazione visita di controllo successivo

A2: ESAMI DI SECONDO LIVELLO PATOLOGIE MATERNE

- Visita ostetrica
- Valutazione degli esami
- prescrizione esami ematochimici:

ESENTI TICKET	NON ESENTI TICKET
Esame urine	Azotemia
	Emocromo + Formula
	Glicemia
	Sideremia
	Ferritina
	Uricemia
	Alfa – feto-proteina/Tritest

- Curva da carico Orale di Glucosio (75 gr) se:
 - Alto rischio per GDM (OGTT fra 16/18 sett)
 - Obesità (BMI >30)
 - Pregresso diabete gestazionale
 -
 - Glicemia a digiuno 100-125 mg/dl all'inizio della gravidanza o in passato
- Se patologia tiroidea, beta talassemia, HCV positiva, HbsAg positiva, TORCH positiva, patologie cromosomiche, diabete, la donna viene inviata all'ambulatorio di gravidanza a rischio.

Se patologie cardiache materne:

- Valutazione cardiologica della mamma (visita, elettrocardiogramma, ecografia cardiaca, holter 24 ore, holter pressorio)
- Ecocardiografia fetale
- Counseling (Equipe Multidisciplinare: Cardiologo, Ginecologo, Psicologo, Infermiere, Anestesista)

A3: 20-21 SETTIMANA

- Valutazione ecografia morfologica
- Prescrizione esami ematochimici

ESENTI TICKET	NON ESENTI TICKET
Esame urine	Azotemia
Ecografia Morfologica	Emocromo + Formula
	Glicemia
	Sideremia
	Ferritina
	Uricemia

Possibili rischi emergenti:

- le malformazioni fetali evidenziate ecograficamente
- ritardo di crescita e/o oligoidramnios e/o ipertensione gestazionale precoce
- placenta previa

A4: PATOLOGIE MALFORMATIVE - EVENTUALE INTERRUZIONE TERAPEUTICA
Patologie Malformative:
Feto con sospetta Cardiopatia Congenita

- Ecocardiografia fetale
- Counseling (Equipe multidisciplinare: cardiologo, ginecologo, psicologo, infermiere)
- trattamento della patologia cardiaca (es. aritmia)

Feto con sospetta Uropatia Congenita

- Ecografia fetale con valutazione dello svuotamento vescicale
- Counseling (Urologo Pediatra - Ginecologo)
- Eventualmente interruzione della gravidanza in presenza di patologie malformative tali da compromettere il benessere psico-fisico della donna.
- Controlli ecografici seriati fino alla 38 settimana di gestazione.
- Trasferimento della paziente presso Centro di III livello per l'espletamento del parto e trattamento chirurgico del neonato.

A5: 26-28 SETTIMANE

- Visita ostetrica
- Valutazione curva glicemica
- Prescrizione esami ematochimici

ESAMI SECONDO TRIMESTRE	
ESENTI TICKET	NON ESENTI TICKET
Esame urine	Azotemia
Glicemia	Emocromo + Formula
	Glicemia
	Sideremia
	Ferritina
	Uricemia
	Curva da carico Orale di Glucosio (75 gr) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fattori di rischio per GDM (OGTT fra 24-28 sett) ▪ Familiarità positiva per diabete in familiari di primo grado ▪ Pregresso Diabete Gestazionale ▪ Macrosomia fetale nelle precedenti gravidanze ▪ Età > 35 anni ▪ Sovrappeso (BMI > 25) ▪ Etnie a rischio elevato (Asia meridionale, Medio Oriente, Caraibi)

A6: DIABETE GESTAZIONALE

Vengono inviate al CAD dal ginecologo tutte le donne in gravidanza per una valutazione del rischio di diabete gestazionale. Per diabete gestazionale si intende una intolleranza glucidica che viene diagnosticata per la prima volta in gravidanza e che scompare dopo il parto. A seconda dei fattori di rischio si procede a prenotare la donna per uno screening precoce (16/18 settimane) o tardivo (24/28 sett), rappresentato da una curva da carico orale di glucosio che viene effettuata previo appuntamento nei giorni martedì e giovedì alle ore 9. Alla donna viene fatto un prelievo ematico per glicemia basale e poi viene fatta ingerire una soluzione contenente 75 gr di glucosio: la paziente deve stare seduta per 2 ore durante le quali verranno effettuati ulteriori prelievi venosi a 60 min e a 120'.

Alle ore 12 circa avviene la consegna dei referti ad opera del diabetologo. Se il test risulta essere positivo, con almeno un valore glicemico superiore al range (0' glicemia > 92 mg/dl, 60' glicemia > 180 mg/dl, 120' glicemia > 153 mg/dl) la paziente viene inserita nel protocollo Gravidanza.

A7: 32-33 SETTIMANA

- Valutazione ecografica per accrescimento fetale ed eventuale flussimetria
- Prescrizione esami ematochimici
- Conferenza informativa per parto in analgesia
- Valutazione della paziente per parto programmato

ESENTI TICKET	NON ESENTI TICKET
Esame urine	Azotemia
Emocromo + Formula	Uricemia
Urinocoltura	Glicemia
Hbs Ag	Sideremia
HCV	Ferritina
	Tampone vaginale

1. La **valutazione del liquido amniotico** viene eseguita tramite esame ecografico con controllo del AFI (Amniotic Fluid Index). La prognosi è naturalmente correlata alla causa determinante l'aumento o la diminuzione del liquido stesso. Nel caso di aumento vanno ricercate eventuali malformazioni fetali in particolare del SNC o dell'apparato gastrointestinale, e va esclusa la possibilità di un diabete materno; a seconda della causa occorre valutare la possibilità di un eventuale ricovero e la rimozione della causa. Nel caso di riduzione considerare anche in questo caso la possibilità di malformazioni fetali in particolare renali e cardiache ed inoltre escludere la possibilità di una rottura prematura delle MAC.

2. Le **alterazioni della placenta** possono in primo luogo riguardare l'anomala localizzazione della placenta stessa. La placenta previa (inserzione sull'orifizio uterino interno o in prossimità dello stesso) rappresenta una situazione di grave rischio per il feto ma anche per la madre; opportuna valutazione di eventuale perdita ematica. In tutte le epoche gestazionali va considerato il rischio di possibile distacco della placenta che si manifesta generalmente con grave metrorragia e rischio elevato di morte fetale in caso di mancato intervento.

3. Le **anomalie dello sviluppo fetale** riguardano una riduzione dello stesso (iposviluppo) o un aumento in caso di macrosomia. L'iposviluppo è associato ad un aumento della morbilità e mortalità neonatale. Le cause possono essere di natura cromosomica, costituzionale materna, da insufficienza placentare e da infezioni materno fetali. In considerazione della gravità spesso presente è opportuna una valutazione del timing del parto. La macrosomia con un abnorme sviluppo fetale riconosce come cause più frequenti il diabete materno, l'obesità, la multiparità e una precedente macrosomia. Anche in questo caso dopo opportuna valutazione, decisione sul timing e sulla modalità del parto.

A8: TERAPIA PER MATURAZIONE FARMACOLOGICA POLMONE FETALE-

Somministrazione, previo consenso informato materno, di 12 mg di cortisone i.m. con dose ripetuta dopo 24 ore.

A9: 36° SETTIMANA-VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA, TAMPONE VAGINALE

Le pazienti che intendono partorire in analgesia, devono programmare la consulenza anestesiologicala, in occasione della quale verrà predisposta una cartella che servirà al momento del travaglio e parto sia spontaneo che operativo.

Per le pazienti che devono essere sottoposte ad un taglio cesareo elettivo, viene programmata una pre-ospedalizzazione per l'esecuzione degli esami ematochimici, il tracciato cardiocografico, controllo ecografico del liquido amniotico, rivalutazione clinica, la compilazione della cartella clinica, programmazione del taglio cesareo.

VISITA ANESTESIOLOGICA E CONSENSO INFORMATO

La visita si può effettuare alla 36^a settimana ed è estesa a tutte le gestanti per poter affrontare ogni tipo di circostanza nel modo più adeguato e sicuro. In questa occasione l'anestesista valuterà lo stato di salute della donna con una visita clinica e, controllando le analisi di laboratorio e gli eventuali esami strumentali, compilerà la cartella specialistica ed acquisirà il Consenso Informato alle eventuali procedure anestesiologicalhe.

Le analisi di interesse anestesiologicalo sono le seguenti:

- Emocromo completo con conta delle piastrine
- Esame delle urine completo
- PT, PTT, ATIII e fibrinogeno
- HbsAg, anti-HCV, anti HIV
- Gruppo sanguigno e fattore Rh
- Albuminemia
- Elettrocardiogramma

Acquisizione del consenso informato: in questa sede la donna restituisce il foglio di Consenso Informato, consegnatole durante la conferenza, che ha potuto visionare e firmare, e che viene allegato alla cartella. Una copia dello stesso rimane in possesso della donna, allegato all'opuscolo informativo.

A10: PREPARAZIONE AL PARTO- EVENTUALE ANALGESIA**ANALGESIA SU RICHIESTA DELLA DONNA:**

Per iniziare un'analgesia perimidollare non è necessario raggiungere una determinata dilatazione cervicale ma è sufficiente che il travaglio sia avviato. Inoltre, in accordo con la fisopaliologia, quanto più precocemente si inizia un'analgesia meno farmaco occorre per abolire il dolore.

Di norma l'analgesia epidurale si può quindi effettuare all'inizio del travaglio, quando cioè la frequenza delle contrazioni uterine percepite come dolorose è da 2 a 3 in 10 minuti, il collo uterino è appianato, centralizzato con una dilatazione di almeno 2 cm. In questa situazione i farmaci somministrati per via perimidollare possono essere diversi a seconda della posizione della testa fetale e della parità. Alcune donne riferiscono un dolore importante ed intenso anche durante la fase latente (che nella primipara dura in media da 6 ad 8 ore) quando la frequenza delle contrazioni è di 1-2 in 10 minuti. Anche in questi casi è possibile intervenire con farmaci appropriati.

Tempi del parto :

i tempi del parto sono molto variabili e dipendono da diversi fattori. In media, dai primi segnali alla nascita del primo figlio, ci vogliono tra le 12/14 ore (il tempo si dimezza dal secondo figlio in avanti).

Fase 1: periodo prodromico o fase latente

Contrazioni ritmiche, dolorose. In alcuni casi possono durare alcune ore e poi arrestarsi.

Solitamente queste prime contrazioni portano al travaglio, diventando sempre più frequenti (da un intervallo di dieci/quindici minuti tra una contrazione e l'altra si passa a cinque minuti). In questa fase solitamente non si procede all'analgesia, anche perché di solito il dolore non è ancora molto intenso. Nel caso però di fase prodromica molto dolorosa, e su richiesta della donna, si può comunque procedere al posizionamento del catetere e all'inizio dell'analgesia.

Fase 2: periodo dilatante

Con il periodo dilatante inizia il travaglio vero e proprio. Il collo uterino si appiana e la dilatazione aumenta progressivamente, sino a raggiungere la dilatazione completa. Spesso in questa fase avviene la rottura spontanea delle membrane.

Fase 3: periodo espulsivo

E' il momento in cui, a dilatazione completa, la donna avverte spontaneamente il premito dovuto al procedere della testa fetale lungo il canale del parto.

ANALGESIA IN CASO DI INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

Poiché l'induzione del travaglio di parto è una delle indicazioni all'esecuzione dell'analgesia, sarà cura del servizio di analgesia ostetrica concordare con i ginecologi, caso per caso, il momento più opportuno per posizionare il catetere ed iniziare l'analgesia.

A 11: PARTO - PROCEDURE PRELIEVO SANGUE CORDONALE

La paziente arriva al punto nascita con diagnosi di travaglio di parto oppure per effettuare l'induzione con l'ossitocina.

Nel parto fisiologico, l'ostetrica è l'operatore professionale che seguirà il percorso del parto sia con l'osservazione dei fattori dinamici che lo compongono, sia con la compilazione del partogramma, trascrivendo ogni elemento utile alla diagnosi del benessere materno e fetale.

Il partogramma consente la comprensione, immediata e univoca per gli operatori, dell'evoluzione del

travaglio ed una precoce individuazione dell'insorgenza dei fattori di rischio.

Valutare l'idoneità alla donazione del sangue cordonale: se la coppia risulta idonea per la donazione del sangue cordonale, l'ostetrica e/o il medico dovranno rivalutare l'idoneità alla donazione verificando che dal momento dell'arruolamento al momento del parto non siano sopraggiunte nuove situazioni e verificare l'assenza di criteri di esclusione ostetrici (materni e neonatali) previsti da Linee guida e ultima normativa di riferimento.

Criteri di esclusione ostetrici (materni e neonatali) da valutare intrapartum:

Materni	Neonatali
Gestazione < 37 settimane compiute (< 34 nei dedicati)	Malformazioni congenite del neonato
Rottura delle membrane > 12 ore	
Febbre > 38° C nelle 24 ore precedenti il parto	Liquido francamente tinto (M3)
Presenza di vescicole in forma attiva, di Herpes tipo 2	Apgar < 7 al 1° min e < 7 al 5° min (sangue cordonale già raccolto) valutare le cause
Eclampsia e pre Eclampsia	
Parto vaginale operativo nel caso in cui l'impegno assistenziale verso madre e bambino rendano impossibile effettuare il prelievo	Distress fetale e neonatale che comporti la necessità da parte del personale addetto al prelievo di provvedere all'assistenza del neonato.
Parto distocico	

Se la donna ha dato il suo consenso e se idonea alla donazione, dopo circa 1-2 minuti dalla nascita del bambino, il cordone ombelicale viene clampato e reciso e si procede al prelievo del sangue cordonale

A12: INDUZIONE - EVENTUALE ANALGESIA

Valutazione per eventuale induzione:

Nel nostro reparto, come da linea guida, alla 41 settimana in assenza di attività contrattile da travaglio si procede a controlli giornalieri di CTG e AFI.

A 41 settimane + 3 giorni si procede ad induzione medica del travaglio.

Nella gravidanza fisiologica si programma il ricovero ospedaliero per induzione del parto oltre il termine dopo la 41 settimana.

L'induzione al parto viene effettuata con diverse modalità seconda la parità e la preparazione del collo uterino.

Induzione del travaglio ed Analgesia.

Se la partorienti sottoposta ad induzione del travaglio con ossitocici vuole accedere all'analgesia, il posizionamento del catetere epidurale deve precedere l'inizio della somministrazione dell'ossitocina. Nel caso che invece l'induzione (o il potenziamento) del travaglio con ossitocici sia già in corso, la somministrazione del farmaco va interrotta per un periodo di almeno venti minuti prima della procedura, e può essere ripresa subito dopo che un livello sufficiente di analgesia si è instaurato.

A 13: PARTO CESAREO

Indicazione al taglio cesareo elettivo:

- pregresso taglio cesareo con rifiuto materno al parto di prova. Indicazione relativa. Possibilità della donna di accedere al parto di prova, previo consenso informato
- presentazione anomala (in caso di presentazione podalica con feto singolo deve prima essere offerta, a partire dalla 37^a settimana di gestazione, l'opportunità di rivolgimento per manovre esterne al fine di aumentare la probabilità di una presentazione cefalica e di un parto vaginale, come da Linee Guida)
- macrosomia fetale (peso > 4500gr.)
- placenta previa
- presenza di miomi uterini
- gravidanza multipla
- infezioni (HIV – HCV – HBV - HERPES SIMPLEX GENITALE)

TAGLIO CESAREO E TRAVAGLIO FISIOLÓGICO, CON O SENZA ANALGESIA

Nel caso in cui, durante il travaglio, fosse necessario espletare il parto mediante taglio cesareo, e nel caso fosse in corso l'analgesia, verrà utilizzato il catetere epidurale già in situ, utilizzando dosi anestetiche di farmaco. Nel caso di travaglio senza analgesia e necessità di taglio cesareo, a seconda della situazione verrà eseguita anestesia combinata spino-epidurale (preferibilmente), o subaracnoidea semplice, o anestesia generale (quest'ultima solo se, per ragioni di urgenza o di patologie concomitanti, non fosse possibile eseguire l'anestesia loco-regionale).

Dopo l'intervento, nel caso di anestesia con peridurale continua il catetere epidurale verrà lasciato in situ per circa 48 ore dopo il taglio cesareo, collegato ad una pompa di infusione contenente anestetico locale ed oppiaceo, per assicurare un livello ottimale di analgesia postoperatoria. Nel caso di anestesia subaracnoidea o di anestesia generale, verranno usati farmaci per via venosa per il controllo del dolore post-operatorio. La paziente sarà monitorizzata costantemente dal servizio di anestesia ostetrica.

Nel taglio cesareo di elezione in assenza di complicanze materno-neonatali, se la coppia è idonea alla donazione del Sangue Cordonale ed ha presentato la documentazione precedentemente compilata (consenso informato e questionario anamnestico), si può procedere alla raccolta del sangue cordonale.

DECORSO POST PARTUM

NEONATO FISIOLÓGICO: si definisce fisiologico il neonato che presenta le seguenti caratteristiche:

Prenatali :

- Epoca gestazionale ≥ 37 e < 42 settimane
- Feto singolo, presentazione cefalica
- Peso previsto > 2500 e < 4000 gr.
- Assenza di patologia fetale nota
- Travaglio insorto spontaneamente o indotto

- Liquido amniotico non francamente tinto
- Rottura delle membrane < 18 ore
- Placenta normale inserta
- Assenza di patologia materna che controindica il parto vaginale
- Assenza di sofferenza fetale da diagnosi CTC
- Parto vaginale

Neonato:

- Età gestazionale adeguata
- Assenza di malformazioni evidenti
- Apgar al 5° min. ≥ 7 , qualora non siano stati praticati interventi di rianimazione
- Peso appropriato per Età Gestazionale

A14: OSSERVAZIONE EVENTUALI COMPLICANZE MADRE: 1. SUBINVOLUZIONE UTERINA, 2. EMATOMA, 3. INFEZIONE, 4. CEFALEA POST PUNTURA DURALE

1. L'atonia/sub-involuzione uterina è una situazione relativamente frequente, generalmente controllabile, che si verifica successivamente al secondamento. Le cause possono essere dovute ad una sovradistensione uterina durante il travaglio, ad una prolungata stimolazione con ossitocina o al permanere dopo il secondamento di residui placentari. Segno clinico caratterizzante è l'emorragia che richiede un tempestivo intervento volto a una valutazione dei genitali esterni, della vagina, della cervice e della cavità uterina (eventuale curettage). Alla paziente vanno posizionati due accessi venosi, va infusa ossitocina e va reso disponibile sangue per eventuale emotrasfusione, previo controllo dell'emocromo.

2. L'ematoma in genere vaginale spesso successivo a episiotomia ed episiorrafia si caratterizza con la comparsa di tumefazione dolente e ingravescente nelle ore successive al parto. Nel caso si procede a drenaggio e successiva risutura al fine di evitare la possibile estensione dello stesso.

3. Manovre ostetriche possono determinare trasporto di germi all'interno dell'utero o nelle aree traumatizzate. Anche la possibile ritenzione di materiale placentare può essere causa di infezione. Le **infezioni** possono essere semplicemente localizzate, propagate o generalizzate e possono manifestarsi con vulvovaginiti, endometriti e nei casi più gravi con annessiti, parametriti sino ad arrivare ad avere vere e proprie peritoniti. Va rimossa ovviamente la causa determinante e va instaurata una opportuna terapia antibiotica.

COMPLICANZE ANESTESIOLOGICHE

La complicanza più frequente è la puntura accidentale della dura madre con ago di THUOY. Per questa complicanza viene messo in opera il seguente protocollo:

- inserimento del catetere nello spazio subaracnoideo
- prosecuzione dell'analgesia con i dosaggi adeguati
- dopo il parto, il catetere viene lasciato in situ per 36 ore



- viene mantenuta per questo tempo una terapia antibiotica di copertura
- la paziente viene invitata a rimanere a riposo
- dopo le 36 ore, previa infusione di 10 ml di soluzione salina, il catetere viene rimosso
- se compare cefalea, questa viene trattata con idratazione e opportuni farmaci analgesici
- quando la paziente sta bene ed è in grado di essere dimessa, viene dimessa con una terapia analgesica rescue e con le opportune indicazioni per il medico di famiglia

A15: CONTROLLO STATO CONTRAZIONE UTERO. OSSERVAZIONE 48 h

Nelle due ore successive all'espletamento del parto e all'avvenuto secondamento, si tiene sotto stretto controllo la contrazione uterina e si valuta l'entità della perdita ematica.

La terapia medica si somministra a tutte le puerpere nell'immediato post partum riservandosi eventuali ulteriori trattamenti nel caso di persistenza della perdita ematica.

A16: TERAPIA MEDICA

Si procede alla somministrazione di ossitocina (Syntocinon) e di metilergometrina (Mettergin) i.m.

A 17: INTERVENTO PER EVENTUALI RESIDUI PLACENTARI O LACERAZIONI VAGINALI

Qualora si dovesse verificare una perdita ematica abnorme, superiore a 500 cc, si procede alla verifica della presenza di eventuali lacerazioni cervico-vaginali e alla loro riparazione mediante sutura.

In caso di reperto locale normale si prende in considerazione la possibilità di residui placentari intracavitari verificabili ecograficamente.

In caso positivo si procede alla revisione strumentale della cavità in camera operatoria.

ANESTESIA IN CASO DI RIPARAZIONE DI LACERAZIONI, CON O SENZA ANALGESIA.

Nel caso in cui fosse in corso l'analgesia, verrà utilizzato il catetere epidurale già in situ, utilizzando dosi anestetiche di farmaco. Nel caso di travaglio senza analgesia e necessità di revisioni chirurgiche, a seconda della situazione verrà eseguita anestesia generale o subaracnoidea (stomaco pieno).

A18: INSERIMENTO BALLOON 24 h E CONSEGUENTE RIMOZIONE

Nel caso di perdita ematica di grave entità, uguale o maggiore di 1500 cc, dovuta ad atonia uterina, si procede al posizionamento in cavità di pallone emostatico che si provvede a riempire con soluzione fisiologica.

Stretto controllo dell'emostasi nelle 24 ore successive

A19: ISTERECTOMIA

Ove risultassero inutili i tentativi di controllo dell'emostasi come al punto precedente, previo consenso della paziente, si provvede a laparotomia d'urgenza e alla successiva isterectomia in narcosi.

A20: VISITA DEL NEONATO, PROFILASSI OCULARE, PROFILASSI EMORRAGICA, PESO

Il Medico Pediatra esegue l'**esame obiettivo** completo del neonato nelle prime 12 ore di vita, comunica personalmente alla madre il risultato della visita e annota chiaramente in cartella gli elementi suscettibili di ulteriori controlli o di eventuali approfondimenti specialistici.

In caso di richieste di esami o consulenze si prepara contestualmente la modulistica

Nell'immediato post-partum viene effettuata la profilassi oculare, la profilassi della Mal. Emorragica con Konakion 0,5 mg i.m. (Prematuri 0,3 mg). Viene annotata in cartella infermieristica la prima minzione e la prima emissione di meconio.

E' importante favorire l'interazione precoce tra madre e neonato e assicurarsi della buona reattività ed ossigenazione del neonato durante il periodo di permanenza della madre nei locali delle sale parto.

Qualora le condizioni cliniche della madre lo consentano e la stessa lo desideri, il neonato deve essere portato alla madre aiutandola ad assumere la posizione corretta per la prima poppata al seno. Compatibilmente alle possibilità ambientali, sarà incoraggiata anche la presenza del papà .

A 21: VISITA, EMOGASANALISI, GLICEMIA***Per eventuali complicanze respiratorie:***

- Sospetto di pneumotorace
- Tachipnea transitoria
- Infezione
- Patologia cardiologica

A 22: OSSERVAZIONE DEL NEONATO

In reparto viene effettuata la visita pediatrica giornaliera per la valutazione del neonato, e se necessario vengono prescritti eventuali esami clinici.

Sono previste visite giornaliere nel reparto di Ostetricia per colloquio con le madri dei neonati ricoverati. Vengono prescritti gli screening per la displasia delle anche.

Se il neonato sta bene e non ci sono controindicazioni viene effettuata la dimissione, che di norma può avvenire dopo 48 ore di osservazione per i nati per via vaginale e dopo 72 ore per i nati da taglio cesareo.

***A 23: VISITA CARDIOLOGICA – ECG - ECOCOLOR DOPPLER CARDIACO -
HOLTER***

Qualora vi sia il sospetto di patologia cardiologica nel neonato per via di una diagnosi prenatale o per segni clinici emersi al momento della nascita:

- dispnea persistente
- cianosi centrale
- aritmie
- assenza di polsi femorali
- pallore cutaneo

il bambino viene sottoposto a valutazione cardiologica.

Se il sospetto viene confermato, i due genitori ricevono un counseling multidisciplinare (cui partecipano il cardiologo pediatra, il pediatra, lo psicologo e l'infermiere).

A 24: TERAPIA SPECIFICA MEDICA

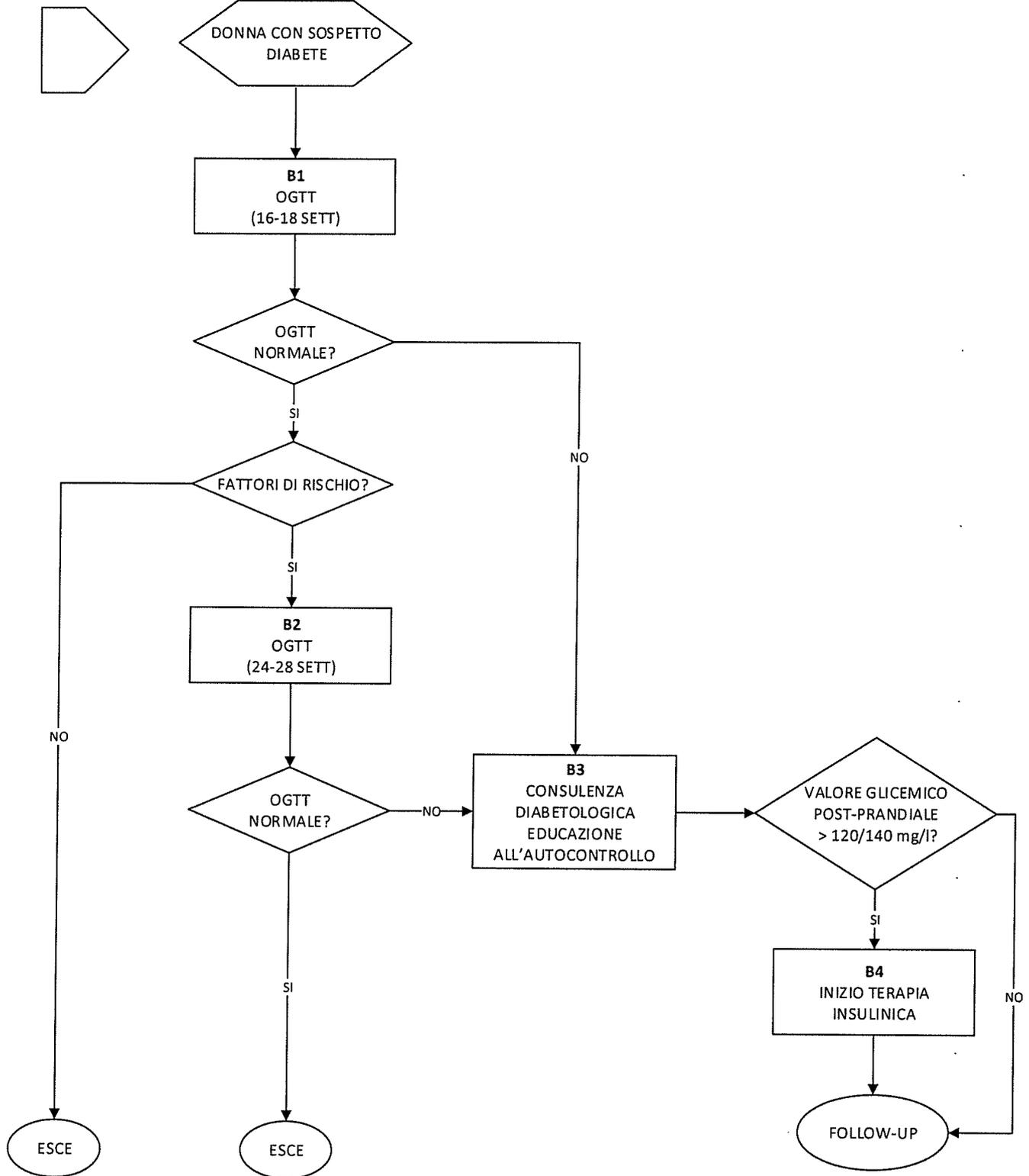
Se il bambino non necessita nell'immediato di una procedura interventistica o chirurgica viene seguito periodicamente con controlli più o meno ravvicinati a seconda della cardiopatia, altrimenti viene trasferito in un centro di III livello (dotato di cardiocirurgia pediatrica) e poi al ritorno a casa viene seguito secondo follow up come nel primo caso.

A 25: VALUTAZIONE PER ALTRE PATOLOGIE**Neonato con uropatia congenita**

- Valutazione urologica (Visita, Ecografia reno-vescicale, es. urine + sedimento, funzionalità renale)
- Counseling (Urologo pediatra - Neonatologo)
- Programmazione successivi controlli periodici (Ecografia reno-vescicale, eventuali esami di II livello)
- Successivo follow up clinico dopo intervento chirurgico.



Flow chart B – Ragionamento Clinico Diabete gestazionale





AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

Legenda note Flow chart B***B1- B2: OGTT***

A seconda dei fattori di rischio si procede a prenotare la donna per uno screening precoce (16/18 settimane) o tardivo (24/28 settimane)

Alla donna viene fatto un prelievo ematico per glicemia basale e poi viene fatta ingerire una soluzione contenente 75 gr di glucosio: la paziente deve stare seduta per 2 ore durante le quali verranno effettuati ulteriori prelievi venosi a 60 min e a 120'

B3 : CONSULENZA DIABETOLOGICA – EDUCAZIONE ALL'AUTOCONTROLLO

In caso di curva da carico positiva, il medico diabetologo prende in carico la pz., compila la cartella informatica nella quale inserisce i dati anagrafici, anamnestici, esami di laboratorio, prescrizione terapeutica, valutazione del controllo glicemico.

(Glicemia basale < 93 mg/dl - 1h dopo pasto < 140 mg/dl - 2h dopo pasto < 120 mg/dl)

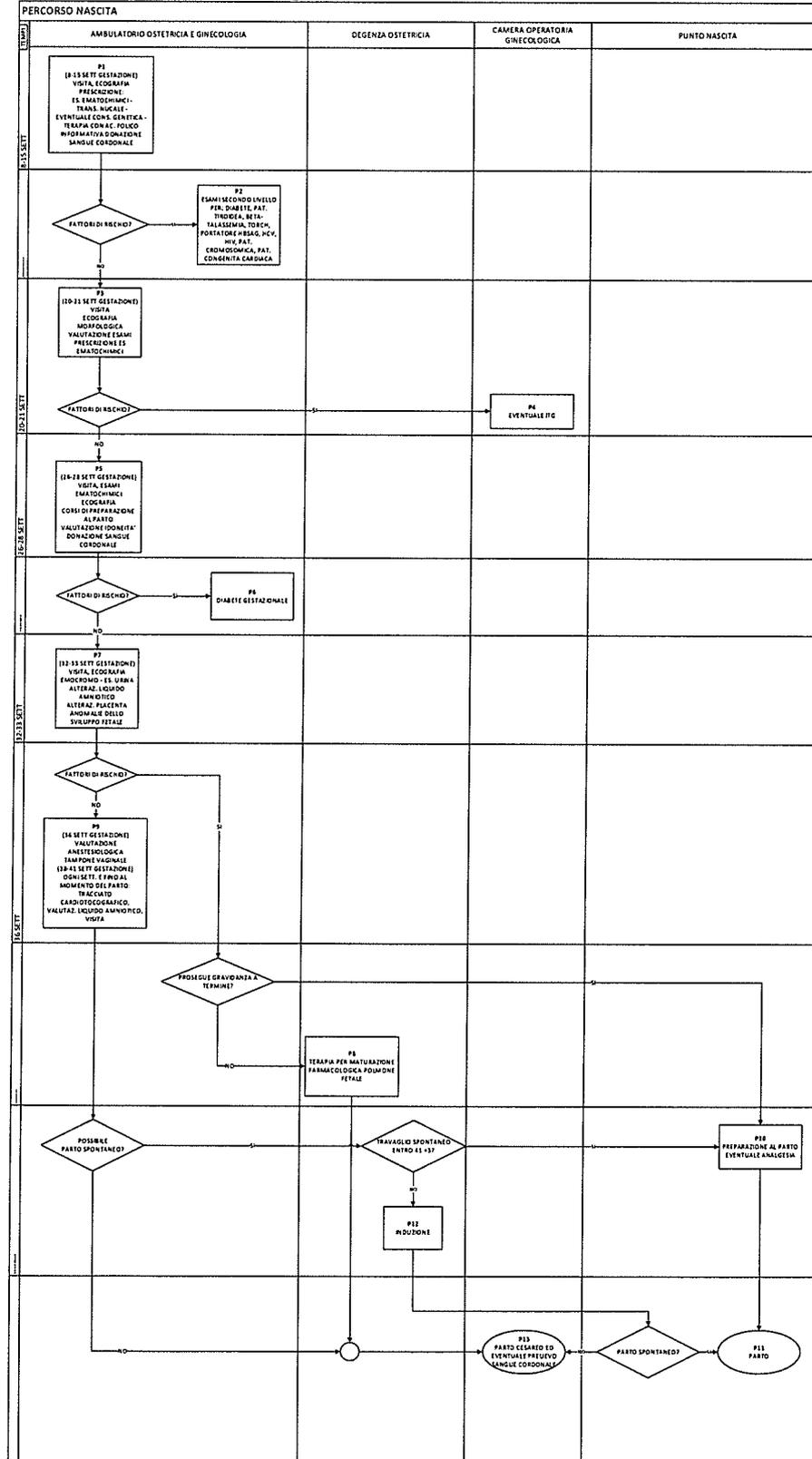
B4: INIZIO TERAPIA INSULINICA

Nei successivi follow-up, le pazienti vengono visitate ogni 15gg, per la valutazione dei diari glicemici, per la valutazione dei parametri (peso, pressione), per la valutazione di esami ostetrici e per la valutazione dell'accrescimento fetale e una volta al mese fanno il prelievo per dosaggio dell'emoglobina glicata e la glicemia post prandiale

All'ultimo controllo (37/38 sett) alla pz viene consegnato uno stampato nel quale la stessa dovrà riportare tutti i dati relativi alla tipologia del parto avvenuto e al neonato (peso, lunghezza, apgar,) e viene consigliato di ripetere la curva da carico dopo il 3° mese dal parto per l'eventuale conferma della diagnosi di diabete o per una nuovo inquadramento diagnostico

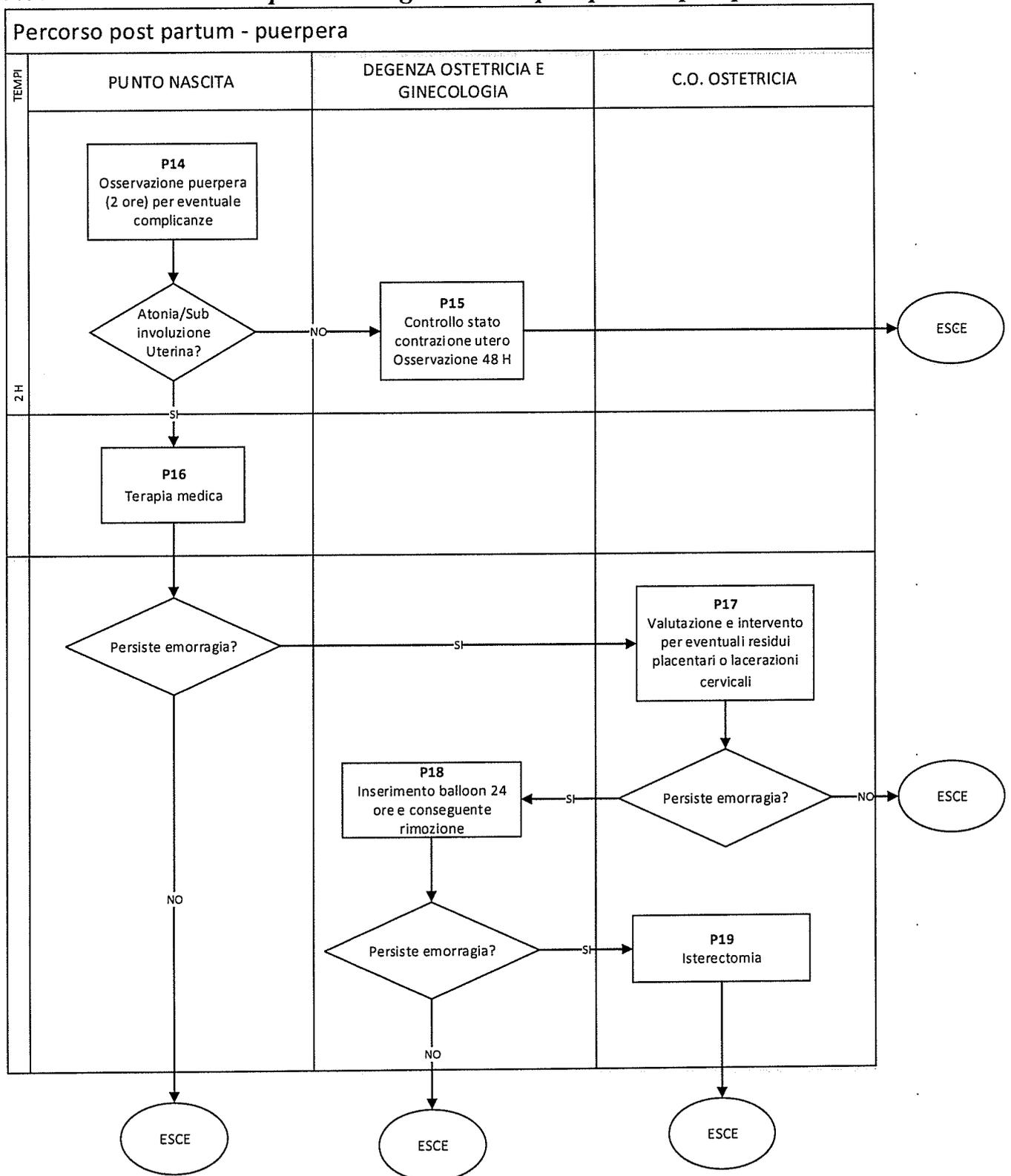


Flow chart A e matrice percorso organizzativo nascita

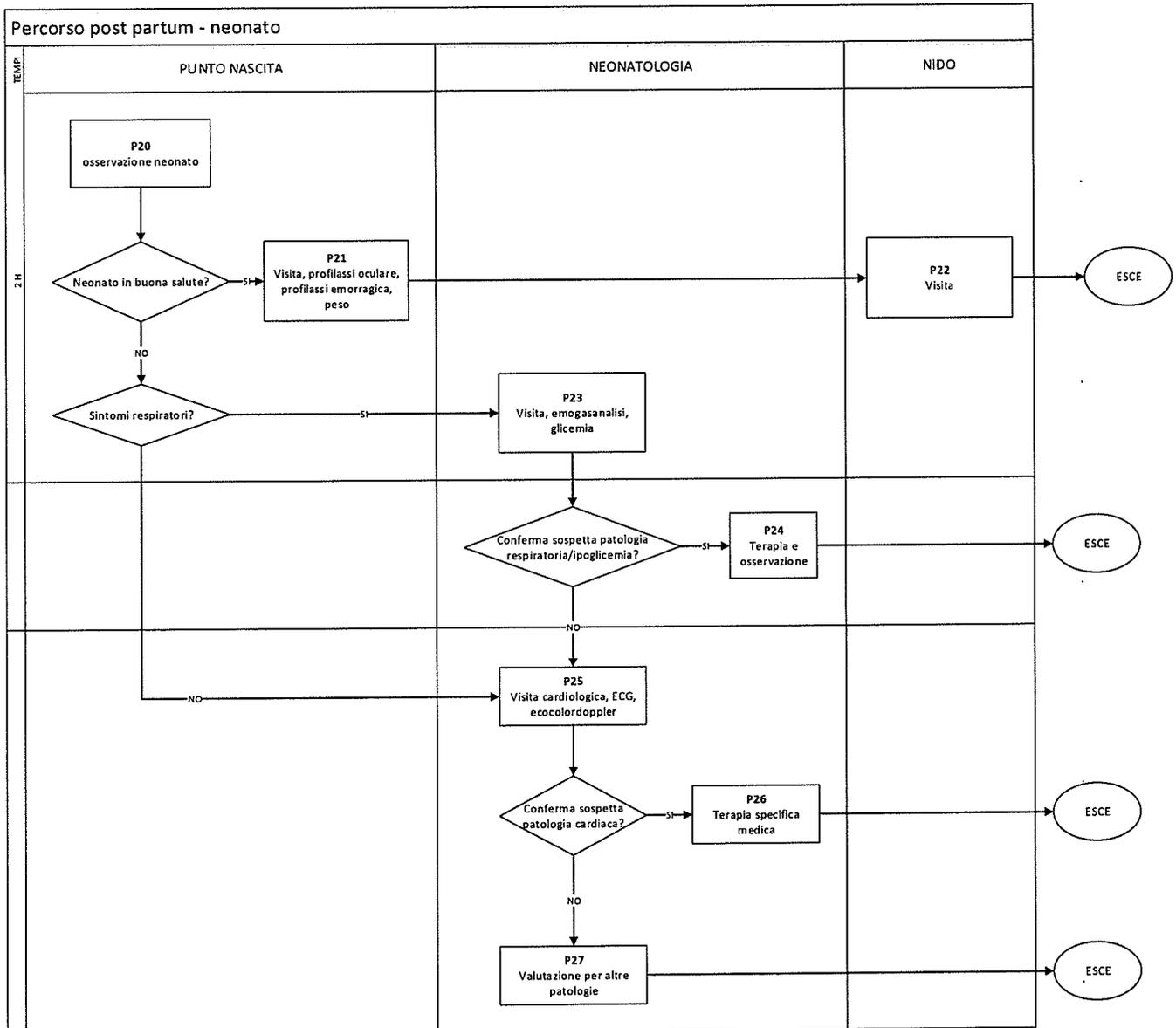




Flow chart A e matrice percorso organizzativo post partum puerpera



Flow chart A e matrice percorso organizzativo post partum neonato





AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

Legenda note matrice organizzativa nascita e decorso post partum**A1 – P1 PRESA IN CARICO DELLA PAZIENTE (8-15 SETTIMANE)****Setting di cura: Ambulatorio Ostetricia**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Ginecologo	Anamnesi personale, familiare e ostetrica, visita, ecografia e prescrizione esami. Valutazione del rischio ed eventuali prescrizioni terapeutiche. Rilevazione bcf. Informativa donazione sangue cordonale
Ostetrica	Raccolta documentazione clinica e amministrativa, registrazione della paziente, delle prescrizioni e prestazioni richieste, misurazione pressione arteriosa e peso. Informazioni generiche di tipo igienico-alimentari alla donna in gravidanza. Informativa donazione sangue cordonale
Informazioni ed educazione a paziente – familiari	Informativa donazione sangue cordonale e Informativa Corsi di preparazione al parto
Documentazione prodotta	Cartella ambulatoriale Brochure donazione sangue cordonale (Allegato n.1) Brochure Corsi di preparazione al parto (Allegato n.2)
Obiettivi/traguardi sanitari	Inquadramento e valutazione dell'andamento della gravidanza

A2 – P2: ESAMI DI SECONDO LIVELLO PATOLOGIE MATERNE**Setting di cura: Ambulatorio Ostetricia**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Raccolta documentazione clinica e amministrativa, registrazione della paziente, delle prescrizioni e prestazioni richieste, misurazione pressione arteriosa e peso.
Medico Ginecologo	Visita, prescrizione esami, compilazione cartella ambulatoriale. Valutazione del rischio ed eventuali prescrizioni terapeutiche
Informazioni ed educazione a paziente - familiari	Informativa relativa a alimentazione, stile di vita.
Documentazione prodotta	Cartella ambulatoriale.
Obiettivi/traguardi sanitari	Prevenzione patologie materne



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

A3 – P3: 20-21 SETTIMANA Ecografia morfologica**Setting di cura: Ambulatorio Ostetricia**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Raccolta documentazione clinica e amministrativa, registrazione della paziente, delle prescrizioni e prestazioni richieste, misurazione pressione arteriosa e peso.
Medico Ginecologo	Valutazione ecografia morfologica. Prescrizione esami ematochimici.
Documentazione prodotta	Cartella ambulatoriale-
Obiettivi/traguardi sanitari	Valutazione e prevenzione di eventuali patologie fetali.

A4 – P4: PATOLOGIE MALFORMATIVE – INTERRUZIONE TERAPEUTICA**Setting di cura: Sala operatoria ginecologica**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Infermiere ginecologia	Accoglie la paziente, compila la documentazione di sala, collabora con lo strumentista durante l'intervento, assiste la paziente nel perioperatorio
Ostetrica	Prepara il carrello per procedura interventistica, collabora col ginecologo durante l'atto operatorio. A fine intervento si occupa della verifica dello strumentario utilizzato e della sanificazione dello stesso.
Nurse di Anestesia	Accoglie la paziente, reperisce un accesso venoso, collabora con l'anestesista.
Medico Anestesista	Compila la cartella anestesologica, fa firmare il consenso informato anestesologico (Allegato n.3), esegue anestesia.
Medico Ginecologo	Previa acquisizione del consenso informato all'intervento chirurgico, esegue l'intervento stesso.
Documentazione prodotta	Check list, atto operatorio, cartella anestesologica, cartella elettronica SIO.
Rischi correlati	Rischio anestesologico. Rischio chirurgico.
Obiettivi/traguardi sanitari	Salvaguardia della salute psichica della donna.



**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

A5 – P5: 26-28 SETTIMANE CORSI DI PREPARAZIONE AL PARTO – VALUTAZIONE IDONEITA' DONAZIONE SANGUE CORDONALE

Setting di cura: Ambulatorio Ostetricia

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Accettazione paziente, verifica pagamento ticket e registrazione amministrativa. Pianifica con la paziente la partecipazione al corso di preparazione parto.
Medico Ginecologo	Visita ostetrica. Valutazione curva glicemica (Prenotata dal personale del CAD (070-539372). Prescrizione esami ematochimici.
Medico Banca del sangue cordonale	Arruolamento della coppia donatrice: informativa e acquisizione consenso informato, valutazione anamnestica e criteri di idoneità.
Medico Anestesista	Ogni ultimo martedì di ogni mese, un anestesista del servizio di analgesia ostetrica tiene un incontro della durata di circa un'ora, rivolto a tutte le gestanti ed ai loro mariti, che possono assistere liberamente. Vengono fornite, per mezzo di materiale audiovisivo, informazioni riguardo l'analgesia per il travaglio di parto, le tecniche usate, i rischi, i benefici e le possibili complicanze. In questa sede viene consegnato un opuscolo informativo (Allegato n.4) al cui interno si trovano anche: il foglio di consenso (Allegato n.3), in doppia copia, che dovrà essere consegnato firmato dalla gestante in occasione della consulenza anestesiologicala, ed un questionario medico (Allegato n.5), da compilare e consegnare il giorno della consulenza. Alla 28/30° settimana di gravidanza iniziano i Corsi di Accompagnamento alla Nascita
Informazioni ed educazione a pazienti - familiari	Vengono fornite indicazioni per le iscrizioni ai Corsi di preparazione al parto. Vengono fornite, per mezzo di materiale audiovisivo, informazioni riguardo l'analgesia per il travaglio di parto, le tecniche usate, i rischi, i benefici e le possibili complicanze.
Documentazione prodotta	Cartella ambulatoriale. Opuscolo informativo per l'epidurale, al cui interno si trovano anche: il foglio di consenso ed un questionario medico.
Obiettivi/traguardi sanitari	Accompagnamento della donna alla nascita. Corretta informazione alla donna al fine di poter effettuare l'analgesia per il parto evidenziando possibili rischi/benefici correlati alla tecnica. Corretta informativa per la donazione del sangue cordonale al fine di aumentare partoanalgesie e donazione di sangue cordonale



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

A6 – P6: DIABETE GESTAZIONALE**Setting di cura: Ambulatorio diabetologico**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Diabetologo	Anamnesi personale e compilazione della cartella clinica informatica. Informazioni sulla patologia e i rischi ad essa correlati. Esenzione ticket, prescrizione riflettometro, consegna diario glicemico e informazione sui target da rispettare. Programmazione ed espletamento follow up.
Dietista	Rilevazione peso, indagine alimentare. Informazioni alimentari: consegna diario alimentare. Consegna dieta personalizzata in base alle esigenze nutrizionali, al BMI pregravidico e alle preferenze della donna. Programmazione ed espletamento follow up alimentare.
Infermiere	Accoglienza. Misurazione P.A. Istruzione all'uso del riflettometro e della compilazione diario glicemico. Nozioni sui tipi di insulina e tecnica iniezione. Prelievo ematico per dosaggio glicemia PP e HbA1c
Documentazione prodotta	Referto
Rischi correlati	Ipoglicemia.
Obiettivi/traguardi sanitari	Compenso glicemico adeguato rilevato mediante misurazioni di glicemia (autocontrollo). Glicemia basale a digiuno < 93 mg/dl 1h dopo pasto < 140 mg/dl 2h dopo pasto < 120 mg/dl per normale accrescimento fetale. Valutazione di emoglobina glicosilata 1 volta/mese (< 6%)

A7 – P7: 32-33 SETTIMANA - ALTERAZ. LIQUIDO AMNIOTICO - ALTERAZ. PLACENTA - ANOMALIE DELLO SVILUPPO FETALE - CONFERENZA PER PARTOANALGESIA**Setting di cura: Ambulatorio ostetrico**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Raccolta documentazione clinica e amministrativa, registrazione della paziente, delle prescrizioni e prestazioni richieste, misurazione PA e peso.
Medico Ginecologo	Visita ostetrica, ecografia e valutazione esami prescritti precedentemente. Prescrizione esami.
Medico Anestesista	Conferenza informativa. Consegna del materiale informativo, del questionario e del foglio di consenso informato.
Documentazione prodotta	Cartella ostetrica



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

Obiettivi/traguardi sanitari	Valutazione benessere materno-fetale, con particolare riferimento alla valutazione del liquido amniotico, delle alterazioni della placenta e di eventuali anomalie dello sviluppo fetale. Condivisione di informazioni su benefici e possibili complicanze della parto analgesia.
------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

A8 – P8: TERAPIA PER MATURAZIONE FARMACOLOGICA POLMONE FETALE AI FINI ESPLETAMENTO DEL PARTO**Setting di cura: Degenza Ostetricia e Ginecologia**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Ginecologo	Acquisisce il consenso (allegato n.6) e prescrive la somministrazione terapeutica del cortisone 12 mg i.m..
Infermiere	Somministra, previo consenso informato materno, 12 mg di cortisone i.m. con dose ripetuta dopo 24 ore.
Documentazione prodotta	Cartella clinica.
Rischi correlati	Alterazioni tracciato cardiocografico, iperglicemia.
Obiettivi/traguardi sanitari	Raggiungimento condizioni di maturazione del polmone fetale ai fini dell'espletamento del parto.

A9 – P9: 36a SETTIMANA / 38-41a SETTIMANA - VALUTAZIONE ANESTESIOLOGICA TAMPONE VAGINALE - TRACCIATO CARDIOTOCOGRAFICO -VALUTAZ. LIQUIDO AMNIOTICO -VISITA**Setting di cura: Ambulatorio ostetrico**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Raccolta documentazione clinica e amministrativa, registrazione della paziente, delle prescrizioni e prestazioni richieste, misurazione pressione arteriosa e peso. Ctg.
Medico Ginecologo	Visita ostetrica, valuta tracciato ctg. Prescrive tampone vagino-rettale.
Medico Anestesista	Esegue la consulenza anestesiologicala, controlla gli esami della gestante e stabilisce se l'esecuzione dell'analgesia sarà possibile. Acquisisce il consenso informato. La cartella viene conservata presso il punto nascita, in un mobile apposito, e prelevata una volta che la gestante richiede l'analgesia.
Documentazione prodotta	Cartella ambulatoriale. Referto ctg. Viene compilata la cartella di analgesia ostetrica, firmato il consenso informato che viene allegato alla cartella.



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

Obiettivi/traguardi sanitari

Il tampone valuta la presenza eventuale di streptococco al fine di un adeguato trattamento antibiotico in travaglio. Il CTG dà conto di attività contrattile se presente e di eventuali alterazioni del BCF da riferire a sofferenza fetale.
Valutazione fattibilità analgesia

A10 – P10: PREPARAZIONE AL PARTO – ANALGESIA**Setting di cura: Punto nascita**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Ginecologo	Visita, valuta tracciato ctg e decide anche sulla base delle condizioni locali e dal colloquio con la paziente la possibilità di procedere all'analgesia. Al momento della richiesta dell'analgesia da parte della donna, il ginecologo responsabile della sala parto richiede all'ostetrica che venga chiamato l'anestesista dedicato. Valutazione finale per la donazione del sangue cordonale
Ostetrica	Compila il partogramma: (Allegato n.7) (registrazione dei parametri vitali, visita ostetrica, tracciato cardiocografico). A seguito del consenso del Ginecologo e della partoriente, chiama il Medico Anestesista di guardia, prende la cartella della donna, predispone il carrello dei farmaci e dei presidi, collabora con l'anestesista all'esecuzione della procedura. L'ostetrica rileva i parametri vitali (pressione arteriosa, saturazione, frequenza cardiaca) dopo ogni dose. Il monitoraggio cardiocografico viene mantenuto per almeno 20 minuti dopo ogni dose. L'anestesista va informato ogni qual volta la donna avverte un aumento del dolore (VAS>3-4) o quando vi siano variazioni nell'andamento del travaglio (amnioerxi, rottura spontanea delle membrane, dilatazione completa, potenziamento con ossitocici). <i>Valutazione dell'idoneità all'eventuale prelievo di sangue cordonale.</i> Se la partoriente è idonea a donare il sangue cordonale: prende in carico la documentazione consegnata alla coppia al momento dell'arruolamento questionario anamnestico (Allegato n.8) e consenso informato (Allegato n.9) e collabora con il medico ginecologo per una rivalutazione congiunta dell'idoneità alla donazione verificando l'assenza di sopravvenute controindicazioni dal momento dell'arruolamento.
Medico Anestesista	Arrivato al punto nascita, acquisisce informazioni sulla partoriente, controlla la cartella di analgesia ostetrica, accerta la presenza del consenso informato. Dopo aver identificato la donna, tramite la

	<p>tecnica specifica posiziona il catetere epidurale e dà alla partoriente le istruzioni per il prosieguo dell'analgia; provvede a compilare e aggiornare costantemente la cartella di analgesia ostetrica a ogni successiva dose. Per le donne straniere con problemi di idioma, non accompagnate da un congiunto parlante la lingua italiana, o comunque con difficoltà di comprensione linguistica, ci si deve avvalere di un mediatore culturale chiamato tramite l'Ufficio Relazioni con il Pubblico della direzione sanitaria. Dopo il parto, il catetere epidurale viene mantenuto in situ per tutto il periodo di osservazione post-partum, per permetterne l'utilizzo nel caso di complicanze dell'immediato postpartum (placenta ritenuta, sutura di lacerazioni); al termine di questo periodo viene rimosso. Non è possibile interrompere l'analgia, a meno di importanti motivi, documentati e sottoscritti dal ginecologo responsabile della sala parto.</p>
Materiale sanitario, dispositivi medici, farmaci di impatto economico rilevante	Set procedurale necessario per la procedura anestesologica. Kit da Peridurale Continua o da Combinata Spino-Epidurale o da Subaracnoidea.
Informazione ed educazione alla paziente	La donna, salvo diversa indicazione del ginecologo o dell'ostetrica, può alimentarsi con cibi leggeri (succhi di frutta, biscotti, fette biscottate) e bere fino alla fine della fase dilatante. Dall'inizio della fase espulsiva può bere liquidi chiari (acqua, the) ma non può più introdurre cibi o liquidi corpuscolati. La donna può muoversi liberamente, assumendo tutte le posizioni che desidera.
Documentazione prodotta	Referto ctg. Compilazione cartella clinica. Compilazione cartella anestesologica. Compilazione RAD-SIO.
Rischi correlati	Puntura della Dura Madre e PDPH. Neuropatia transitoria. Neuropatia permanente
Obiettivi/traguardi sanitari	Esecuzione in sicurezza della procedura di analgesia per travaglio di parto. Riduzione delle complicanze.

A11 – P11 : PARTO NATURALE
Setting di cura: Punto nascita

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	L'ostetrica assegna alla donna la stanza travaglio-parto, dove in compagnia della persona da lei indicata, soggiognerà per tutto il periodo del travaglio, del parto e del post-partum; accompagna la donna (e la coppia) durante tutto il percorso, dando indicazioni sulle posizioni libere da assumere; garantisce la privacy e favorisce il bonding.



	<p>Presa in carico della donna:</p> <ul style="list-style-type: none">• verifica delle condizioni materne• posizionamento accesso venoso• cardiocografia• valutazione progressione del travaglio• compilazione del partogramma• assistenza al parto e al neonato fisiologico• eventuale episiotomia, episiorrafia e riparazione lacerazioni perineali• eventuale prelievo del sangue cordonale• sostegno al primo contatto madre-bambino• identificazione madre-bambino con posizionamento del braccialetto identificativo• aggiornamento della cartella clinica• registrazione del parto• compilazione e consegna attestazione di nascita• sorveglianza della puerpera nel post-partum• eventuale prelievo del sangue cordonale
Medico Ginecologo	<ul style="list-style-type: none">• valutazione del benessere fetale• valutazione dei fattori di rischio• visita ostetrica• valutazione accertamenti diagnostici• verifica dell'andamento del travaglio• valutazione ctg• valutazione per partoanalgesia• aggiornamento della cartella clinica
Medico Anestesista	<ul style="list-style-type: none">• valutazione accertamenti diagnostici eseguiti• aggiornamento della cartella clinica anestesiologicala• controllo del consenso informato• esecuzione analgesia
Medico Neonatologo	<ul style="list-style-type: none">• visita neonatologia• compilazione cartella neonatale
Infermiere Pediatrico	<ul style="list-style-type: none">• presa in carico del neonato
Documentazione prodotta	<ul style="list-style-type: none">• cartella clinica• cartogramma• Cartella di analgesia ostetrica• compilazione SIO
Rischi correlati	<p>La complicanza anestesiologicala più frequente è la puntura accidentale della dura madre con ago di THUOY. Per questa complicanza viene messo in opera il seguente protocollo:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ inserimento del catetere nello spazio subaracnoideo



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

	<ul style="list-style-type: none">➤ prosecuzione dell'analgesia con i dosaggi adeguati➤ dopo il parto, il catetere viene lasciato in situ per 36 ore➤ viene mantenuta per questo tempo una terapia antibiotica di copertura➤ la paziente viene invitata a rimanere a riposo➤ dopo le 36 ore, previa infusione di 10 ml di soluzione salina, il catetere viene rimosso➤ se compare cefalea, questa viene trattata con idratazione e opportuni farmaci analgesici➤ quando la paziente sta bene ed è in grado di essere dimessa, viene dimessa con una terapia analgesica rescue e con le opportune indicazioni per il medico di famiglia (all. 12)
Obiettivi/traguardi sanitari	Espletamento del parto con attenzione al benessere materno-fetale

A12 – P12: INDUZIONE**Setting di cura: Degenza Ostetricia e Ginecologia**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Collabora con il ginecologo e con l'anestesista all'esecuzione dell'induzione e dell'analgesia.
Medico Ginecologo	Decide le modalità di induzione al travaglio di parto.
Medico Anestesista	Valutazione della paziente per eventuale analgesia. Esecuzione analgesia
Documentazione prodotta	Cartella clinica con consenso informato alla induzione e alla analgesia. Compilazione SIO
Rischi correlati	Fallimento dell'induzione. Puntura della Dura Madre e PDPH. Neuropatia transitoria. Neuropatia permanente
Obiettivi/traguardi sanitari	Esecuzione in sicurezza della procedura di analgesia per travaglio di parto. Riduzione parti cesarei

A 13 – P13 : PARTO CESAREO**Setting di cura : Camera Operatoria Ginecologica**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Collabora con il ginecologo e con l'anestesista all'esecuzione del taglio cesareo e dell'analgesia.



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

Medico Ginecologo	Effettua il taglio cesareo previa valutazione della paziente. Eventuale prelievo del sangue cordonale.
Documentazione prodotta	Cartella clinica con consenso informato all'intervento chirurgico e alla anestesia. Compilazione SIO
Medico Anestesista	In caso di analgesia in corso, utilizza il catetere epidurale già in situ, somministrando dosi anestetiche di farmaco. In caso di travaglio senza analgesia, a seconda della situazione verrà eseguita anestesia combinata spino-epidurale (preferibilmente), o subaracnoidea semplice, o anestesia generale. Compila la cartella anestesiologicala. Nel caso di anestesia con peridurale continua, dopo il taglio cesareo lascia il catetere epidurale in situ per circa 48 ore, collegato ad una pompa di infusione contenente anestetico locale ed oppiaceo. Nel caso di anestesia subaracnoidea o di anestesia generale, usa farmaci per via venosa per il controllo del dolore post-operatorio.
Rischi correlati	Rischi correlati all'anestesia loco-regionale: Puntura della Dura Madre e PDPH. Neuropatia transitoria. Neuropatia permanente. Rischi correlati all'anestesia generale: lesione denti, mancata intubazione con complicanze respiratorie, cardiocircolatorie, exitus.
Obiettivi/traguardi sanitari	Espletamento dell'intervento chirurgico utilizzando la tecnica anestesiologicala più sicura ed adeguata al singolo caso. L'anestesia generale, nella donna a termine di gravidanza, comporta un rischio anestesiologicalo superiore a quella effettuata per via spinale, ma è l'unica utilizzabile in caso di estrema urgenza o di controindicazioni all'anestesia spinale; il dolore postoperatorio viene gestito con farmaci per via venosa. L'anestesia subaracnoidea garantisce un'ottima efficacia per la gestione intraoperatoria; il dolore postoperatorio viene gestito con farmaci per via endovenosa. L'anestesia combinata spino-epidurale rappresenta la migliore scelta per una gestione sicura ed efficace dell'intervento chirurgico, e per il migliore controllo del dolore postoperatorio, tramite la via peridurale continua.

A14 - P14 : OSSERVAZIONE EVENTUALI COMPLICANZE MADRE: 1. SUBINVOLUZIONE UTERINA, 2. EMATOMA, 3. INFEZIONE, 4. CEFALIA POST PUNTURA DURALE
Setting di cura: Punto nascita – Degenza Ostetricia e Ginecologia

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Osservazione della donna nel post partum e controllo delle perdite ematiche dai genitali esterni, della vagina, della cervice e della cavità uterina: in caso positivo allerta il Ginecologo.



PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE NASCITA

PSQ-PCA - 03

Medico Ginecologo	In caso di emorragia esegue visita, valuta le perdite ematiche, se necessario esegue ecografia, e prescrive eventuale terapia o curettage. Nel caso di ematoma esegue drenaggio e successiva sutura al fine di evitare la possibile estensione dello stesso. Prescrive eventuale terapia antibiotica.
Documentazione prodotta	Compilazione cartella clinica e della cartella anestesiologicala. Compilazione SIO.
Rischi correlati	Anemizzazione della paziente, infezione. A seconda della causa della perdita ematica eventuale intervento di sutura di lacerazione cervico vaginale o drenaggio se si tratta di ematoma vaginale. La complicanza più frequente è la puntura accidentale della dura madre con ago di THUOY. Vedi Rischi correlati, A 11
Obiettivi/traguardi sanitari	Gestione delle complicanze post partum della donna.

A15 - P15 : CONTROLLO STATO CONTRAZIONE UTERO - Osservazione 48 H

Setting di cura : Punto nascita – Degenza Ostetricia e Ginecologia

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Nelle due ore successive all'espletamento del parto e all'avvenuto secondamento, tiene sotto stretto controllo la contrazione uterina e valuta l'entità della perdita ematica in caso positivo allerta il Ginecologo
Medico Ginecologo	Esegue visita
Documentazione prodotta	Compilazione cartella clinica
Rischi correlati	Anemizzazione paziente se perdita ematica di grave entità
Obiettivi/traguardi sanitari	Accertare la normale involuzione uterina

A 16 - P16 – TERAPIA MEDICA

Setting di cura : Punto nascita

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Ginecologo	Prescrive la somministrazione di ossitocina (Syntocinon) e di metilergometrina (Mettergin) i.m.
Ostetrica	Somministrazione di ossitocina (Syntocinon) e di metilergometrina (Methergin) i.m.



**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

Documentazione prodotta	Compilazione cartella clinica
Obiettivi/traguardi sanitari	Prevenzione emorragia e anemizzazione

A 17 - P17 : VALUTAZIONE E INTERVENTO PER EVENTUALI RESIDUI PLACENTARI O LACERAZIONI CERVICALI

Setting di cura : Punto nascita – Camera Operatoria Ostetricia

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Qualora si dovesse verificare una perdita ematica abnorme allerta il Ginecologo
Medico Ginecologo	Esegue Visita. Procede alla verifica della presenza di eventuali lacerazioni cervico-vaginali e alla loro riparazione mediante sutura. In caso di reperto locale normale si prende in considerazione la possibilità di residui placentari intracavitari verificabili ecograficamente. In caso positivo procede alla revisione strumentale della cavità.
Medico Anestesista	Nel caso in cui fosse in corso l'analgesia, verrà utilizzato il catetere epidurale già in situ, utilizzando dosi anestetiche di farmaco. Nel caso di travaglio senza analgesia e necessità di revisioni chirurgiche, a seconda della situazione verrà eseguita anestesia generale o subaracnoidea (stomaco pieno, difetti della coagulazione).
Documentazione prodotta	Compilazione cartelle cliniche e consensi all'intervento chirurgico e all'anestesia. Compilazione SIO.
Rischi correlati	Possibile infezione. Rischi correlati all'anestesia: Vedi A13-P13
Obiettivi/traguardi sanitari	Accertare che non ci siano cause di sanguinamento. Obiettivi anestesilogici: espletamento dell'intervento chirurgico utilizzando la tecnica anestesilogica più sicura ed adeguata al singolo caso.

A 18 -P18 : INSERIMENTO BALLON 24 ORE E CONSEGUENTE RIMOZIONE

Setting di cura : Degenza Ostetricia e Ginecologia

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Nel caso di perdita ematica di grave entità dovuta ad atonia uterina allerta il Ginecologo



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

Medico Ginecologo	Procede al posizionamento in cavità di pallone emostatico che si provvede a riempire con soluzione fisiologica
Documentazione prodotta	Compilazione cartella clinica
Obiettivi/traguardi sanitari	Arresto dell'emorragia con controllo dell'emostasi.

A19 - P19 : ISTERECTOMIA**Setting di cura : Camera Operatoria Ginecologica**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Collabora con il ginecologo e con l'anestesista all'esecuzione dell'isterectomia e dell'anestesia.
Medico Ginecologo	Ove risultassero inutili i tentativi di controllo dell'emostasi, previo consenso della paziente, si provvede a laparotomia d'urgenza e alla successiva isterectomia
Medico Anestesista	Vedi A13-P13
Documentazione prodotta	Compilazione cartelle cliniche e consensi all'intervento chirurgico e all'anestesia. Compilazione SIO.
Rischi correlati	CID (coagulazione intravascolare disseminata). Rischi correlati all'anestesia: vedi A13-P13.
Obiettivi/traguardi sanitari	Salvaguardare la vita della paziente. Obiettivi anestesiológicos: Vedi A13-P13.

A 14 - P20 : OSSERVAZIONE NEONATO**Setting di cura : Punto nascita**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Ostetrica	Una volta avvenuta l'espulsione completa del neonato, questi, se vigoroso e a termine, deve essere adagiato sul ventre materno, deve essere coperto con un panno caldo. Aspira delicatamente bocca e naso
Infermiere neonatologia	<ul style="list-style-type: none">• Prepara il bambino per la visita del neonatologo ed eventuali prelievi ematici• Asciuga il corpo e la testa con panni caldi• Rimuove i panni bagnati• Stimola il neonato con frizioni delicate e stimoli tattili• bagnetto in acqua calda con detergenti fisiologici



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

	<ul style="list-style-type: none">• asciugatura con panni caldi e sotto fonte di calore• rileva peso, lunghezza, circonferenza cranica e toracica• pulizia del moncone ombelicale• Applica il braccialetto di riconoscimento
Medico Neonatologo	Valuta APGAR a 1 min e APGAR a 5 min* *In assenza del Pediatra Neonatologo viene effettuato dall'Infermiera della neonatologia, in assenza di entrambe dall'Ostetrica.
Documentazione prodotta	Cartella Clinica
Obiettivi/traguardi sanitari	La valutazione della vitalità e dell'efficienza delle funzioni vitali primarie del neonato

A 20 - P21 : VISITA, PROFILASSI OCULARE, PROFILASSI EMORRAGICA, PESO del NEONATO**Setting di cura – Punto nascita**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico neonatologo	Esegue l' esame obiettivo completo del neonato, comunica personalmente alla madre il risultato della visita e annota chiaramente in cartella gli elementi suscettibili di ulteriori controlli o di eventuali approfondimenti specialistici. In caso di richieste di esami o consulenze si prepara contestualmente la modulistica.
Infermiere neonatologia	Effettua la profilassi oculare: profilassi di congiuntiviti neonatali (somm.ne di pomata oftalmica antibiotica) <ul style="list-style-type: none">• Esegue la profilassi della Mal. Emorragica con Konakion 0,5 mg i.m. (Prematuri 0,3 mg)• Prende nota in cartella infermieristica della prima minzione• Prende nota in cartella infermieristica della prima emissione di meconio• Favorisce l'interazione precoce tra madre e neonato• Si assicura della buona reattività ed ossigenazione del neonato• Si occupa del trasferimento del neonato al nido Qualora le condizioni cliniche della madre lo consentano e la stessa lo desideri, il neonato deve essere portato alla madre aiutandola ad assumere la posizione corretta per la prima poppata al seno. Compatibilmente alle possibilità ambientali, sarà incoraggiata anche la presenza del papà. E' importante favorire l'interazione precoce tra madre e neonato e assicurarsi della buona reattività ed ossigenazione del neonato



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

	durante il periodo di permanenza della madre nei locali delle sale parto. Il neonato viene trasferito al Nido all' interno del box di protezione facendo attenzione ad evitare dispersione di calore.
Documentazione prodotta	Cartella clinica
Obiettivi/traguardi sanitari	Promozione allattamento al seno. Assistenza al neonato. Valutazione interazione madre-bambino.

A 21 - P22 : VISITA**Setting di cura : Nido**

Medico Neonatologo	<p>Visita pediatrica giornaliera. Visita giornaliera nel reparto di ostetricia per colloquio delle madri dei neonati ricoverati. Prescrizione screening displasia delle anche. Effettua dimissione</p> <ul style="list-style-type: none">• la dimissione può avvenire dopo 48 ore di osservazione per i nati per via vaginale e dopo 72 ore per i nati da taglio cesareo• prima della dimissione effettua un controllo clinico e l'eventuale valutazione della bilirubina• i dimessi in 2° giornata devono ritornare alle ore 11 del giorno successivo per un ulteriore controllo clinico e la valutazione del peso;• all'occorrenza si esegue il controllo della bilirubina• consegna personalmente il foglio di dimissione alla madre, spiegando il significato dei controlli fatti e consigliati <p>Alla dimissione del neonato viene prenotata l'ecografia delle anche per la prevenzione della lussazione congenita. Entro le 72 ore e comunque prima della dimissione del neonato donatore di sangue cordonale, il neonatologo dovrà certificare lo stato di salute del bambino. Prescrizione degli screening metabolici facoltativi (secondo disposizione della Regione Sardegna), screening audiologico e G6PDH</p>
Infermiere neonatologia	<ul style="list-style-type: none">• Controllo e annotazione in cartella infermieristica pervietà coane, esofago e anale, se non eseguito alla nascita.• Incoraggia il "rooming-in" con alimentazione al seno a libera richiesta del neonato• Evita supplementazioni di soluzione glucosata in attesa della montata lattea• Informa le madri sugli orari delle visite mediche e delle visite dei parenti al nido• Informa le madri che ogni giorno alle ore 15.30 si effettua al Nido la dimostrazione della pulizia e medicazione del cordone ombelicale, si danno consigli sulla corretta posizione nel sonno



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

	<p>del bambino per la prevenzione della SIDS e altri consigli di puericultura</p> <ul style="list-style-type: none">• Per i primi giorni di degenza porta in camera il bimbo alle madri che hanno effettuato il taglio cesareo o che sono comunque impossibilitate ad alzarsi con sicurezza• Esegue prelievo ematico per valutazione G6PDH e prelievo per dosaggio Bilirubina tot. in 2 °giornata• Esegue Screening di Legge per la Fenilchetonuria e l'Ipotiroidismo, Screening Metabolici (alla 48° ora), Screening audiologico (2-3° giornata).
Informazioni ed educazione ai pazienti e/o familiari	Materiale informativo per screening metabolici facoltativi. Secondo disposizione Regione Sardegna.
Documentazione prodotta	Foglio di dimissione. Consenso informato per screening facoltativi (Allegato N.11)
Obiettivi/traguardi sanitari	Benessere neonato. Prevenzione maggiori per malattie metaboliche e della sordità. Sostegno allattamento al seno

A 21 - P23 : EMOGASANALISI, GLICEMIA**Setting di cura : Neonatologia**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Neonatologo	Valutazione Sofferenza respiratoria. Prescrizione emogasanalisi e glicemia. Prescrizione di ossigenoterapia per acidosi respiratoria con rx in caso di permanenza della sofferenza respiratoria.
Infermiere neonatologia	Esegue prelievi per gli esami prescritti dal medico, assiste il Pediatra nella visita del neonato.
Documentazione prodotta	Referti degli esami, diario clinico in cartella
Obiettivi/traguardi sanitari	Risoluzione problemi respiratori del neonato

A 22 - P24 – OSSERVAZIONE DEL NEONATO**Setting di cura: neonatologia**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Neonatologo	Effettua la visita pediatrica giornaliera e se necessario prescrive eventuali esami clinici. Effettua visite giornaliere nel reparto di



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

	Ostetricia per colloquio con le madri dei neonati ricoverati. Prescrive gli screening per la displasia delle anche. Effettua dimissione.
Infemiere neonatologia	Esegue prelievi per gli esami prescritti dal medico, assiste il Pediatra nella visita del neonato
Documentazione prodotta	Cartella clinica. Foglio di dimissione.
Obiettivi/traguardi sanitari	Benessere del neonato. Dimissione a domicilio.

A 23 - P25 – VISITA CARDIOLOGICA, ECG, ECOCOLOR-DOPPLER CARDIACO, HOLTER**Setting di cura: Neonatologia**

Operatore sanitario	Procedura/evento
infermiere neonatologia	Esegue Ecg
Medico cardiologo	Effettua il controllo cardiologico (visita cardiologica, ecocolor Doppler cardiaco) e programma i controlli successivi. Dirige il counseling
Psicologo cardiologia pediatrica	Partecipa al counseling Supporta i genitori ed il bambino nell'iter terapeutico cardiologico
Infermiere cardiologia	Misura la saturazione O ₂ , posiziona holter, ripete l'elettrocardiogramma se il medico cardiologo lo ritiene necessario, prenota i controlli successivi
Documentazione prodotta	Referto cardiologico che include il counseling
Obiettivi/traguardi sanitari	Diagnosi tempestiva delle patologie cardiache

A 24 - P26 – TERAPIA SPECIFICA MEDICA**Setting di cura: Neonatologia**

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico cardiologo	Prescrive la terapia farmacologica, programma i controlli secondo il follow up definito, organizza il trasferimento del paziente presso un centro di III livello
Documentazione prodotta	Referto cardiologico
Obiettivi/traguardi sanitari	Corretto management della cardiopatia congenita



**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

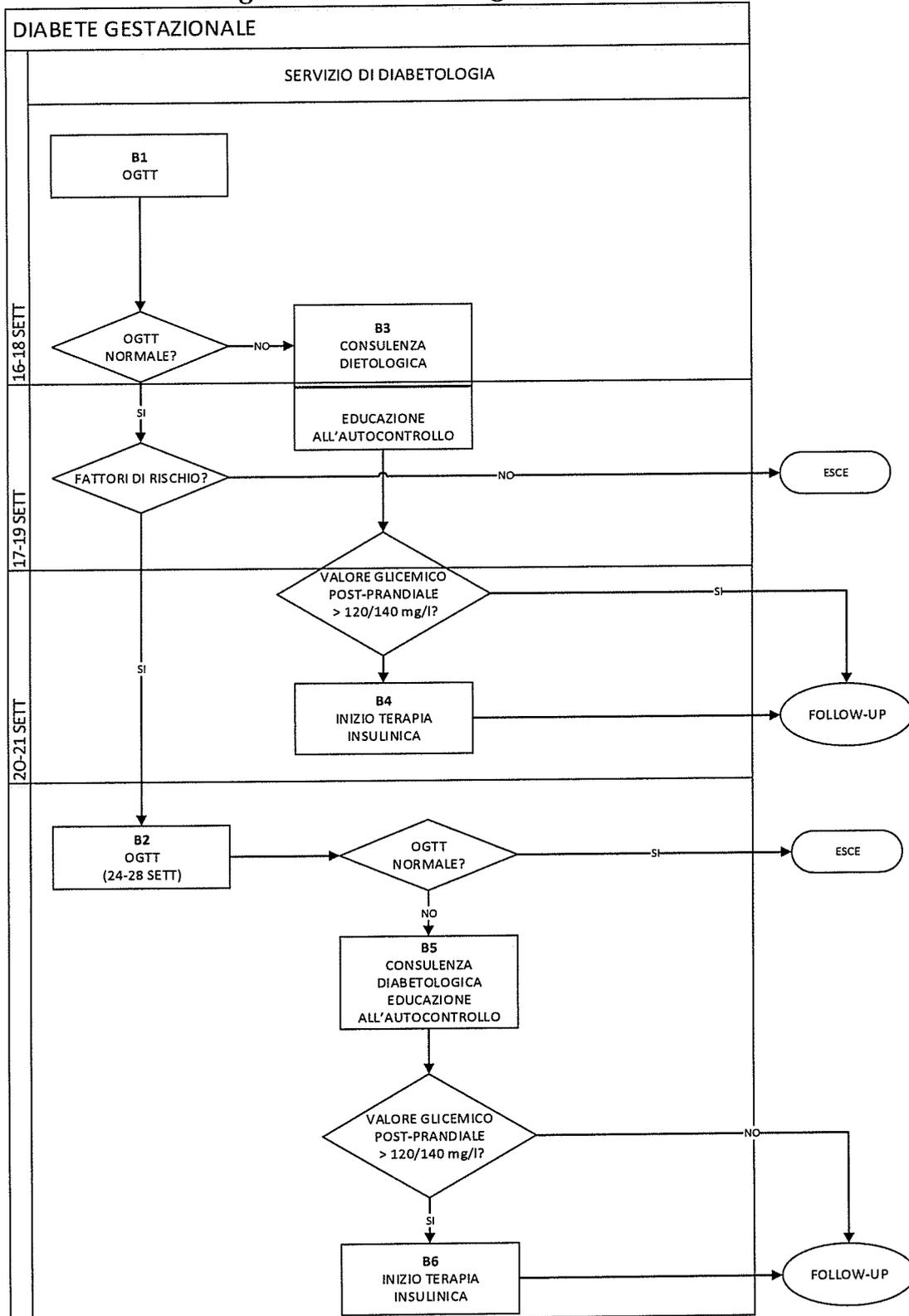
A 25 - P27 – VALUTAZIONE PER PATOLOGIE UROLOGICHE

Setting di cura : Neonatologia

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico neonatologo	Partecipa al Counseling con l'Urologo pediatra
Medico Pediatra Urologo	Effettua valutazione urologica (Visita, Ecografia reno-vescicale, es. urine + sedimento, funzionalità renale) e programma i successivi controlli periodici (Ecografia reno-vescicale, eventuali esami di II livello). Se necessario dispone eventuale trasferimento presso Centro di III livello per trattamento chirurgico dell'uropatia malformativa. Esegue il successivo follow up clinico dopo intervento chirurgico. Dirige il counseling
Documentazione prodotta	Referto clinico urologico
Obiettivi/traguardi sanitari	Corretto management della uropatia malformativa



Flow – chart B e matrice organizzativa diabete gestazionale



Legenda note matrice organizzativa diabete gestazionale

B1- OGTT 16/18 SETTIMANE (screening precoce)

Setting di cura: Ambulatorio Diabetologico

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Diabetologo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrizione curva da carico orale di glucosio che viene effettuata previo appuntamento nei giorni martedì e giovedì alle ore 9.
Infermiere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esecuzione del prelievo ematico ▪ Somministrazione orale della soluzione
Documentazione prodotta	Referti ematochimici
Obiettivi/traguardi sanitari	Garantire a tutte le donne a rischio una diagnosi precoce di diabete gestazionale

B2- OGTT 24/28 SETTIMANE (screening tardivo)

Setting di cura: Ambulatorio Diabetologico

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Diabetologo	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prescrizione curva da carico orale di glucosio che viene effettuata previo appuntamento nei giorni martedì e giovedì alle ore 9.
Infermiere	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Esecuzione del prelievo ematico ▪ Somministrazione orale della soluzione
Documentazione prodotta	Referti ematochimici
Obiettivi/traguardi sanitari	Garantire a tutte le donne a rischio una diagnosi precoce di diabete gestazionale

B3- CURVA DA CARICO POSITIVA: consulenza diabetologia e dietologica/educazione all'autocontrollo

Setting di cura: Ambulatorio Diabetologico

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Diabetologo	Procede alla compilazione della cartella informatica (Allegato n.11) nella quale inserisce i dati anagrafici, anamnestici, esami di



**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

	laboratorio, prescrizione terapeutica, valutazione del controllo glicemico
Infermiere	Procede alla rilevazione di alcuni parametri (P.A. e peso corporeo) Procede all'educazione terapeutica
Dietista	Personalizza l'intervento dietetico in base alle esigenze nutrizionali, al BMI pregravidico e alle preferenze della donna
Documentazione prodotta	Cartella informatica
Obiettivi/traguardi sanitari	Rispettare gli standard dei valori raccomandati

B4-B6 : FOLLOW-UP OGNI 15gg
Setting di cura: Ambulatorio Diabetologico

Operatore sanitario	Procedura/evento
Medico Diabetologo	Valuta il compenso sulla base dei profili glicemici e prescrive eventuale terapia insulinica
Infermiere	Rileva la P.A. e il peso
Dietista	Valutazione del diario alimentare e dell'adesione alla dieta Pianificazione valutazione di eventuali modifiche apporto calorico e nutrizionale
Documentazione prodotta	Cartella informatica
Obiettivi/traguardi sanitari	Gestire le varie fasi della gravidanza per la prevenzione di complicanze a breve e a lungo termine in tutti i nati di donna diabetica e le complicanze materne



AO Brotzu

**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

*Monitoraggio e verifica attuazione percorso clinico***INDICATORI**

N.	Criterio	fonte	anno rilevazione: dato	standard
1.	Parti: volume di ricoveri (PNE)	PNE	2015:	≥ 1.000
2.	Proporzione di parti con taglio cesareo primario	PNE		
3.	Parto cesareo: complicanze durante il parto e il puerperio	PNE		
4.	Parto cesareo: ricoveri successivi durante il puerperio	PNE		
5.	Parto naturale: proporzione di complicanze durante il parto e il puerperio	PNE		
6.	% isterectomia post partum	S.I.		
7.	% rottura uterina			
8.	N. parti cesarei con ricovero programmato per presentazione podalica o trasversa /N. parti cesarei con ricovero programmato	S.I.		
9.	N. episiotomie / N. parti spontanei	S.I.		
10.	N. partoanalgesie / N. parti spontanei	S.I.		
11.	N° donne che completano il percorso per la partoanalgesia	Registro Dati SC Anestesia		
12.	N. punture accidentali dura madre	Registro Dati SC Anestesia		
13.	N. interruzioni terapeutiche di gravidanza	S.I.		
14.	N. partogrammi correttamente compilati	Cartella clinica		
15.	N. gestanti con patologia cardiaca	Registro dati SC Card. Ped.		
16.	N. counseling equipe multidisciplinare	Registro dati SC Card. Ped.		



**PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE
NASCITA**

PSQ-PCA - 03

17.	N. gestanti con sospetto diabete gestazionale inviate al diabetologo per screening precoce (16 – 18 sett.)	Registro dati SC Diabetologia		
18.	N. gestanti con sospetto diabete gestazionale inviate al diabetologo per screening tardivo (24 – 28 sett.)	Registro dati SC Diabetologia		
19.	N. nati con anomalie congenite cuore/sistema circolatorio/aritmie (cod. ICD9 – CM: 745. – 746. – 747. – 427.)	S.I		
20.	N. coppie inviate al SSD Banca del Sangue Cordonale per la valutazione di eventuale donazione	Registro dati BSC		
21.	N. prelievi sangue cordonale	Registro dati BSC		
22.	Grado di soddisfazione delle partorienti (tramite questionari somministrati)	DS		



AO Brotzu

[Digitare il testo]

MOD. 7 PCA - 03

COGNOME _____ NOME _____ PARTOGRAMMA _____

PARTOGRAMMA		INIZIO TRAVAGLIO (ora)																															
OSSERVAZIONI		DILATAZIONE (cm) X																															
<p>BISHOP SCORE</p> <table border="1"> <tr> <th>PUNTI</th> <th>0</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> </tr> <tr> <td>Dilaz. Collo</td> <td>0</td> <td>1-2 cm</td> <td>3-4 cm</td> <td>5-6 cm</td> </tr> <tr> <td>Raccorc. Collo</td> <td>0-30%</td> <td>40-50%</td> <td>60-70%</td> <td>≥ 80%</td> </tr> <tr> <td>Consist. Collo</td> <td>solida</td> <td>media</td> <td>mollo</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Posiz. Collo</td> <td>posteriore</td> <td>centrale</td> <td>anteriore</td> <td>/</td> </tr> <tr> <td>Livello P P</td> <td>mobile -3 cm</td> <td>disc. iniz. -2</td> <td>fissa -1/0 cm</td> <td>impugnata +1/+2 cm</td> </tr> </table>		PUNTI	0	1	2	3	Dilaz. Collo	0	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm	Raccorc. Collo	0-30%	40-50%	60-70%	≥ 80%	Consist. Collo	solida	media	mollo	/	Posiz. Collo	posteriore	centrale	anteriore	/	Livello P P	mobile -3 cm	disc. iniz. -2	fissa -1/0 cm	impugnata +1/+2 cm	ORE TRAVAGLIO	
PUNTI	0	1	2	3																													
Dilaz. Collo	0	1-2 cm	3-4 cm	5-6 cm																													
Raccorc. Collo	0-30%	40-50%	60-70%	≥ 80%																													
Consist. Collo	solida	media	mollo	/																													
Posiz. Collo	posteriore	centrale	anteriore	/																													
Livello P P	mobile -3 cm	disc. iniz. -2	fissa -1/0 cm	impugnata +1/+2 cm																													
PROSTAGLANDINE Ora _____ Ora _____ OSSITOCINA Ora _____ Ora _____ Altri farmaci _____		INTENSITÀ CONTRAZIONI (+) (+) (++) (+++) (+++) FREQUENZA CONTRAZIONI (+) (+) (++) (+++) (+++) INDUZIONE PRG/IOX _____ COLLO posizione _____ consistenza _____ appiamento _____ BCF _____ CTG _____ CTG score _____ LIQUIDO AMNIOTICO polso _____ MADRE pressione arteriosa _____ FIRMA _____																															

Foglio di dimissione post PDPH

La Signora ha partorito presso il reparto di Ostetricia di questo Ospedale in data ____/____/____ con:

parto spontaneo in analgesia taglio cesareo.

In data ____/____/____ ha manifestato **cefalea posturale da puntura della dura madre** con:

ago di Thuoy ago tipo pencil point ago tipo Quinke

Per tal motivo è stata sottoposta per alcuni giorni, in regime di ricovero, alla seguente terapia:

- Decubito supino
- Terapia idrica

Terapia analgesica:

In data/...../.....

in assenza di sintomatologia algica con sintomatologia lieve e ben controllata dalla terapia,

la paziente viene dimessa, con le seguenti prescrizioni:

- Alternanza di riposo supino a letto e posizione eretta
- Assunzione di liquidi (acqua o altre bevande, anche a base di caffeina o teina): almeno 2 litri/die
- Assunzione di:

Per qualsiasi problema è possibile contattare il servizio di Anestesia Ostetrica ai seguenti numeri telefonici:

- Ambulatorio di Terapia Antalgica: 070 539 365 (dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 14)
- Segreteria Struttura Complessa Anestesia: 070 539 662
- Sala Parto - Punto Nascita: 070 539 537

Cagliari, ____/____/.....

L'Anestesista Dott.



MOD. 08 PCA 03

Allegato B - SCO (V2 1/14 feb. 2016)

QUESTIONARIO ANAMNESTICO

DONAZIONE SCO ALLOGENICA SOLIDARISTICA

PARTE – A - VALUTAZIONE DELLA SALUTE DELLA MADRE DEL NEONATO

Madre del neonato

Cognome:..... Nome:.....

Luogo di nascita:.....Data di nascita:

Etnia:

Occupazione / professione

Residente a:.....Via:..... n°..... CAP:.....

Telefono:Cellulare:.....

e-mail

Epoca presunta del parto..... settimana di gestazione

Anamnesi materna generale

Le risposte che fornirete sono confidenziali e protette dalla normativa sulla privacy. Questa valutazione clinica è finalizzata a proteggere il paziente che riceverà il Suo dono.

informazioni		Risposta	
1. È attualmente in buona salute?		NO	SI
2. Sta facendo terapie farmacologiche per propria decisione, per prescrizione medica o assume sostanze/integratori/principi attivi per attività sportive e altri prodotti acquistati al di fuori della distribuzione autorizzata in particolare durante questa gravidanza?		NO	SI
Per cosa ?	Da quando ?	specificare	
3. E' mai stata ricoverata in ospedale? Per quali malattie?		NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare	
4. Le sono mai state diagnosticate malattie genetiche o malattie congenite?		NO	SI
		specificare	

5. Ha sofferto o soffre di malattie auto-immuni (in particolare di tiroidite autoimmune, come la Tiroidite di Hashimoto o il Morbo di Basedow)?	NO	SI
specificare		←
6. Ha sofferto o soffre di malattie reumatologiche (come il Lupus eritematoso sistemico), in particolare di malattia reumatica?	NO	SI
Per cosa ?	Da quando ?	specificare
		←
7. Ha mai avuto problemi circolatori (per esempio trombosi), problemi cardiaci, o dolore toracico legato a problemi cardiaci conseguenti a febbre reumatica?	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
		←
8. Ha mai avuto problemi di ipertensione o è in cura dal suo medico per l'ipertensione? Non consideri in questo caso la gestosi gravidica o l'eclampsia.	NO	SI
		specificare
		←
9. Ha mai avuto problemi di coagulazione, in particolare le è mai stata diagnosticata una forma di emofilia o altro difetto della coagulazione del sangue?	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
		←
10. Ha mai avuto malattie ematologiche, per esempio alterazioni a carico di globuli bianchi, di piastrine, di globuli rossi, che abbiano richiesto approfondimenti specialistici da un ematologo?	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
		←
11. Le è mai stata diagnosticata l'anemia mediterranea, o altra forma di anemia congenita o ereditaria, per esempio dovuta a talassemia, anemia falciforme, favismo o ad altro deficit di enzimi dei globuli rossi?	NO	SI
Quale? :	Quando?	specificare
		←
12. Ha mai avuto in passato tumori benigni o maligni? In particolare è mai stata sottoposta a radioterapia o a trattamento con chemioterapici o antitumorali?	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
		←
13. Ha mai avuto problemi delle vie respiratorie, bronchiti o broncopneumoniti gravi?	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
		←
14. Ha mai avuto problemi delle vie digerenti, o malattie del fegato, come l'epatite? O ancora malattie metaboliche, come il diabete? Non consideri in questo caso il diabete gestazionale.	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
		←
15. Ha mai avuto malattie endocrine, per esempio problemi alla tiroide, all'ipofisi o al surrene?	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
		←

42. Ha mai avuto rapporti sessuali a rischio di trasmissione di malattie? In particolare ha mai avuto rapporti sessuali con partner che fossero positivi per l'epatite B, l'epatite C o L'AIDS, o che facessero uso di stupefacenti o ne avessero fatto uso in passato?	NO	SI
specificare		↓
43. Ha mai avuto in passato rapporti sessuali in cambio di denaro o di stupefacenti? Ha mai avuto rapporti sessuali con persone che a loro volta avevano rapporti sessuali in cambio di droga e/o denaro?	NO	SI
specificare		↓
44. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a sostanze tossiche, come cianuro, oro, amianto, piombo, mercurio, pesticidi? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio mascherine, guanti, occhiali protettivi..)? Era sotto controllo medico?	NO	SI
specificare		↓
45. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a prodotti potenzialmente infetti, o a materiale biologico umano o animale? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio mascherine, guanti, occhiali protettivi..)? Era sotto controllo medico?	NO	SI
specificare		↓
46. E' mai stata esposta, per lavoro o in altre circostanze, a radiazioni? In tal caso utilizzava dispositivi di protezione individuale (esempio grembiuli protettivi..)? Era sotto controllo medico?	NO	SI
specificare		↓
47. Ha effettuato vaccinazioni recentemente? Specifichi in particolare se è stata sottoposta a vaccinazione antirabbica nell'ultimo anno	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
48. Ha effettuato viaggi all'estero recentemente? In particolare ha soggiornato in zone a rischio di malaria per periodi superiori a 6 mesi?	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
49. Ha mai avuto la malaria o altre malattie tropicali?	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
50. E' o è stata donatrice di sangue, plasmaferesi o piastrinoaferesi?	NO	SI
Presso quale centro? :	ultima donazione?	↓
51. Le è mai stato detto che non può essere donatrice sangue?	NO	SI
Per quali ragioni?	specificare	
52. E' già stata in precedenza donatrice di sangue del cordone ombelicale?	NO	SI
Presso quale Banca? :	Quando?	↓

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

53. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ?	NO	SI
specificare		↓
Anamnesi familiare materna		
<p>Le chiediamo di fornirci più informazioni possibili relative alla salute di fratelli e sorelle, se ne ha, dei suoi genitori, degli zii materni e paterni, dei cugini e dei nonni materni e paterni. E' importanti per noi capire se esistono nella famiglia casi di malattie genetiche, congenite, immunologiche, tumorali, malformazioni, ritardi mentali, malattie rare, o altro, che possano essere trasmesse con le cellule staminali. In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo.</p> <p>Nel caso non sia a conoscenza di alcune informazioni, la preghiamo di segnalarlo: la valutazione finale terrà conto anche di eventuali notizie fornite in modo parziale</p>		
Informazioni	Risposta	
54. I suoi genitori sono genitori naturali?	NO	SI
55. E' stata adottata?	NO	SI
56. Da dove proviene la sua famiglia?	↓	
specificare		←
57. Esiste un grado di parentela tra la sua famiglia e quella del padre del bambino o tra i vostri genitori, nonni naturali del nascituro?	NO	SI
Grado di parentela:	Tra chi?:	↓
specificare		←
58. In famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche come anemia mediterranea (talassemia), anemia falciforme, anemie congenite (come anemia di Fanconi o anemia di Blackan Diamond), favismo, altre malattie dei globuli rossi, o altre malattie rare?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:	↓
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:	←
59. Nella sua famiglia vi sono stati casi di altre malattie genetiche o ereditarie o malattie immunologiche?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:	↓
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:	←
60. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malformazioni o ritardi mentali?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:	↓
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:	←
61. In famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche legate alla coagulazione?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:	↓
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:	←

62. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: patologia:		↓
Grado di parentela della persona affetta: patologia:		
Grado di parentela della persona affetta: patologia:		
Grado di parentela della persona affetta: patologia:		
63. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie tumorali?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: patologia:		↓
Grado di parentela della persona affetta: patologia:		
Grado di parentela della persona affetta: patologia:		
Grado di parentela della persona affetta: patologia:		
64. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattia di Creuzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: patologia:		↓
65. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone affette da epatite B o epatite C o HIV, con le quali siete stato a stretto contatto (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)?	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: patologia:		↓
Quando o fino a quanto tempo fa?		
66. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)?	NO	SI
Quando o fino a quanto tempo fa?:		↓
67. Avete altri bambini?	NO	SI
68. Sono in buona salute?	NO	SI
69. Qualcuno dei vostri figli soffre o ha sofferto di malattie neurologiche, genetiche, congenite, ereditarie, oncoematologiche, tumorali?	NO	SI
Patologia:		↓
70. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua famiglia che ritiene importante segnalarci ?	NO	SI
		↓
	specificare	↓

Informazioni relative a precedenti gravidanze

Le informazioni che le chiediamo sono molto importanti per capire se si è verificato qualche evento in passato che potrebbe meritare un approfondimento, ai fini della donazione del sangue cordonale

Informazioni		Risposta	
71. Ha avuto gravidanze precedenti?		NO	SI
Data del parto	parto fisiologico o Taglio Cesareo?		
Data del parto	parto fisiologico o Taglio Cesareo?		
Data del parto	parto fisiologico o Taglio Cesareo?		
Data del parto specificare	parto fisiologico o Taglio Cesareo?		
72. Se ha avuto gravidanze precedenti, ci sono stati problemi a carico del bambino durante la gravidanza o alla nascita?		NO	SI
specificare			
73. Ha avuto aborti o interruzioni di gravidanza in precedenza? In particolare ha avuto 4 o più di episodi di aborto o interruzione di gravidanza?		NO	SI
specificare			
74. Se ha avuto aborti o interruzioni di gravidanza in precedenza, era stato eseguito esame istologico, o era stato possibile capire se esistevano problemi fetali (per esempio alterazione dei cromosomi, mola vescicolare)?		NO	SI
specificare			
75. Vi è qualsiasi altra informazione relativa a precedenti gravidanze che ritiene importante segnalarci ?		NO	SI
specificare			

Io sottoscritto dichiaro di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra, e di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione e di non riconoscermi in nessuna delle situazioni ivi descritte.

Firma della madre:..... Data

Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche

Nome e cognome..... Qualifica

Firma Data

PARTE – B - VALUTAZIONE DELLA SALUTE DEL PADRE DEL NEONATO

Padre del neonato

Cognome:..... Nome:.....

Luogo di nascita:.....Data di nascita:

Etnia:

Occupazione / professione

Consanguineità con la madre donatrice:

Telefono: / e-mail

Anamnesi paterna

Le risposte che fornirà sono confidenziali e protette dalla normativa sulla privacy. Questa valutazione clinica è finalizzata a proteggere il paziente che riceverà il Vostro dono.

Tali informazioni possono essere riportate anche dalla madre donatrice, per quanto a sua conoscenza (in caso contrario risponda "NON SO"), nel caso il padre non sia presente.

In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo.

Informazioni		Risposta		
Informazioni ottenute da (specificare): padre del neonato madre del neonato		
76. È attualmente in buona salute?		NON SO	NO	SI
specificare				
77. Ha sofferto o soffre di una delle seguenti malattie: malattie gravi, autoimmunitarie o reumatologiche, dell'apparato respiratorio, gastrointestinale (per esempio morbo di Crohn, rettocolite ulcerosa ...), malattie renali (come il rene policistico), osteo-articolare, tubercolosi, diabete, malattie neurologiche (come attacchi epilettici, sclerosi multipla..), malattie cardiovascolari, ipertensione, malattie infettive particolari (oltre alle comuni malattie dei bambini), ittero e/o epatite, malattie tropicali?		NON SO	NO	SI
Quali ?	Da quando ?	specificare		
78. Sta facendo terapie farmacologiche o è in cura dal suo medico?		NON SO	NO	SI
Per cosa ?	Da quando ?	specificare		
79. E' mai stato ricoverato in ospedale? Per quali malattie?		NON SO	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare		
80. Le sono mai state diagnosticate malattie genetiche o malattie congenite?		NON SO	NO	SI
specificare				

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

81. Ha mai avuto malattie ematologiche, per esempio alterazioni a carico di globuli bianchi, di piastrine, di globuli rossi, che abbiano richiesto approfondimenti specialistici da un ematologo?	NON SO	NO	SI
Quali? : Quando? specificare			←
82. Le è mai stata diagnosticata l'anemia mediterranea, o altra forma di anemia congenita o ereditaria, per esempio dovuta a talassemia, anemia falciforme, favismo o ad altro deficit di enzimi dei globuli rossi?	NON SO	NO	SI
Quale? : Quando? specificare			←
83. Ha mai avuto problemi di coagulazione, in particolare le è mai stata diagnosticata una forma di emofilia o altro difetto della coagulazione del sangue?	NON SO	NO	SI
Quali? : Quando? specificare			←
84. Ha mai avuto in passato tumori benigni o maligni? In particolare è mai stato sottoposto a radioterapia o a trattamento con chemioterapici o antitumorali?	NON SO	NO	SI
Quali? : Quando? specificare			←
85. Ha letto e compreso (allegato C-sco) le informazioni sull'AIDS, l'epatite virale e le altre malattie trasmissibili?	NO	SI	
86. Ha mai avuto l'epatite? E' mai risultato positivo per l'Epatite C, l'Epatite B o per l'HIV?	NON SO	NO	SI
specificare			←
87. Ha mai assunto sostanze stupefacenti?	NON SO	NO	SI
Quali? : Quando? specificare			←
88. E' o è stato donatore di sangue, plasmateresi o piastrinoateresi?	NON SO	NO	SI
Presso quale centro? : ultima donazione?			←
89. Le è mai stato detto che non può essere donatore di sangue?	NON SO	NO	SI
Per quali ragioni? specificare			←
90. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci?	NON SO	NO	SI
specificare			←

Anamnesi familiare paterna

Le chiediamo di fornirci più informazioni possibili relative alla salute di fratelli e sorelle, se ne ha, dei suoi genitori, degli zii materni e paterni, dei cugini e dei nonni materni e paterni. E' importante per noi capire se esistono nella famiglia casi di malattie genetiche, congenite, immunologiche, tumorali, malformazioni, ritardi mentali, malattie rare, o altro, che possano essere trasmesse con le cellule staminali. In assenza di informazioni la valutazione finale potrebbe dare esito negativo.

Tali informazioni possono essere riportate anche dalla madre donatrice, per quanto a sua conoscenza (in caso contrario risponda "NON SO"), nel caso il padre non sia presente.

Informazioni

Informazioni ottenute da (specificare):padre del neonato madre del neonato	Risposta	
91. I suoi genitori sono genitori naturali?	NON SO	NO	NO	SI
92. E' stato adottato?	NON SO	NO	NO	SI
93. Da dove proviene la sua famiglia?				
specificare				
94. Esiste un grado di parentela tra la sua famiglia e quella della madre del bambino o tra vostri genitori, nonni naturali del nascituro?	NON SO	NO	NO	SI
Grado di parentela:	Tra chi?:		specificare	
↓				
95. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche come anemia mediterranea (talassemia), anemia falciforme, anemie congenite (come anemia di Fanconi o anemia di Blackfan Diamond), favismo, altre malattie dei globuli rossi, o altre malattie rare?	NON SO	NO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:			
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:			
↓				
96. Nella sua famiglia vi sono stati casi di altre malattie genetiche o ereditarie o malattie immunologiche?	NON SO	NO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:			
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:			
↓				
97. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malformazioni o ritardi mentali?	NON SO	NO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:			
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:			
↓				
98. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie genetiche legate alla coagulazione?	NON SO	NO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:			
Grado di parentela della persona affetta:	patologia:			
↓				

99. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie oncoematologiche come leucemie, linfomi, gravi forme di anemia, piastrinopenie, mielodisplasie ?	NON SO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			↓
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
100. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattie tumorali?	NON SO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			↓
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			
101. Nella sua famiglia vi sono stati casi di malattia di Creutzfeldt Jakob, di insonnia familiare mortale, di demenza, di encefalopatie spongiformi?	NON SO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			↓
102. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone affette da epatite B o epatite C o HIV, con le quali siete stato a stretto contatto (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)?	NON SO	NO	SI
Grado di parentela della persona affetta: _____ patologia: _____			↓
Quando o fino a quanto tempo fa?			
103. Nella sua famiglia vi sono stati casi di persone che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare avete fatto loro assistenza o ne avete condiviso l'abitazione)?	NON SO	NO	SI
Quando o fino a quanto tempo fa?:			↓
104. Vi è qualsiasi altra informazione relativa alla sua salute che ritiene importante segnalarci ?	NON SO	NO	SI
specificare			↓

Dichiaro: di aver compilato scrupolosamente e in maniera veritiera quanto sopra e di aver preso visione del comunicato informativo sulle malattie trasmissibili con la donazione e di non riconoscermi in nessuna delle situazioni ivi descritte.

Firma del padre (se presente):..... Data

Firma della madre (se ha compilato il documento):.....

Generalità dell'operatore sanitario che ha raccolto le informazioni anamnestiche

Nome e cognome..... Qualifica

Firma Data

PARTE – C - VALUTAZIONE DELLA GRAVIDANZA IN CORSO

Informazioni relative alla gravidanza in corso

Le informazioni che le chiediamo sono molto importanti per capire se durante questa gravidanza si è verificato qualche evento che potrebbe meritare un approfondimento, ai fini della donazione del sangue cordonale.

Per questa ragione le chiederemo anche di poter prendere visione degli esami effettuati durante la gravidanza: gli esami del sangue e dell'urina, le ecografie e le eventuali indagini prenatali effettuate (per esempio il test combinato, la villocentesi, l'amniocentesi..)

Informazioni	Risposta	
105. E' la sua prima gravidanza?	NO	SI
106 E' una gravidanza spontanea?	NO	SI
107. Ha assunto ormoni per aiutare la stimolazione ovarica e per favorire la gravidanza? In questo caso potrebbe indicare quali ormoni?	NO	SI
Quali ormoni?		←
108. Ha seguito un programma di fecondazione medico assistita (come inseminazione in utero, FIVET, ICSI)?	NO	SI
Quale?		←
109. Ha eseguito fecondazione medico assistita con gameti allogenic (cioè con gameti provenienti da donatore esterno alla coppia)?	NO	SI
110. La gravidanza si è svolta fino ad ora in modo fisiologico? Specifichi in particolare se le è stato detto che ha il diabete gestazionale o la gestosi gravidica	NO	SI
specificare		←
111. I controlli ecografici hanno rilevato qualche anomalia o hanno richiesto qualche approfondimento? Ha eseguito esami di diagnosi prenatale (villocentesi?, amniocentesi?)	NO	SI
specificare		←
112. Durante questa gravidanza ha assunto farmaci, oltre al normale supporto con ferro e folina? In particolare ha assunto antibiotici, cortisone, diuretici, aspirina o altro?	NO	SI
Quali? :	Quando?	specificare
113. Durante questa gravidanza ha ricevuto immunoprofilassi anti-D (nel caso sia di gruppo Rh negativo)?	NO	SI
Quando? :		specificare
115. Durante questa gravidanza ha avuto contatti con persone malate? In particolare con persone con epatite B, epatite C, AIDS o che facessero uso di stupefacenti per via endovenosa (in particolare ha fatto loro assistenza o ne ha condiviso l'abitazione)?	NO	SI
Quando? :		specificare

Reset

Form SCO101 (v3 1/3 feb. 2016)



*Consenso alla raccolta
di unità SCO
per donazione allogenica
a fini solidaristici*

Codice identificativo dell'unità SCO assegnato dalla banca:.....

Io sottoscritto:.....
 in qualità di madre, nata a: prov:..... il:.....
 residente in Via n.....Citt à.....
 prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n.
 e-mail

Io sottoscritto
 in qualità di padre, nato a: prov:..... il:.....
 residente in Via n.....Citt à.....
 prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellular e n.
 e-mail

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" (Allegato A-sco) e dopo essere stato/a informato/a:

- dichiaro di essere stata/o informata/o delle possibilità di impiego del sangue da cordone ombelicale;
- Dichiaro di rinunciare alla conservazione del sangue cordonale ad esclusivo beneficio del neonato in qualsiasi momento della sua vita.
- ho compreso le informazioni e ho potuto effettuare domande ed ottenere chiarimenti;
- ho compreso che il rifiuto alla raccolta non comporterà conseguenze per la qualità dell'assistenza;
- ho compreso che la procedura di raccolta del sangue da cordone ombelicale non comporta rischi per la madre e per il bimbo;
- ho compreso che la raccolta può essere effettuata sia dopo parto fisiologico sia dopo parto cesareo;
- ho compreso che l'unità, se idonea, verrà messa a disposizione dei pazienti nazionali ed internazionali che necessitano di trapianto tramite il Registro nazionale donatori di midollo osseo;
- ho compreso che non trarrò alcun vantaggio o diritto dalla donazione;
- acconsento ad essere intervistata/o per la raccolta dell'anamnesi personale e familiare e, se necessario, ad essere ricontattata/o per fornire ulteriori informazioni;
- acconsento a sottopormi ad un prelievo di sangue venoso, sul quale verranno effettuati i test prescritti dalla legge per la sicurezza della donazione di sangue, inclusi i test per HIV e ad essere informata qualora venga evidenziata una positività sierologica (solo per la madre);
- acconsento a che un campione del mio sangue venga conservato dalla Banca ed utilizzato per test aggiuntivi qualora richiesti dal Centro Trapianti;
- acconsento a che i test, ivi compresi quelli relativi alla ricerca di malattie ereditarie, siano eseguiti anche su un campione della sacca di sangue da cordone ombelicale;
- acconsento ad essere ricontattata/o per il controllo che deve essere effettuato dopo il parto per fornire informazioni sullo stato di salute del bambino;
- acconsento a comunicare alla Banca variazioni sullo stato di salute di mio figlio.

Data:..... Firma della Madre

Firma del Padre (se disponibile):.....

Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:

Cognome e nomeQualifica.....

Reparto/IstitutoTel/ Fax

Data:..... Firma

Reset

Form SCO101 (V3 2/3 feb. 2016)



Consenso
all'utilizzo per ricerca
della unità SCO non idonea

* lo sottoscritto:.....
In qualità di madre, nata a:prov:..... il:
residente in Via n.....Città
prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellula re n.
e-mail
lo sottoscritto
in qualità di padre, nato a: prov:..... il:
residente in Via n.....Città
prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellulare n.
e-mail

acquisite le informazioni riportate nella "Scheda Informativa" (Allegato A-sco) e dopo essere stato/a informato/a che:

- Il materiale biologico prelevato potrà essere conservato presso la Banca cordonale di Cagliari;
- Il campione che non sia idoneo (o che perda l'idoneità) per la conservazione a fini terapeutici, potrà essere utilizzato, qualora lo acconsenta, a scopo di ricerca, negli ambiti indicati nella scheda informativa per la ricerca;
 - sarà garantita la tutela dei dati personali, nelle modalità previste dalla legge;
 - l'eventuale partecipazione è volontaria;
 - acconsento all'eventuale trasferimento, a scopo di ricerca del materiale ad altre Banche afferenti alla Rete nazionale e/o alle strutture ospedaliere del SSN eventualmente coinvolte.
 - per ulteriori informazioni potrò rivolgermi al responsabile della banca cordonale:

Dr. Marino Argiolas Tel: 0706092985

autorizzo non autorizzo

l'eventuale utilizzo del materiale biologico per studi o ricerche scientifiche, negli ambiti indicati nella scheda informativa;

autorizzo non autorizzo

l'eventuale trasferimento, a scopo di ricerca e in forma anonimizzata, del materiale biologico ad un Centro collegato alla Banca.

Data:..... Firma della Madre

Firma del Padre (se disponibile):.....

** Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:

Cognome e nomeQualifica.....

Reparto/IstitutoTel/ Fax

Data:..... Firma

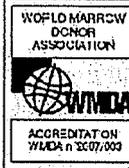
*qualora i dati siano uguali a quelli riportati nel consenso alla donazione, riportare solo nome e cognome della madre e del padre.

**qualora il medico/operatore sanitario sia lo stesso che ha raccolto il consenso alla donazione riportare solo nome, cognome e firma.

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita

Reset

Form SCO101 (V2 3/3 feb. 2016)



Consenso informato
- Trattamento
dei dati personali-

Nota informativa

Ai sensi del decreto legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 recante "Codice in materia di protezione dei dati personali", La informiamo che i dati personali Suoi e di Suo/a figlio/a saranno archiviati elettronicamente. Tali dati sono indispensabili per la conservazione del materiale biologico e per l'inserimento nel registro dei campioni biologici disponibili.

Le uniche persone che potranno accedere, in caso di necessità, ai dati, sono (nome):

Personale Banca (elenco disponibile c/o segreteria CCBB)

Alcuni dati sensibili verranno trasmessi e trattati dal Registro Nazionale Italiano donatori di midollo osseo in forma anonima e circoscritta per le finalità del trattamento, ossia rendere disponibili le unità di sangue cordonale conservate con finalità allogenico solidaristica ai pazienti in attesa di trapianto di cellule staminali ematopoietiche.

Consenso

* lo sottoscritto:.....
in qualità di madre, nata a:prov:..... il:
residente in Via, n.....Città
prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellular e n.
e-mail
lo sottoscritto
in qualità di padre, nato a:prov:..... il:
residente in Via, n.....Città
prov.....CAP:..... telefono n.:..... cellular e n.
e-mail

acquisite le informazioni relative al trattamento dei dati personali e sensibili:

autorizzo non autorizzo

il trattamento dei dati personali e sensibili che riguardano me stessa/o e mio/a figlio/a.

Data:..... Firma della Madre

Firma del Padre (se disponibile):.....

** Dati di individuazione del sanitario che ha provveduto all'informazione, acquisizione del consenso e verifica dell'identità:

Cognome e nomeQualifica.....

Reparto/IstitutoTel/ Fax

Data:..... Firma

*qualora i dati siano uguali a quelli riportati nel consenso alla donazione, riportare solo nome e cognome della madre e del padre.

**qualora il medico/operatore sanitario sia lo stesso che ha raccolto il consenso alla donazione riportare solo nome, cognome e firma.

La donazione è anonima, volontaria e non retribuita



A tutti i neo-Genitori...

Cari Genitori, in questo momento così importante ed emozionante della vostra vita, il primo pensiero è senz'altro per il bene e la salute del vostro piccolo appena nato. Con queste poche righe cercheremo di darvi alcune spiegazioni sullo screening neonatale, affinché voi possiate valutare consapevolmente l'opportunità di dare un Consenso scritto all'esecuzione del prelievo per lo Screening Neonatale Esteso.

Che cos'è lo screening neonatale?

Lo screening neonatale è l'esecuzione di particolari e specifiche analisi a tutti i neonati

Perché si esegue lo screening neonatale?

Con lo screening neonatale è possibile la diagnosi precoce di alcune malattie ereditarie. Anche il bambino che sta perfettamente bene alla nascita, può manifestare i primi sintomi di queste malattie ereditarie dopo giorni, settimane o anche mesi. Spesso questi sintomi sono improvvisi e possono portare a danni permanenti a carico di vari organi ed apparati, in particolare al sistema nervoso (con gravi ritardi mentali). È dunque indispensabile eseguire gli esami di screening a tutti i bambini (e non solo a quelli che stanno male). Lo screening neonatale permettendo la diagnosi precoce rende possibile la cura prima che si manifestino gravi problemi al neonato.

Quali malattie possono essere diagnosticate?

Attualmente sono obbligatori per legge in Italia solo lo screening neonatale della fenilchetonuria e dell'ipotiroidismo congenito. Questi screening vengono eseguiti da anni su tutti i neonati, senza richiedere il consenso dei genitori.

Che cos'è lo screening neonatale esteso?

L'esecuzione dello screening neonatale esteso permette di ampliare enormemente il numero delle le malattie diagnosticabili: con questo tipo di screening è possibile escludere che il neonato sia affetto da numerose malattie ereditarie: le malattie del metabolismo degli aminoacidi, degli acidi organici e degli acidi grassi. Un solo esame permette di formulare o escludere più diagnosi. L'esecuzione di questi screening, che non sono ancora obbligatori per legge, è possibile grazie all'utilizzo di nuovi e modernissimi strumenti (che non esistevano fino a pochi anni fa). Complessivamente lo screening neonatale esteso permette di diagnosticare una malattia metabolica ereditaria ogni 4000 neonati: circa e quasi sempre non vi sono precedenti nella famiglia per la stessa malattia.

Quale è il significato del risultato del test?

Se il test è negativo esso permette di escludere sostanzialmente le malattie indagate. In meno dell'1% dei casi il risultato è solo dubbio (non positivo ma neanche negativo). In rari casi il risultato è francamente positivo ma anche questa situazione non costituisce una diagnosi ma indica solo il sospetto di malattia. In questi casi sarà necessario eseguire un secondo prelievo al neonato per la ripetizione dell'esame di screening e confermare il sospetto. In base al risultato del secondo esame seguiranno, se necessarie, ulteriori indagini per confermare o escludere in via definitiva ogni problema.

Come viene comunicato l'esito dell'esame?

Nei rari casi in cui il risultato è positivo o dubbio, l'esito dell'esame verrà comunicato immediatamente dal Laboratorio al Centro Nascita. In questo caso i genitori riceveranno una telefonata da parte del Centro Nascita che chiederà un nuovo prelievo per il piccolo nato, per poter ripetere l'esame. Vi preghiamo pertanto di fornire, prima del prelievo per lo screening, un numero di telefono e l'indirizzo al quale sarete sicuramente reperibili nei giorni successivi alla dimissione, dopo il parto. Infatti la diagnosi e il trattamento precoce per i neonati interessati sono possibili solo se tutte le parti coinvolte (genitori, personale medico, infermieristico pediatrico e laboratorio di screening) collaborano senza perdite di tempo affinché i risultati dell'esame possano essere ricontrollati al più presto. Essere richiamati dal Centro Nascita non dovrà creare ansia ai genitori nella consapevolezza che è meglio conoscere ove si può intervenire che non conoscere e intervenire troppo tardi. I nominativi dei neonati con il test negativo verranno invece comunicati periodicamente per iscritto dal Laboratorio al Centro che ha inviato il prelievo.

Perché è necessario firmare una Dichiarazione di Consenso?

Vi verrà chiesto di firmare una autorizzazione ad eseguire lo screening neonatale esteso. La dichiarazione di consenso da parte dei genitori serve per elaborare i dati del neonato, per poter eseguire materialmente l'esame ed eseguire eventualmente tutti i test che saranno necessari per la diagnosi. L'adesione allo screening neonatale esteso è facoltativa e gratuita. Il risultato delle analisi è coperto dal segreto medico. Il consenso all'esecuzione (dichiarazione di consenso) è relativo solamente allo screening neonatale esteso.

Domande e Risposte

A cura della U.O. Malattie del Metabolismo e Screening Neonatale - PO Microtemico - ASL Cagliari

Malattie metaboliche ereditarie sottoposte a screening neonatale esteso

29 malattie

Acidemie Organiche

Propionico acidemia
Metilmalonica acidemia
Isovalerico acidemia
Deficit multiplo della carbossilasi
Deficit di biotinidasi
Deficit di β -chetotiolasi
Glutarico acidemia tipo I
3-idrossi-3-metilglutarico aciduria
Piroglutammico aciduria

Aminoacidopatie

Fenilchetonuria e iperfenilalaninemie
Leucinosi
Tirosinemia I e II
Iperglicinemia non chetotica
Citrullinemia
Argininosuccinico aciduria
Deficit di ornitina transcarbamilasi
Argininemia
Omocistinuria
Ipermetioninemie

Difetti della β -ossidazione acidi grassi

Difetto delle acil-deidrogenasi a corta catena
Difetto delle acil-deidrogenasi a media catena
Difetto delle acil-deidrogenasi a catena molto lunga
Difetto multiplo della acil-deidrogenasi (glutarico aciduria II)
Difetto della carnitina palmitoil transferrasi I
Difetto della carnitina palmitoil transferrasi II
Difetto della idrossi-aciltransferrasi a catena lunga
Difetto proteina trifunzionale
Difetto della carnitina acilcarnitina translocasi
Difetto uptake della carnitina

CARTA Informativa

Asl Cagliari
Via Piero della Francesca, 1
09047 Selargius
c.f. e p.iva 02261430926
www.aslcagliari.it

Clinica Pediatrica 2^a
Malattie del Metabolismo e Screening Neonatale
Responsabile Dott. Franco Lilliu
Via Jenner 09121 Cagliari
Tel 070/6095533 Fax 070/6095530
e-mail: franco.lilliu@asl8cagliari.it
screeningneonatale@asl8cagliari.it



MOD. 11 PCA3

REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Azienda Ospedaliera Brotzu

S.S.D. NEONATOLOGIA

Tel 070.539.534

(Dir. Dr.ssa Luciana Pibiri)

Cari genitori,

secondo la normativa nazionale, ogni neonato viene sottoposto ad un esame per l'individuazione precoce (screening neonatale) di Fenilchetonuria e Ipotiroidismo congenito.

La Regione Sardegna ha avviato un programma di screening neonatale esteso delle malattie metaboliche ereditarie causa di rischio vitale e/o compromissione neurologica che possono essere identificate con la tecnologia attualmente disponibile e ha affidato alla UO Malattie del Metabolismo e Screening Neonatale, Il Clinica Pediatrica del PO Microcitemico, ASL Cagliari il compito di attuare questo programma di screening.

L'analisi verrà effettuata sulle stesse gocce di sangue raccolte per effettuare lo screening neonatale "di legge". Scopo di questo programma è anche quello di stabilire la prevalenza di tali patologie e verificare l'attuabilità definitiva di uno screening neonatale più esteso.

Per eseguire questo screening è necessario il vostro consenso, per cui solo se Voi vorrete, anche vostro figlio/a potrà essere sottoposto a tale indagine senza ulteriori prelievi di sangue.

Per tale motivo nel rispetto della legge sulla privacy (legge n. 675 del 31-12-1996), vi chiediamo l'autorizzazione all'esecuzione del test di screening esteso firmando questo foglio.

Le famiglie dei neonati, nei quali saranno necessari ulteriori accertamenti, verranno contattate telefonicamente

Per gli esami di screening obbligatori per legge nulla cambia e saranno eseguiti secondo le usuali procedure e comunque effettuati anche in mancanza del consenso di cui sopra.

RingraziandoVi per la collaborazione, porgiamo i nostri migliori saluti

Data

Il responsabile del Centro Nascita

Io sottoscritta/o _____
(cognome e nome in stampatello)

Nata/o a _____ il _____

madre / padre (cancellare la voce che non interessa) di _____
(cognome e nome del neonato)Nato/a il _____
(data di nascita del neonato)

Dichiaro

- di essere stata/o adeguatamente informata/o in merito al programma di screening neonatale delle malattie metaboliche ereditarie
- di autorizzare / non autorizzare (cancellare la voce che non interessa) l'esecuzione lo screening neonatale esteso a patologie non previste dalla legge vigente.

Luogo e data: _____ Firma per esteso _____

Cognome, nome e qualifica (in stampatello) del responsabile del prelievo che ha fornito l'informazione:

Luogo e data: _____ Firma _____