

VERBALE DI INFORMAZIONE E ATTESTAZIONE DI CONSENSO/NON CONSENSO AD ATTIVITÀ SANITARIE

I sottoscritti:

Sig./Sig.ra _____ nato/a a _____ il _____

Dott. _____ Matricola _____

(se presente) altra persona _____ in qualità di _____

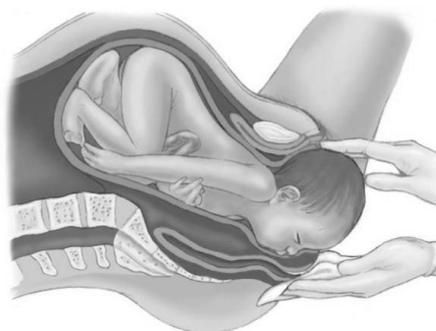
sono a dare atto di aver discusso di quanto segue.

CONDIZIONE CLINICA E RISCHI CORRELATI

TRAVAGLIO, PARTO E PERIODO *POST-PARTUM*

Il travaglio di parto è un **evento fisiologico** nella maggior parte delle gestanti. I periodi salienti del travaglio di parto sono quattro:

- *Prodromico/Fase latente del I° Stadio*: è il periodo iniziale ed è caratterizzato dall'insorgenza di contrazioni uterine dolorose, crescenti in frequenza ed intensità;
- *Dilatante/Fase attiva del I° Stadio*: durante la quale avviene la dilatazione progressiva della cervice uterina; e, nella maggior parte dei casi, anche la cosiddetta "rottura delle membrane", che proteggono il feto, con la perdita del liquido amniotico;
- *Espulsivo / II° Stadio*: nel quale il feto progredisce attraverso **il canale vaginale** fino alla nascita;
- *Secondamento / III° Stadio*: è il periodo immediatamente successivo alla nascita, dell'espulsione della placenta e del sacco amniotico.
- *Post-partum/IV° Stadio*: è il periodo immediatamente successivo al secondamento (circa due ore) in cui, l'utero forma il 'globo di sicurezza', cioè le fibre muscolari che lo compongono si contraggono validamente per ridurre la perdita ematica .



Il travaglio è caratterizzato dalla presenza di dolore con caratteristiche particolari, non è sintomo di malattia ma promuove il naturale svolgersi del parto. La percezione del dolore in travaglio è un'esperienza soggettiva influenzata da numerosi fattori (condizioni fisiche, emozioni, circostanze culturali, modalità assistenziali...).

Come già menzionato, il travaglio di parto è un evento fisiologico nella maggior parte dei casi, ma in taluni può presentare delle **complicanze non prevedibili e non prevenibili**, che nell'interesse materno e fetale, impongono la necessità di specifiche attività clinico-assistenziali. Tra i possibili rischi, vi sono in particolare:

- **rallentamento o arresto dell'espulsione del feto**, per insufficienza delle contrazioni uterine;
- **emorragie massive** e di difficile controllo;
- **problemi correlati ad anomalie placentari** di posizione e di annidamento (placenta previa, accreta, ...);
- **lacerazioni tissutali** non sono rare quelle del piano perineale e della vagina; in rari casi si possono verificare anche a carico dell'utero, talora con gravi conseguenze;
- **mortalità materna/fetale** si verifica in casi rari in Italia, e solitamente in gestanti con fattori di rischio.
- **alterazioni dell'ossigenazione fetale** con la comparsa di liquido amniotico tinto e/o alterazioni del tracciato cardiotocografico nel corso del travaglio.

**ATTIVITÀ PROPOSTA**

DENOMINAZIONE: **ASSISTENZA OSTETRICA E MEDICA AL TRAVAGLIO, AL PARTO E AL PERIODO POST-PARTUM – “PARTORIRE CON NOI”**

BENEFICI ATTESI

La Sala Parto della nostra Asst Papa Giovanni 23° accoglie ed assiste circa 4.000 parti/anno, di cui circa il 76% avvengono per via vaginale e il 23,3 % mediante taglio cesareo (Report Sala parto 2016); nel 42% dei travagli spontanei è utilizzata l'analgesia epidurale per il controllo del dolore in travaglio di parto.

L'obiettivo è di fornire un'assistenza improntata alla centralità della mamma e del neonato e del loro benessere psico-fisico (“Midwifery partnership”), ponendo in primo piano, la sicurezza, l'umanizzazione delle cure, l'aspetto relazionale e promuovendo il coinvolgimento attivo della mamma, consapevole dell'evoluzione del travaglio e della possibile insorgenza di problematiche cliniche che deviano dalla fisiologia (normalità).

Per sostenere le future mamme in vista del parto, il nostro Punto Nascita organizza **Incontri di Accompagnamento alla Nascita**, in forma di gruppi informativi, con la presenza di personale Ostetrico e Medico (spec. Ostetrico-Ginecologo e Neonatologo).

È dimostrato che supporto e sostegno emotivo durante il travaglio in fase attiva contribuisce a migliorare l'esperienza del parto: supporto dato da professionisti in grado di offrire anche conforto, con la presenza di una persona di fiducia (a sua scelta).

MODALITÀ ESECUTIVA

ASSISTENZA AL TRAVAGLIO-PARTO

In **condizioni fisiologiche**, la gestione del travaglio di parto è competenza dell'**Ostetrica/o**, che è la professionista appropriata e dedicata a questo percorso assistenziale.

Se, invece, sono presenti **fattori di rischio** (o compagno nel corso del travaglio), i Medici Ostetrici-Ginecologi di guardia, presenti nel blocco parto durante tutte le 24 ore, pianificano uno specifico percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale in collaborazione con l'Ostetrica.

Di norma, nella tutela del benessere di mamma e bambino, si promuove il parto normale: tuttavia in **condizioni di rischio** l'*équipe* sanitaria valuterà le procedure più opportune per consentirne l'espletamento, come l'**amnioressi**, l'infusione di **ossitocina**, l'**episiotomia**, l'applicazione della **ventosa ostetrica** o il **taglio cesareo**.

In travaglio è consentita l'**assunzione di bevande**. È, invece, da limitare l'assunzione di cibi solidi; talvolta è necessaria la somministrazione di **soluzioni endovenose idratanti**.

Durante il travaglio sono eseguite esplorazioni vaginali per valutare la dilatazione cervicale e la discesa della testa fetale lungo. E', inoltre, raccomandata, specie nelle pazienti con analgesia epidurale, la minzione spontanea almeno ogni due ore.

Presso il nostro Punto Nascita non eseguiamo di routine: la tricotomia, il clistere evacuativo e il cateterismo vescicale durante il travaglio.

Nella maggior parte dei casi, una volta raggiunta la dilatazione completa della cervice, si sollecita la donna ad iniziare le spinte attive. In genere, per ridurre il rischio di complicanze del parto, si tende a contenere la durata di questa fase del travaglio entro le 3 ore per le donne nullipare (che non hanno mai partorito) ed entro le 2 ore per quelle pluripare (che hanno già partorito).



Nota bene: Alcune richieste particolari (ad esempio il "Piano del Parto"), anche in forma scritta, potranno essere soddisfatte purchè conformi alle prove scientifiche di efficacia o alle procedure adottate in sala parto. Il cosiddetto "Lotus Birth" **non è autorizzato** dalla Direzione sanitaria e clinica aziendale.

L'assistenza al travaglio parto prevede ulteriori attività, di seguito descritte.

Strategie analgesiche

Le risorse della donna, il sostegno dell'Ostetrica e l'eventuale ricorso alla parto-analgesia facilitano l'evoluzione del travaglio rendendo il dolore più sopportabile.

Le strategie per contenere il dolore in travaglio possono essere di diverso tipo: con o senza farmaci:

Strategie senza farmaci

Queste strategie possono ridurre il bisogno di farmaci per il contenimento del dolore, la necessità di interventi sanitari (uso di ossitocina, episiotomia, taglio cesareo) e favorire la soddisfazione del vissuto della donna.

- **sostegno emotivo:** comunicazione, informazione, ascolto, coinvolgimento nelle scelte;
- **azioni di sollievo:** poter scegliere la posizione per il parto, ambiente-parto confortevole nel rispetto della riservatezza (*privacy*) della donna/coppia;
- **tecniche di rilassamento ed utilizzo di ausili** (es. sgabello olandese, liana, palla da travaglio, musica, doccia calda, ...).



- **parto in acqua:** l'utilizzo dell'acqua può produrre sollievo fisico e psichico e favorire il processo naturale del parto.

Nota bene: La possibilità di utilizzare la vasca con acqua è subordinata alla disponibilità della vasca, alla assenza di situazioni di rischio e alla possibilità delle Ostetriche di offrire assistenza continuativa, in ragione del carico clinico-assistenziale che grava sulla Sala Parto in quel momento.

Strategie con farmaci

La più utilizzata è l'**analgesia peridurale** (parto-analgesia) disponibile in regime pubblico 24/24 ore presso il nostro Punto Nascita. In taluni casi sussistono indicazioni mediche-ostetriche (valutate dal Medico Ginecologo di guardia) che ne indicano comunque l'utilizzo in travaglio di parto.

Questa pratica assistenziale richiede un percorso informativo e clinico ambulatoriale specifico presso la nostra struttura, da effettuare prima del ricovero per l'espletamento del parto.

Nota bene: Il servizio di partoanalgesia è erogato in subordine al carico clinico-assistenziale della Sala Parto, che in taluni giorni può causarne la **non immediata disponibilità**. Ciò può comportare, se il travaglio è rapido come nelle gestanti al secondo travaglio, la mancata esecuzione della partoanalgesia.

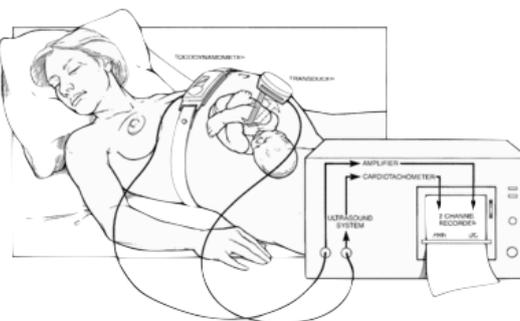


Profilassi antibiotica

Infusione endovenosa finalizzata a ridurre il rischio di infezioni neonatali da *Streptococco Betaemolitico*: essa viene somministrata con dosi ripetute fino alla nascita del bimbo.

Monitoraggio cardiocografico

Registrazione del battito cardiaco fetale e dell'attività contrattile uterina per la sorveglianza del benessere fetale nel corso del travaglio. Nelle gravidanze a basso-rischio, (non complicate) o se la gestante travaglia nella vasca, è possibile anche la registrazione intermittente del battito cardiaco fetale, eseguita ogni 15 minuti secondo le Linee-Guida attuali. Qualora la rilevazione del battito fetale si mostri inadeguata, può essere necessario posizionare un **trasduttore interno**.



Accelerazione con Amnioressi e/o Ossitocina

L'Amnioressi è la rottura artificiale del sacco amniotico ed è efficace nel favorire la progressione del travaglio-parto: la procedura non è eseguita di *routine*, ma solo in casi selezionati, in corso di visita ostetrica.

Se le membrane sono già rotte (spontaneamente o artificialmente), il travaglio può essere accelerato mediante la somministrazione endovenosa di Ossitocina diluita in soluzione fisiologica: in tale caso l'attività contrattile della gestante è controllata con il monitoraggio cardiocografico che consente di registrarne la risposta in termini di contrazioni uterine.

Se la gestante ha travagliato in vasca, in caso di accelerazione con Ossitocina l'Ostetrica invita la gestante ad uscire dall'acqua.

Episiotomia

In casi selezionati (pari al 16% delle partorienti nel 2016) può essere necessario praticare un'**episiotomia**: incisione chirurgica del perineo e della vagina a termine del periodo espulsivo per ampliare l'orifizio vaginale e facilitare il passaggio del feto; essa richiede la successiva sutura con fili di sutura riassorbibili, eseguita in anestesia locale.

Anche l'esecuzione dell'episiotomia non è sempre in grado di prevenire il verificarsi di lacerazioni tissutali più estese che vengono poi riparate.

Tutte le suture possono essere gravate da **dolore locale persistente** anche dopo il parto.

In rari casi, dopo il parto vaginale, può verificarsi **la compromissione della continenza sfinterica**, per cui può essere necessario un percorso di riabilitazione del pavimento pelvico; ancora più raramente possono essere necessari interventi di chirurgia ricostruttiva pelvica o sfinterica, con eventuale chirurgia maggiore dell'intestino o chirurgia delle vie urinarie.

Parto operativo (applicazione di Ventosa Ostetrica):

Lo scopo del parto operativo vaginale è quello di accelerare il parto riducendo i rischi di morbosità materna e neonatale.

L'applicazione di ventosa ostetrica può essere indicata in caso di compromissione del benessere fetale in periodo espulsivo, facilitando la progressione della testa fetale, oppure se il periodo espulsivo si è prolungato e/o le forze materne sono esaurite, e/o è necessario evitare un eccessivo sforzo materno. E' necessario che l'azione uterina sia efficace e la collaborazione della paziente (maggiore è la collaborazione, minore è la trazione necessaria).



Complicanze materne dopo tale manovra possono essere: lacerazioni cervicali e/o vagino-perineali, difficoltà della ripresa di minzione spontanea. Sebbene i dati disponibili sugli esiti a distanza dei nati con parto operativo non abbiano evidenziato esiti come paralisi cerebrale o deficit intellettivi, sono state descritte rare complicanze fetali possibili: “tumore da parto”, che generalmente si risolve senza sequele entro 24-48 ore; “segni della coppetta”, cioè abrasioni superficiali del cuoio capelluto ed ecchimosi (più comuni), solitamente senza conseguenze; “cefaloematoma”, ovvero la raccolta di sangue tra periostio e osso parietale, che generalmente si risolve nei giorni successivi al parto.

L'applicazione di ventosa può essere più facilmente associata alla “distocia di spalle”, soprattutto in caso di progressione difficoltosa della parte presentata (testa del feto) e crescita fetale eccessiva.

Presso la nostra sala parto l'utilizzo della Ventosa ostetrica è stato nel 2016 pari al 2,7% di tutti i travagli e nel 4,1 % dei travagli in partoanalgesia: ciò non è dovuto ad un effetto specifico della partoanalgesia, ma soprattutto al fatto, ben descritto nella letteratura scientifica, che la partoanalgesia è maggiormente richiesta nei travagli prolungati e ciò comporta a priori un maggior utilizzo del parto operativo.

Emotrasfusioni

Anche durante il parto vaginale, sebbene con minore probabilità rispetto al Taglio Cesareo, possono verificarsi perdite ematiche abbondanti (emorragie), che possono determinare la necessità di somministrare sangue e/o suoi derivati (plasma, piastrine, etc).

Prevenzione dell'emorragia del *post-partum*

In tutti i parti è prevista al secondamento (espulsione della placenta dopo la nascita del feto) l'esecuzione della *profilassi farmacologica con uterotonici* per la prevenzione delle emorragie del *post-partum*, favorendo la normale contrattura dell'utero (*trattamento attivo del III° Stadio*).

Secondamento manuale: In circa il 2% delle gestanti l'espulsione della placenta è difficoltosa nonostante la profilassi sopraindicata; in tali casi, atteso circa 30 minuti dal parto, si favorisce manualmente l'espulsione della placenta. Tale procedura è eseguita in sala operatoria e richiede l'esecuzione di una anestesia generale.



ACCOGLIENZA AL NEONATO

Cordone ombelicale:

In base alle più recenti evidenze scientifiche (NICE, 2014), la chiusura del cordone ombelicale (*clampaggio*) è effettuata dall'Ostetrica **dopo ameno 1 minuto** dalla nascita e **non oltre i 5 minuti** (*trattamento attivo del 3° Stadio*).

Se la madre desidera donare/raccogliere il sangue cordonale e non ci sono fattori che controindichino o impediscano tale procedura, il cordone sarà *clampato* 1 minuto dopo la nascita del bimbo e sottoposto al prelievo ematico.



PERSONALIZZAZIONE DEL RISCHIO IN BASE AD ETÀ ED EVENTUALI CO-MORBILITÀ, TERAPIE FARMACOLOGICHE IN CORSO E/O ALTRI FATTORI DI RISCHIO

POSSIBILI MODALITÀ ALTERNATIVE

Nel corso dell'attività sanitaria, in base ai riscontri o per complicanze sopravvenute, si potrebbe verificare la necessità di modificare le misure clinico-assistenziali, col ricorso ad una o più delle attività sopra menzionate e ad altre che si dovessero rendere eventualmente necessarie.

Il ricorso al **Taglio Cesareo**, che consente l'espletamento del parto per via addominale, è eseguito presso la nostra struttura nel 10% delle gestanti in travaglio. Tale procedura non è aumentata nella gestanti che scelgono la partoanalgesia in travaglio di parto.

* * * * *

Oltre a quanto sopra, si è anche reso noto che:

- non è possibile garantire in senso assoluto il successo dell'attività sanitaria proposta e si può, dunque porre indicazione allo svolgimento di attività di altro tipo e/o ripetizione nel tempo di nuove attività dello stesso tipo;
- è possibile rivolgersi ad altre strutture sanitarie per lo svolgimento dell'attività indicata;
- è possibile revocare il consenso in qualsiasi momento fino a prima dell'atto sanitario;
- è possibile che per sopravvenute urgenze o altre esigenze organizzative l'attività sanitaria di cui al presente documento sia differita, anche poco prima del suo svolgimento, senza possibilità di preavviso.

RICHIESTE DI PRECISAZIONI/ULTERIORI INFORMAZIONI DA PARTE DELL'INTERESSATO/A E RISPOSTA:

Si dà atto che per le informazioni di cui sopra:

- non vi è stata necessità di interprete / mediatore culturale
- sono state discusse con l'aiuto dell'interprete / mediatore culturale:

Sig./Sig.ra _____ Firma _____

* * * * *

Discusso quanto sopra, io sottoscritto soggetto interessato:

- 1) **Confermo di aver ben compreso le informazioni discusse e il contenuto informativo del presente scritto, e di aver ricevuto estratto informativo scritto relativo a quanto sopra.**
- 2) **Alla luce di ciò:**
 - ACCONSENTO** **NON ACCONSENTO** alle attività clinico-assistenziali proposte, ribadendo di averne compreso in particolare la finalità, i limiti, i rischi, nonché le eventuali possibili alternative e l'eventuale necessità di variazione modale in corso di svolgimento della stessa.



- 3) **Ho anche compreso di poter richiedere ulteriori chiarimenti e di poter revocare il consenso in qualsiasi momento fino a prima dell'atto sanitario, impegnandomi a rispettare la tutela della salute del/i nascituro/i.**

Data colloquio: _____

Data acquisizione consenso / non consenso: _____

Firma dell'interessato/a _____

Firma altra persona (se presente) _____

Si prende atto delle volontà espresse dall'interessato/a.

Firma del Medico che ha discusso le informazioni _____ (matr. _____)