

**Scheda per la valutazione
del rischio ostetrico
Nota esplicativa**

Premessa

La scheda di valutazione del rischio ostetrico, della quale si allega la versione aggiornata dal Gruppo di lavoro, nasce dall'esigenza di definire a livello regionale un percorso comune di valutazione del rischio ostetrico in diverse fasi dell'accesso nella struttura ospedaliera della donna: al momento del ricovero, prima del travaglio, durante il travaglio e prima del parto.

Sebbene nel nostro Paese siano rari gli eventi avversi che si verificano durante il percorso della nascita e nel periodo neonatale, le conseguenze fisiche, psicologiche ed economiche che ne derivano e l'impatto che queste hanno sulla donna e sul bambino, sulla famiglia e sui professionisti coinvolti, fanno sì che su di essi si debba porre un'attenzione particolare.

Le attività di gestione del rischio in ostetricia, sono orientate fortemente al rispetto delle Raccomandazioni n. 6 Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto e n. 16 Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente di neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita del Ministero della Salute, tese a prevenire gli eventi avversi nell'assistenza al parto e nel *post partum*.

La scheda di valutazione del rischio, rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze. Pertanto, alla classificazione del rischio al momento del ricovero della donna, devono conseguire specifici "percorsi assistenziali" differenziati per profilo di rischio, orientati all'utilizzo appropriato della rete assistenziale e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative.

1. Obiettivi

1. Valutare il rischio materno e fetale;
2. Implementare in modo codificato e facilmente accessibile le informazioni fra operatori sulla rilevazione del rischio ostetrico;
3. Attivare dei percorsi specifici in relazione alla valutazione del rischio rilevato;
4. Assicurare alla donna la struttura idonea alla complessità del rischio rilevato.
5. Fornire informazioni, ove disponibili, basate su prove di efficacia, in grado di aiutare la donna a comprendere il progetto assistenziale e renderla capace di partecipare ai processi decisionali.

2. Campo di applicazione

La scheda di valutazione del rischio ostetrico è rivolta a tutti i professionisti sanitari operanti nei punti nascita della Regione Sardegna al momento dell'accoglienza della donna per il parto.

3. Descrizione delle attività

La scheda di valutazione del rischio, permette di valutare il profilo di rischio della donna effettuata sulla base di criteri (fattori biologici, sociali, psicologici) condivisi dall'équipe assistenziale, costituita dall'ostetrica e il ginecologo al momento della presa in carico della donna, e da eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla donna, quali neonatologo e anestesista e accuratamente riportati nella documentazione clinica.



L'ostetrica/o effettua la corretta identificazione della donna, i dati anagrafici della stessa, attraverso la raccolta del nome, cognome, luogo e data di nascita, settimana di gravidanza e data dell'ultima mestruazione e data presunta del parto nel frontespizio della check.

Si sottolinea che la raccolta dei dati e l'identificazione della donna rappresenta un momento di grande importanza, sia per la sicurezza delle pratiche sanitarie sia per gli adempimenti gestionali connessi ai trattamenti eseguiti.

La Check di valutazione del rischio ostetrico è costituita da un formato A4, suddiviso in 4 parti contenente una vera e propria lista di controllo, composta da un elenco di fattori di rischio, che devono essere verificati dall'Ostetrica e dal Ginecologo attraverso una valutazione condivisa e documentati con un flag, all'interno di specifiche caselle di colore rosso per il SI e di colore verde per il NO, prima del travaglio, durante il travaglio e prima del parto.

La pagina 2 della check consente una valutazione dei fattori di rischio al momento del concepimento, dell'anamnesi patologica e dell'anamnesi delle precedenti gravidanze se la paziente non è primi gravida.

La risposta NO in tutte le caselle identifica una donna con una gravidanza a basso rischio (BRO).

In caso di risposta affermativa ai fattori di rischio esaminati l'ostetrica informa il Medico, presente al momento della compilazione della scheda; e insieme provvederanno ad attivare i percorsi dedicati specifici per il fattore di rischio identificato.




Al termine della compilazione della terza e quarta pagina è presente una rivalutazione del rischio ostetrico dove l'ostetrica e il ginecologo "valutatori" dovranno indicare nell'apposita casella se:

- La gravidanza può essere considerata a basso rischio (BRO)
- La paziente è stata adeguatamente informata sul Rischio Ostetrico
- La paziente necessita di trasferimento presso altra struttura



RIVALUTAZIONE PRIMA DEL TRAVAGLIO		NO	SI
FATTORI DI RISCHIO	Tempone vagino netto /urinocultura positiva per Streptococco Gruppo B*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	BMI pregravidico anormale incremento ponderale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Età gestazionale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Feto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Travaglio indotto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Membrane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liquido amniotico finto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temperatura corporea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>*Se non venga eseguita profilassi antibiotica intrapartum per la prevenzione dell'infezione neonatale ad nascita precoce da Streptococco gruppo B in presenza di fattori di rischio, procedere secondo i Segni di Streptococco gruppo B, urinocultura positiva per Streptococco gruppo B nell'urine; gravidanza; rottura delle membrane >18 ore, temperatura corporea >38°C, spazio perineale <37°C sottile. (CDC 2010, RCOG 2017) CDC recommended that women with unknown GBS colonization status at the time of delivery be managed according to the presence of intrapartum risk factors. * La profilassi antibiotica è raccomandata in tutti i casi in cui si sospetti colonizzazione a/o T.C.>38°C.</small>			
AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE: La gravidanza può essere considerata a basso rischio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La donna necessita il trasferimento presso altra struttura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Data ____/____/____		Firma leggibile _____	
RIVALUTAZIONE DURANTE IL TRAVAGLIO E PRIMA DEL PARTO		NO	SI
FATTORI DI RISCHIO	CIG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Presentazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Chalobio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Temperatura corporea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anomalia contrattilità uterina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Liquido amniotico finto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sanguinamento di incerta origine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Richiesta epidurale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	Specificare _____		
<small>**Specificare in ogni reparto l'attuale categoria di CIG, indicando quale viene utilizzato se diverso dalle raccomandazioni nazionali.</small>			
AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE: Il travaglio può essere considerato a basso rischio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> La donna necessita il trasferimento presso altra struttura <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
Data ____/____/____		Firma leggibile _____	

Dopo la parte gravidanza attuale, prima e durante il travaglio deve essere effettuata una rivalutazione del Rischio Ostetrico al termine della quale l'ostetrica e il ginecologo "valutatori" dovranno indicare nell'apposita casella se:

- La gravidanza può essere considerata a basso rischio (BRO)
- La paziente è stata adeguatamente informata sul Rischio Ostetrico
- La paziente necessita di trasferimento ad altra struttura adeguata

4. Indicatori

L'uso della scheda sarà oggetto di monitoraggio in particolare attraverso i seguenti indicatori:

1. Numero di check di valutazione del rischio ostetrico/numero dei parti eseguiti;
2. Numero di check correttamente compilate/numero check di valutazione eseguite.

5. Riferimenti bibliografici

- Raccomandazione Ministeriale n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto;
- Raccomandazione Ministeriale n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita;
- The use and development of Checklist in Obstetrics and Gynecology, The America College of Obstetricians and Gynecology- Number 680, November 2016;
- Who Safe Childbirth Checklist, Implementation Guide;

6. Abbreviazioni

- BRO basso rischio ostetrico
- BMI indice di massa corporea
- GDM diabete gestazionale
- IUGR iposviluppo fetale
- PEG piccolo per età gestazionale
- MEF morte endouterina fetale
- CTG tracciato cardio toco grafico
- PMA procreazione medicalmente assistita

RIVALUTAZIONE PRIMA DEL TRAVAGLIO		NO	SI
Tampone vagino rettale /urinocoltura positivo per Streptococco Gruppo B*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
BMI pregravidico anormale incremento ponderale	$\leq 18 \geq = 30$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Età gestazionale	$< 37^{+0} - > 41^{+0}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Feto	Diversa da cefalica/ vertice biometria anormale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Travaglio indotto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Membrane	rottura > 18 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico tinto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura corporea	Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ in due misurazioni consecutive a distanza 1 ora o $< 36^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE:

La gravidanza può essere considerata a basso rischio (BRO)

SI NO

La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico

SI NO

La donna necessita il trasferimento presso altra struttura

SI NO

Data ____/____/____

Firma leggibile _____

RIVALUTAZIONE DURANTE IL TRAVAGLIO E PRIMA DEL PARTO		NO	SI
CTG	Secondo classificazione nazionale SIGO AOGOI AGUI FR 2018 TIPO 2-3**	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Presentazione	Diversa da cefalica/vertice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ossitocina		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temperatura corporea	Temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ o $\geq 37,5^{\circ}\text{C}$ in due misurazioni consecutive a distanza 1 ora o $< 36^{\circ}\text{C}$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie contrattilità uterina	Iperono/Tachistolia/inerzia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico tinto		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanguinamento di incerta origine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Richiesta epidurale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Altro	Specificare _____		

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

AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE:

Il Travaglio può essere considerata a basso rischio (BRO)

SI NO

La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico

SI NO

La donna necessita il trasferimento presso altra struttura

SI NO

Data ____/____/____

Firma leggibile _____



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

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO OSTETRICO

Cognome _____

Nome _____

Data di nascita _____

Luogo di nascita _____

Settimana di gravidanza _____

EPP _____



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

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

ANAMNESI PATOLOGICA		NO	SI
Diabete pregravidico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie materne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assunzione farmaci per patologie croniche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie uterine		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ematologia	Hg $\leq 10,5$ gr/100ml Hbpatie/Iso-immunizzazione materno-fetale Plastrinopenia $<100^3$ /dl Precedenti tromboembolici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disabilità materna, dismorfismo bacino materno		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

GRAVIDANZA ATTUALE		NO	SI
Fumo / Alcol / Droghe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assunzione farmaci per patologie acute		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gravidanza plurima		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie fetali		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Placenta	Alterazione inserzione placentare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liquido amniotico	Anomala quantità diagnosticata ecograficamente falda massimo $\leq 2 \geq 8$ cm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pressione arteriosa	$\geq 140/90$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΔP (Variazione ponderale)	Anomala rispetto al BMI pregravidico*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabete diagnosticato in gravidanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie insorte in gravidanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patologie della gravidanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ematologia	Hg $\leq 10,5$ gr/100ml Hbpatie/Iso-immunizz. materno-fetale Plastrinopenia $<100^3$ /dl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eventi Tromboembolici		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Malattie infettive		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dati di laboratorio fuori range		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manovre invasive (es.amniocentesi e cerchiaggio)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nessun controllo eseguito in gravidanza		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barriere linguistiche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dichiarato rischio ambientale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rifiuto trasfusioni		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Complicazioni non comprese nell'elenco		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***WHO ANTENATAL CARE 2016**

Valori normali incremento ponderale in gravidanza in relazione al BMI:

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

AL TERMINE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO INDICARE SE:

Il Travaglio può essere considerata a basso rischio (BRO)

Sì NO

La donna è stata informata della condizione di rischio ostetrico

Sì NO

La donna necessita il trasferimento presso altra struttura

Sì NO

Data ____/____/____

Firma leggibile _____