SISTEMA SANITARIO REGIONALE
AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE
LAZIO

DELIBERAZIONE N. 0110 **DEL** 23 GEN. 2023

Struttura proponente: UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure-Risk Management Centro di Costo: G0IDG43JD1S

Codice settore proponente: **RMDG 05/2023** del 16/01/2023

Oggetto: Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del travaglio di prova in gravida con pregresso taglio cesareo (VBAC)
"Il Provvedimento non comporta oneri di spesa"

L'estensore
(Dott. Antonio Silvestri)

IL DIRETTORE GENERALE
Dr. Narciso Mostarda

Parere del Direttore Amministrativo: D.ssa Paola Longo

☒ FAVOREVOLE ☐ NON FAVOREVOLE *(con motivazioni allegate al presente atto)*

Firma _____ *Data* 20.01.2023

Parere del Direttore Sanitario: Dr. Gerardo De Carolis

☒ FAVOREVOLE ☐ NON FAVOREVOLE *(con motivazioni allegate al presente atto)*

Firma _____ *Data* 20-01-2023

Il Dirigente addetto al controllo del budget, con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico aziendale.

Presa Visione

Voce del conto Economico/Patrimoniale su cui si imputa l'importo: _____

Visto del Dirigente addetto al controllo del budget economico aziendale:
Direttore UOC Programmazione Strategica e Controllo di Gestione - D.ssa Miriam Piccini

Firma _____ Data 20/01/2023

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione del presente atto, a seguito dell'istruttoria effettuata attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Responsabile del Procedimento: (Dott. Antonio Silvestri)

Firma _____ Data 16/1/2023

Il Dirigente: (Dott. Antonio Silvestri)

Firma _____ Data 16/1/2023

IL DIRETTORE UOSD QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421";
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere";
- l'intesa tra Governo, Regioni e Provincie Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- la deliberazione aziendale n. 404 del 14/04/2016 recante per oggetto <<Affidamento di un incarico dirigenziale di direzione di struttura semplice a valenza dipartimentale "UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management" nell'ambito della Direzione Strategica al Dott. Antonio Silvestri>>;
- la deliberazione aziendale n. 1368 del 11/10/2019 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2019 fino al 13/04/2022;
- la deliberazione aziendale n. 0925 del 13/06/2022 recante per oggetto il rinnovo del suddetto incarico a far data dal 14/04/2022 fino al 13/04/2027;

PREMESSO che all'art. 5 della succitata L. 8 marzo 2017, n. 24 "Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida" viene prescritto che "Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico- scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della Salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale";

DATO ATTO che il succitato art. 5 della L. 8 marzo 2017, n. 24 prescrive che "In mancanza delle suddette raccomandazioni, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali";

DATO ATTO che la definizione ed implementazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) rappresenta un obiettivo LEA demandato alla responsabilità delle Regioni e quindi delle Aziende del SSR;

CONSIDERATO che tra gli obiettivi della UOSD Qualità, Sicurezza e Certificazione delle Cure – Risk Management rientra la definizione e la condivisione dei PDTA e l'attivazione di sistemi di verifica e di indicatori per il monitoraggio dell'appropriatezza dei percorsi di diagnosi e cura orientati alla qualità e alla sicurezza dei pazienti;

DATO ATTO che l'obiettivo di un PDTA è incrementare la qualità delle cure attraverso un continuum dell'assistenza che consideri tutte le tappe del processo di cura, permettendo il superamento del concetto di singole prestazioni, migliorando gli outcome clinici "risk-adjusted", aumentando la soddisfazione dell'utenza e garantendo anche una corretta allocazione delle risorse;

RITENUTO necessario delineare nel contesto dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini un PDTA mirato alla gestione del travaglio di prova in gravida con pregresso taglio cesareo (VBAC);

CONSIDERATO - che all'interno dell'Azienda è stato attivato un Gruppo di Lavoro ad hoc, che ha elaborato una proposta di PDTA con approccio multidisciplinare, condivisa da tutti gli operatori che, a vario titolo, sono coinvolti nel percorso;

CONSIDERATO che il documento redatto è stato sottoposto a verifica e risulta coerente nella forma e nella sostanza sia con l'assetto organizzativo dell'Azienda sia con i principi del Sistema di Gestione della Qualità;

RITENUTO opportuno dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di Unità Operativa di assicurare la massima diffusione al presente atto deliberativo e di assicurarne l'attuazione, per quanto di competenza;

VERIFICATO che il presente provvedimento non comporta nessuna spesa a carico dell'Azienda;

ATTESTATO che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

- di approvare l'adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del travaglio di prova in gravida con pregresso taglio cesareo (VBAC);
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare la procedura ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

IL DIRETTORE U.O.S.D. QUALITA', CERTIFICAZIONE E SICUREZZA DELLE CURE - RISK MANAGEMENT
(Dott. Antonio Silvestri)

IL DIRETTORE GENERALE

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;

VISTI l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;

VISTO il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00198 del 28 ottobre 2021;

VISTA la propria deliberazione n. 1523 del 2 novembre 2021;

LETTA la proposta di delibera, "Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del travaglio di prova in gravida con pregresso taglio cesareo (VBAC)" presentata dal Direttore della UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management;

PRESO ATTO che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

VISTI i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

- di approvare l'adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale del travaglio di prova in gravida con pregresso taglio cesareo (VBAC);
- di dare mandato al Responsabile Aziendale della Qualità di inoltrare la procedura ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione;
- di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati;
- di disporre che la procedura sia inserita nel Manuale delle Procedure Aziendali tenuto dall'Ufficio Qualità, senza necessitare di ulteriore atto deliberativo, e disponibile sul sito intranet aziendale;
- di dare mandato alla U.O.S.D. Ufficio Relazioni con il Pubblico – Comunicazioni Istituzionali – Rapporto con le Associazioni di dare diffusione del presente provvedimento mediante l'inserimento nel Portale Aziendale nella pagina dedicata al Risk Management e Sicurezza delle Cure.

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

La presente deliberazione è composta di n. 17 pagine di cui n. 22 pagine di allegati nei termini indicati.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dr. Narciso Mostarda)

PDTA	**PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE DEL TRAVAGLIO DI PROVA IN GRAVIDA CON PREGRESSO TAGLIO CESAREO (VBAC)**	Rev. 00 del 16/01/23
Cod. Doc.: 901/PDTA/23/01		Pag. 1 di 22

	Gruppo di Lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Data	Firma
REDAZIONE	**Staff di coordinamento:** Antonio Silvestri Marco Mastrucci	UOSD Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure - Risk Management	Medico CPSI Infermiere	16/1/23 16/1/23	
	Coordinatore Clinico: Flavia Pierucci	UOC Ostetricia e Ginecologia	Medico	16/1/23	
	Componenti: Anna Rita Camilli	UOC Ostetricia e Ginecologia	Medico	16/01/18	
	Elisabetta Campagna	UOC Ostetricia e Ginecologia	CPSE Ostetrica	16/01/18	
	Roberta Delle Fratte	PO DIPRO	CPSE Infermiera	16/01/18	
	Anna Licia Di Gregorio	UOC Ostetricia e Ginecologia	Medico	16/1/23	
	Rosa Cibelli	UOC Ostetricia e Ginecologia	CPSI Infermiera	16/1/23	
	Antonella Muzzi	UOC Ostetricia e Ginecologia	Medico	16/1/23	
	Linda Pirollo	UOC Ostetricia e Ginecologia	Medico	16/1/23	

Hanno contribuito alla redazione del documento:

DIRETTORE	**DISCIPLINA**
Maria Giovanna Salerno	UOC Ostetricia e Ginecologia

VERIFICA	**Dott. Antonio Silvestri** Responsabile Aziendale per la Qualità (RAQ)	16/1/23	
APPROVAZIONE	**Dott.ssa Lucia Mitello** Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie **Dott. Gerardo De Carolis** Direttore Sanitario Aziendale		
VALIDAZIONE	**Dott. Narciso Mostarda** Direttore Generale		

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
0.0	16/01/2023	Prima stesura	a cura del RAQ

TRASMESSO IL : 13/01/2023	*CODIFICATO IL : 13/01/2023*	*DISTRIBUITO IL :*

Lista di distribuzione (I livello)	
✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.
✓ Direttori di U.O.S.D	✓ Responsabili di U.O.S.

INDICE

Pag.

1. PREMESSA 5
2. SCOPO 5
3. CAMPO DI APPLICAZIONE 6
4. RIFERIMENTI 6
5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI 6
6. DIAGRAMMA DI FLUSSO 7
7. MODALITA' ESECUTIVE 8
   - 7.1 Presa in carico della paziente 8
     - 7.1.1 Criteri di inclusione 8
     - 7.1.2 Criteri di esclusione 8
     - 7.1.3 Controindicazioni relative 9
     - 7.1.4 Counselling e raccolta del consenso 9
     - 7.1.5 Informazioni da fornire alla paziente 9
   - 7.2 Gestione clinica 10
     - 7.2.1 Attesa travaglio spontaneo fino a 41 settimane 10
     - 7.2.2 Assistenza al travaglio 10
     - 7.2.3 Complicanze in travaglio 11
       - 7.2.3.1 Diagnosi 11
       - 7.2.3.2 Management 11

8. RESPONSABILITA' 12

9. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE 12

10. REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E RIMOZIONE DELLE COPIE OBSOLETE 13

11. CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE 13

12. ALLEGATI 13

12.1 Allegato A:Informazioni e consenso per il parto alla paziente gravida con pregresso Taglio Cesareo 14

12.2 Allegato B: Competenze organizzative 20

12.3 Allegato C: VBAC dopo 2 pregressi tagli cesarei 22

1. PREMESSA

Negli ultimi anni si è assistito in tutti i paesi industrializzati ad un progressivo aumento dei tagli cesarei. In Italia il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento: è passato, infatti, dall'11% nel 1980 al 40% circa attuale. Questo comporta un'aumentata frequenza di donne che hanno una nuova gravidanza, avendo alle spalle un pregresso taglio cesareo. La modalità del parto dopo un pregresso taglio cesareo rappresenta un argomento molto dibattuto tra gli ostetrici e non solo in ambito nazionale. Le posizioni che si configurano portano a comportamenti assolutamente eterogenei, per cui accanto a centri ove le donne vengono invitate a tentare un travaglio finalizzato all'espletamento di un parto vaginale, in altre situazioni questa disponibilità non è presente e le gravide vengono automaticamente sottoposte ad un nuovo taglio cesareo. Le linee guida nazionali ed internazionali, dell'Istituto Superiore di Sanità e delle principali società di ostetricia e ginecologia (ACOG, RCOG) stabiliscono che a tutte le donne con un pregresso taglio cesareo, in assenza di controindicazioni, deve essere proposta la possibilità di effettuare un parto vaginale dopo cesareo (VBAC) in alternativa ad un taglio cesareo programmato (ERCS) (raccomandazione B, IIA).

2. SCOPO

Il presente documento ha lo scopo di:

- definire le indicazioni e le controindicazioni al travaglio di prova per un parto vaginale;
- definire le modalità di informazione per la paziente e identificare un appropriato consenso informato;
- individuare i criteri di sicurezza procedurale e strutturali, affinché questo avvenga senza comportare rischi per la salute della madre e del nascituro;
- individuare i servizi e le figure professionali coinvolte nella gestione della paziente.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Personale sanitario della UOC Ginecologia e Ostetricia (ambulatorio, pronto soccorso, reparti e sala parto), anestesisti della sala parto, neonatologi, coinvolti nell'assistenza alla paziente dalla presa in carico alla dimissione.

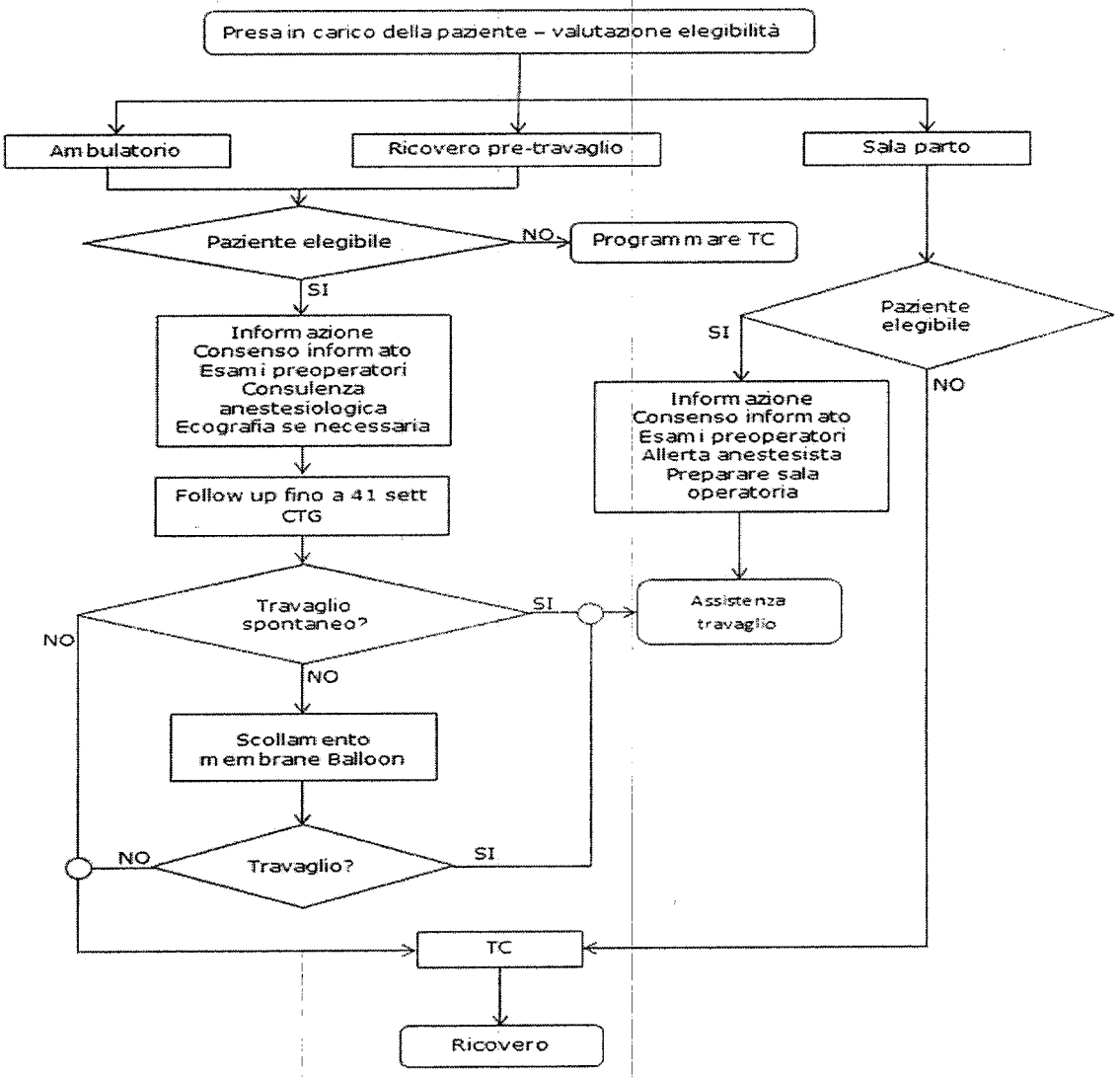
4. RIFERIMENTI

- Istituto Superiore Sanità SNLG: Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole, gennaio 2012 (rev. gennaio 2016);
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists: Birth after previous cesarean birth, 2015;
- American College of Obstetricians and Gynecologists: Vaginal birth after previous cesarean section, 1999 (rev 2010);
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français: Raccomandations pour la pratique clinique. Accouchement en cas d'utérus cicatriciel, 2012;
- Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada: Guidelines for vaginal birth after previous cesarean birth , 2005;
- Linee guida AOGOI – Fondazione Confalonieri Ragonese: Il parto nella donna con precedente cesareo.

5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

ACOG	American College Of Obstetricians And Gynecologists
BMI	Body mass index
CTG	Monitoraggio cardiotocografico
ERCS	Elective Repeat Caesarean Section
RCOG	Royal College Of Obstetricians And Gynaecologists
RM	Risonanza Magnetica
TC	Taglio cesareo
TOLAC	Trial of labor after cesarean
UO	Unità operativa
VBAC	Vaginal birth after cesarean

6. DIAGRAMMA DI FLUSSO



7. MODALITA' ESECUTIVE

7.1 Presa in carico della paziente

La paziente potrà essere presa in carico in diversi momenti

- Ambulatorio (età gestazionale 36 settimane);
- Pronto soccorso;
- Reparto;
- Sala parto.

Qualunque sia la sede della presa in carico della paziente valutare in via preliminare: esami effettuati in gravidanza, ecografia per valutazione del peso fetale e della posizione della placenta (se placenta anteriore valutare rapporto con cicatrice isterotomica), documentazione sulle modalità del pregresso taglio cesareo (cartella clinica). È necessaria un'ecografia effettuata nella 36^ settimana per valutazione placenta, liquido amniotico e peso fetale.

7.1.1 Criteri di inclusione

- Tutte le donne con un pregresso taglio cesareo.

7.1.2 Criteri di esclusione

- Placenta previa;
- Presentazione Podalica del Feto;
- 3 Pregressi TC;
- Macrosomia (peso stimato > 4000 g.);
- Incisione uterina longitudinale, a "T" o a "J" nel pregresso taglio cesareo;
- Gravidanza gemellare;
- Pregressa miomectomia;
- Pregressa rottura d'utero;
- Intervallo di tempo < di 18 mesi dal precedente taglio cesareo, al momento del parto;
- Rifiuto della donna ad adire ad un travaglio di prova.

7.1.3 Controindicazioni relative

- Mancanza della documentazione sul pregresso TC (in questo caso cercare di raccogliere tutte le informazioni possibili sulle modalità, indicazioni e decorso del pregresso TC);
- Obesità materna. Incoraggiare la scelta di un taglio cesareo elettivo per BMI > 50;
- Pregresso taglio cesareo pretermine (epoca gestazionale al momento del cesareo, decorso post-operatorio);
- Due pregressi TC (vedi allegato C);
- Placenta anteriore che ricopre la cicatrice uterina (valutare eventuale accretismo con ecografia ed eventuale risonanza magnetica).

7.1.4 Counselling e raccolta del consenso

- Deve essere utilizzata un'informativa con tutte le indicazioni su vantaggi e svantaggi del parto spontaneo e del taglio cesareo ripetuto, sui rispettivi rischi delle due procedure, sulla gestione del travaglio e del parto in caso di travaglio di prova e sulle dotazioni della struttura in caso di eventuali complicanze, con procedure e tempi previsti. E' disponibile una informativa con allegato consenso già in uso nella nostra unità operativa (allegato A);
- Il consenso deve essere discusso con la donna in tutti i punti e deve essere risolto qualunque dubbio venga manifestato, con informazioni che siano aderenti alle linee guida prese in considerazione.

7.1.5 Informazioni da fornire alla paziente

- Disponibilità immediata di sala operatoria ed equipe chirurgica;
- Disponibilità di sangue e derivati immediatamente reperibili in urgenza;
- Disponibilità di terapia intensiva neonatale.

7.2 Gestione clinica

7.2.1 Attesa travaglio spontaneo fino a 41 settimane

- Riduzione della probabilità di successo dopo 41 settimane;
- Monitoraggio CTG a 39, 40 e 40+3 gg;
- Visita a 40 settimane per valutazione situazione locale e indicazioni alla donna in caso di mancato inizio spontaneo del travaglio (discutere ricovero a 41 settimane per taglio cesareo elettivo);
- Non è prevista l'induzione del travaglio con prostaglandine;
- Da valutare l'induzione con "cervical ripening balloon" se disponibile.

7.2.2 Assistenza al travaglio

- Posizionare ago cannula all'inizio del travaglio;
- Allertare anestesista;
- Monitoraggio CTG continuo in travaglio;
- È consentito alla donna di bere liquidi non gassati durante il travaglio in limitata quantità, mentre sono sconsigliati i cibi solidi;
- Preparare sala operatoria (viene considerato adeguato un tempo fino a 30 minuti tra decisione ed esecuzione di una laparotomia urgente);
- Compilare partogramma per una visualizzazione immediata dell'andamento del travaglio. Nella fase attiva considerare di effettuare un taglio cesareo dopo 3 ore di mancata progressione del travaglio (dilatazione della cervice e progressione della testa fetale), in presenza di contrazioni valide. Il periodo espulsivo va gestito come in un travaglio fisiologico;
- Praticare amniorexi in caso di arresto della dilatazione come primo presidio;
- Consentito l'uso di ossitocina per il potenziamento del travaglio fino a 3-4 contrazioni ogni 10 minuti. Il rischio di rottura d'utero con l'utilizzo di ossitocina è dose-dipendente, quindi l'obiettivo è utilizzare la dose minore sufficiente ad ottenere contrazioni adeguate per ritmo e intensità;
- Consentita la partoanalgesia;

- Evitare qualunque manovra di compressione del fondo dell'utero durante il periodo espulsivo (e.g. Kristeller);
- Non disponibili dati significativi per consigliare l'episiotomia di routine;
- Eventualmente utilizzare la ventosa per agevolare il periodo espulsivo se situazione locale permittente.

7.2.3 Complicanze in travaglio

Sospetto di rottura d'utero.

7.2.3.1 Diagnosi

1. Alterazioni del CTG;
2. Dolore addominale importante, specie se permanente tra una contrazione e la successiva;
3. Dolore polmonare o scapolare, con comparsa di respiro frequente e superficiale;
4. Insorgenza di dolore acuto in corrispondenza della cicatrice uterina;
5. Anomala emorragia vaginale od ematuria;
6. Cessazione di un'attività uterina, precedentemente efficiente;
7. Tachicardia severa materna, con ipotensione o shock;
8. Impossibilità di valutare la parte presentata.

7.2.3.2 Management

- Attivare anestesista e neonatologo;
- Sospendere infusione ossitocica se in corso;
- Richiedere sangue;
- Trasferire la donna in sala operatoria.

Le competenze organizzative relative alla procedura vengono indicate nell' allegato B.

8. RESPONSABILITA'

	Ginecologo	CPS Infermiere	CPS Ostetrica	Anestesista
Appuntamento ambulatorio		**R**		
Visita, informazione, consenso, richiesta esami	**R**			
Prelievo esami preoperatori, ECG	I	**R**		I
Monitoraggio CTG ambulatoriale	**R**		C	
Consulenza anestesiologica	I			**R**
Ricovero	**R**	C	C	I
Assistenza travaglio	**R**	C	C	
Partoanalgesia	C			**R**
Gestione complicanze	**R**	C	C	C
Post-partum	I	C	**R**	
Perperio	I	C	**R**	
Dimissione	**R**		I	

R = **R**esponsabile; **C** = **C**oinvolto; **I**= **I**nformato.

9. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE

La presente documentazione deve essere disponibile in forma cartacea presso tutte le UU.OO. coinvolte, in formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Qualità, Certificazione e Sicurezza delle Cure-Risk Management.

10. REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E RIMOZIONE DELLE COPIE OBSOLETE

La presente documentazione sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornata in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

11.CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita	100%	Direttore U.O.
Documentazione correttamente archiviata	100%	CPSE
Disponibilità della documentazione nei luoghi ove la documentazione stessa deve essere applicata.	100%	CPSE
VBAC/TC con indicazione pregresso TC	12%	Direttore U.O.
VBAC/TOLAC (travaglio di prova)	70%	Direttore U.O.

12.ALLEGATI

12.1	Allegato A	Informazioni e consenso per il parto alla paziente gravida con pregresso Taglio Cesareo
12.2	Allegato B	Competenze organizzative
12,3	Allegato C	Gestione pazienti con 2 pregressi TC

12.1 Allegato A

Informazioni e consenso per il parto alla paziente gravida con pregresso Taglio Cesareo

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

REGIONE LAZIO

UOC Ostetricia e Ginecologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Salerno

Informazioni per il parto
alla paziente gravida con pregresso Taglio Cesareo

Gentile Signora.....,

In passato lei ha partorito mediante taglio cesareo (TC). Questa condizione non costituisce una controindicazione ad un travaglio finalizzato ad un parto vaginale ("travaglio di prova"). Il travaglio di prova esita con successo in un parto vaginale nel 70% dei casi circa.

Riteniamo pertanto corretto fornirle una serie di informazioni, desumibili dalla Letteratura e dalle Linee Guida delle principali Società di Ostetricia e Ginecologia Nazionali ed Internazionali, affinché Lei abbia tutti gli strumenti per scegliere la modalità del prossimo parto.

Queste informazioni sono sintetizzate di seguito e lei potrà leggerle e poi discutere con il medico/ostetrica qualunque dubbio o perplessità.

Di seguito sono elencati vantaggi e svantaggi del taglio cesareo ripetuto e del travaglio di prova, e i criteri che utilizziamo nella nostra struttura per considerare una paziente idonea ad un travaglio di prova, nella condizione di massima sicurezza per la madre e per il nascituro.

Svantaggi del taglio cesareo (TC) ripetuto

Espletare un parto mediante taglio cesareo dopo un precedente cesareo non è privo di rischi e di svantaggi, che possono essere così riassunti:

- Intervento chirurgico più lungo e probabilmente più difficile: a causa delle cicatrici e delle possibili aderenze un taglio cesareo ripetuto in genere dura di più, può essere più difficile da eseguire e, seppur raramente, può causare danni all'intestino o alla vescica.
- Maggiori possibilità di incidenti trombo-embolici. (0.4 per 1000 nel parto vaginale e 1 per 1000 nel TC ripetuto)
- Ripresa fisica più lenta rispetto al parto vaginale: la degenza in ospedale può essere più lunga e può rendersi necessario un aiuto al rientro a domicilio.
- Necessità di ulteriori tagli cesarei in gravidanze successive. Inoltre ad ogni taglio cesareo si forma sempre più tessuto cicatriziale e questo aumenta la possibilità che la placenta si sviluppi troppo in basso (placenta previa) o all'interno del muscolo uterino rendendone la separazione, al momento del cesareo, molto difficoltosa (placenta accreta). Questa ultima complicazione, che aumenta con l'aumento del numero di cesarei e dell'età materna, può determinare notevoli perdite di sangue e rendere necessario asportare l'utero (isterectomia).
- Il rischio di placenta previa, che di base è di circa 0,3-1 per 100 gravidanze, raddoppia dopo un taglio cesareo e quadruplica dopo 2 tagli cesarei (fino a 4 casi per 100 gravidanze). La grave patologia della placenta accreta, che di base è di circa 0,5-1 per 1000 gravidanze, aumenta notevolmente dopo 2 TC a circa 1%.

- Maggior rischio di gravidanza ectopica sulla pregressa cicatrice del cesareo nelle gravidanze successive (rischio stimato di 1 su 1.800 gravidanze con pregresso TC).

Vantaggi del parto per via vaginale (PV)

Per contro i vantaggi di un parto espletato per via vaginale sono i seguenti:

- Evento nascita più fisiologico e naturale e più soddisfacente per la mamma
- Maggiori probabilità di parti non complicati nelle future gravidanze
- Minor dolore addominale dopo il parto
- Ripresa fisica più rapida e minor durata della degenza ospedaliera
- Vicinanza continua mamma-bambino e miglior adattamento post-natale
- Possibilità per il padre di assistere al parto

Svantaggi del parto per via vaginale (PV)

Il timore principale durante un travaglio di parto nella paziente che è stata sottoposta a precedente taglio cesareo e' quello di una possibile rottura d'utero che, negli studi disponibili in letteratura, si presenta con una frequenza dello 0.3%-0.8%, nei casi di incisione trasversa sul segmento uterino inferiore nel precedente TC.

E' corretto dire che questo evento può verificarsi anche durante parti vaginali senza pregressi Tagli Cesarei, con una frequenza descritta dello 0.1% - 0.2%.

Il rischio di morte fetale è estremamente basso, tuttavia è superiore nelle donne che affrontano un travaglio di prova (circa 0.5 per 1.000 parti) rispetto a quelle vengono sottoposte a Taglio Cesareo elettivo (circa 0.3 per 1.000 parti).

Vantaggi del Taglio Cesareo (TC) ripetuto

- Conoscere, con buona probabilità, la data esatta del parto
- Minor rischio di rottura d'utero
- Minor rischio di asfissia perinatale (ridotta ossigenazione cerebrale durante il parto) che è segnalato in circa 1 caso su 2000 nati da parto vaginale
- Minor rischio della distocia delle spalle(difficoltà ad estrarre le spalle del bambino dopo l'espulsione della testa)

Controindicazioni al parto per via vaginale (PV)

Ci sono casi in cui i rischi correlati a un travaglio di prova aumentano in modo significativo; in queste situazioni è da preferire l'opzione del TC ripetuto:

- Paziente che sia già stata sottoposta a più di 2 tagli cesarei
- Pregressa rottura d'utero in corso di precedente travaglio
- Pregressa incisione non trasversale sull'utero (per TC o Miomectomia o Altro)
- Altre condizioni della gravidanza che costituiscano indicazione assoluta al TC(es. presentazione podalica)
- Peso neonatale stimato superiore a 4000 grammi.
- Gravidanza plurima

Condizioni che aumentano le probabilità di successo del travaglio di prova:

- Età inferiore ai 40 anni
- Precedente parto per via vaginale (ancor più se il precedente parto per via vaginale è avvenuto dopo un pregresso taglio cesareo)
- Presenza di condizioni favorevoli della cervice uterina

- Non ricorrenza dell'indicazione clinica al precedente taglio cesareo
- Travaglio di parto insorto spontaneamente

Condizioni che riducono le probabilità di successo del travaglio di prova:

- Epoca gestazionale superiore a 41 settimane
- Obesità materna
- Età superiore ai 40 anni

Intervallo di tempo dal precedente taglio cesareo

Un dato che ricorre in Letteratura indica una maggior frequenza di rottura d'utero quando il travaglio di prova si realizza in epoca vicina al taglio cesareo, ovvero entro i 12-18 mesi dallo stesso. Quindi consideriamo adeguato un intervallo di tempo di 18 mesi tra il taglio cesareo pregresso ed il parto.

Induzione del travaglio

L'utilizzo delle prostaglandine per l'induzione del travaglio nelle donne con pregresso taglio cesareo è discusso in letteratura e i risultati sono discordanti. Poiché molti studi dimostrano un aumento del rischio di rottura d'utero in caso di induzione con prostaglandine circa 3 volte superiore rispetto al travaglio spontaneo, si preferisce non ricorrervi.

Uso dell'ossitocina in travaglio - "Augmentation" ossitocica

E' possibile in corso di travaglio dopo pregresso taglio cesareo somministrare ossitocina per aumentare o regolarizzare l' attività contrattile uterina.

Anche tale pratica comporta un lieve aumento del rischio di rottura d'utero, ma può essere necessaria soprattutto quando si attua analgesia in travaglio.

Partoanalgesia

Non esistono controindicazioni specifiche per l'attuazione di un'analgesia in travaglio di parto dopo pregresso taglio cesareo (a meno che non siano presenti controindicazioni per questa terapia antalgica).

Monitoraggio materno-fetale

Per motivi di sicurezza sarà necessario in corso di travaglio mantenere un monitoraggio cardiotocografico continuo.

Per motivi analoghi e' opportuno applicarle un ago-cannula ad inizio travaglio.

Per aumentare la sicurezza ed affrontare con maggior tempestività eventuali complicanze emorragiche durante e dopo il parto, si suggerisce di effettuare un prelievo per il gruppo sanguigno nella nostra struttura in gravidanza.

Parto vaginale operativo

E' possibile che in corso di travaglio vaginale dopo pregresso taglio cesareo, per agevolare il periodo espulsivo ed evitare prolungate spinte materne, possa rendersi utile l'uso di ventosa ostetrica per agevolare il periodo espulsivo.

Nella nostra unità operativa sono disponibili i presidi che consentono di adire ad un travaglio di prova in condizioni di sicurezza e cioè:

- Disponibilità immediata di sala operatoria ed equipe chirurgica
- Disponibilità di sangue e derivati immediatamente reperibili in urgenza
- Disponibilità di terapia intensiva neonatale

Di seguito riportiamo una tabella in cui i rischi collegati alle due procedure vengono confrontati e quantificati, per una valutazione più immediata.

Delle 1000 donne che programmano un parto dopo taglio cesareo	Delle 1000 donne che programmano un taglio cesareo ripetuto
8,5 su 1000 sviluppano una infezione dopo il parto (non comune)	20 su 1000 hanno un'infezione dopo il parto (comune)
6 su 1000 necessitano di una trasfusione dopo il parto (non comune)	5 su 1000 necessitano di una trasfusione di sangue dopo il parto (non comune)
0,25 su 1000 necessitano di una isterectomia (asportazione dell'utero) dopo il parto (raro)	1 su 1000 necessita di una isterectomia (asportazione dell'utero) dopo il parto (non comune)
4 su 1000 hanno un bambino che presenta problemi respiratori dopo il parto (non comune)	7 su 1000 hanno un bambino che presenta problemi respiratori dopo il parto (non comune)
0,8 su 1000 hanno un bambino che presenta problemi permanenti o muore durante o dopo il parto (raro)	0,4 su 1000 hanno un bambino che presenta problemi permanenti o muore durante o dopo il parto (raro)

Valore del rischio

Probabilità evento	Incidenza
Comune	da 1 su 10 a 1 su 100
Non comune	da 1 su 100 a 1 su 1000
Raro	da 1 su 1000 a 1 su 10.000
Molto raro	da 1 su 10.000 a 1 su 100.000

scelta della modalità di parto dopo pregresso taglio cesareo

Valutazione dei rischi tra VBAC e TC ripetuto

		Discusso
Il successo di un VBAC (dopo un precedente parto cesareo, senza precedente parto vaginale)	3 su 4 (72-75%)	☐
Il successo di un VBAC (dopo un precedente parto cesareo con precedente parto vaginale)	9 su 10 (85-90%)	☐
La non riuscita di un VBAC è più probabile in presenza di:	Parto indotto, indice di massa corporea superiore a 30, precedente cesareo eseguito per distocia in travaglio, nessun precedente parto vaginale. Quando sono presenti tutti questi fattori il tasso di successo è del 40%	☐

Probabilità di	VBAC	TC ripetuto	
Rottura d'utero	5 su 1000 (0,5%)	meno di 2 su 10.000 (0,02%)	☐
Trasfusioni di sangue	2 su 100 (2%)	1 su 100 (1%)	☐
Complicazioni per future gravidanze		↑↑ previa/accreta	☐
Mortalità materna	4 su 100.000 (0,004%)	13 su 100.000 (0,013%)	☐
Transitoria morbilità respiratoria	2-3 su 100 (2-3%)	4-6 su 100 (4-6%) Il rischio è ridotto dopo profilassi con corticosteroidi ma questi potrebbero aumentare la morbilità a lungo termine	☐
Morte fetale in utero in attesa del parto dopo la 39ª settimana	10 su 10.000 (0,1%)	non applicabile	☐
Encefalopatia ipossico-ischemica	8 per 10.000 (0,08%)	inf a 1 su 10.000 (0,01%)	☐

Modalità di gestione del travaglio

Monitoraggio CTG dall'inizio di contrazioni regolari	☐
Utilità di un accesso intravenoso	☐
Uso dell'ossitocina in travaglio	☐
Uso della peridurale in travaglio	☐

Annotazioni:

Questi argomenti sono stati discussi in data ..... con il dott. .....

Firma della gestante:	Firma del medico:

BIBLIOGRAFIA

RCOG Green top Guideline No. 45, 2015. Birth After Previous Caesarean Birth

ACOG practice bulletin clinical management guidelines for obstetrician gynecologists. "Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery." No 54, July 2004

Dodd JM, Crowther CA. Elective repeat caesarean section versus induction of labour for women with a previous caesarean birth (Review) The Cochrane Library 2008, Issue 1

Guidelines for Vaginal Birth After Previous Caesarean Birth. SOGC Clinical Guidelines. N. 155 (Replaces guideline No. 147). February 2005

American Academy of Family Physicians. Trial of labor versus elective repeat caesarean section for the woman with a previous caesarean section. AAFP Policy Action, 2005

National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Vaginal Birth After Cesarean. New Insights March 8–10, 2010
Obstet Gynecol. 115,6:1279 1295
- SNLG-ISS: Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. Linea guida 22 - gennaio 2012 http://www.snlg.iss.it

CONSENSO

Ho letto e compreso le informazioni riguardanti il parto dopo un pregresso taglio cesareo.
Ho ricevuto risposte esaurienti a tutte le mie domande dal medico che mi ha informato.
Decido pertanto:

☐ Di voler effettuare un travaglio di prova e quindi di attendere l'insorgenza spontanea del travaglio fino a 41 settimane compiute di età gestazionale, in assenza di altre controindicazioni ostetriche. Qualora il travaglio non insorga spontaneamente verrò sottoposta a taglio cesareo elettivo.

☐ Di voler programmare un taglio cesareo elettivo dopo le 39 settimane compiute di età gestazionale. Tuttavia, qualora il travaglio insorgesse spontaneamente prima della data prevista per l'intervento, accetto di effettuare un travaglio di prova per provare a partorire spontaneamente

☐ Di voler programmare un taglio cesareo elettivo a 39 settimane compiute di età gestazionale e di voler comunque essere sottoposta a taglio cesareo anche in caso di insorgenza spontanea del travaglio prima della data prevista per l'intervento. Ho compreso che in caso di travaglio avanzato con impegno della testa fetale potrebbe non essere opportuno effettuare il taglio cesareo

Roma, Data .....

Medico Ginecologo (Nome, Cognome, Firma leggibile)

.....

Paziente Gestante (Nome, Cognome, Firma leggibile)

.....

Testimone (Nome, Cognome, Firma leggibile)

.....

12.2 Allegato B

Competenze organizzative

Presa in carico della paziente:

- Ambulatorio: donne seguite presso l'ambulatorio generale o l'ambulatorio di patologia ostetrica oppure inviate dai servizi del territorio o dal ginecologo curante. (impegnativa per "visita ostetrica". In caso di età gestazionale avanzata potranno chiamare direttamente l'ambulatorio della maternità per l'appuntamento al n° 0658704234 - responsabili gli infermieri dell'ambulatorio). Il medico dell'ambulatorio valuterà elegibilità e fornirà informazioni e modulo del consenso informato. Invierà le pazienti all'anestesista per compilazione cartella anestesiologica. Prescriverà gli esami necessari. Programmerà le visite successive. Nell'ultima visita verrà programmato il ricovero a 41 sett. in caso di mancato inizio di un travaglio spontaneo e verrà compilata una apposita richiesta su foglio di ricettario bianco;

- Pronto soccorso, reparto, sala parto: il medico di guardia o di reparto espleterà le procedure previste nella presa in carico e nel counselling delle pazienti che rispondano ai criteri di inclusione. Verranno effettuati inoltre i prelievi in emergenza per gli esami di routine qualora non siano stati effettuati dalla paziente entro i 30 giorni precedenti (Check effettuato da infermieri di PS, reparto o sala parto).

Monitoraggio a termine

CTG a 39, 40 e 40+3gg presso ambulatorio cardiotocografia. Appuntamento preso presso lo stesso ambulatorio con 3 impegnative per "monitoraggio CTG" con esenzione M39, M40, M41. Effettuati dall'ostetrica dell'ambulatorio CTG e refertati dal medico di PS.

Ricovero a 41 settimane

Tramite PS. Se non inizia il travaglio spontaneo, programmare TC a 41 + 2 (tentare prima induzione del travaglio con scollamento delle membrane o cervical ripening ballon se disponibile)

Gestione del travaglio

Responsabili medico e ostetrica sala parto. Possibilmente identificare un'ostetrica deputata a seguire il travaglio, al controllo del monitoraggio CTG e alla compilazione del partogramma. Il medico di sala parto deve assicurarsi che sia allestita la sala operatoria e avvisato l'anestesista. In caso di cambio turno va garantito un accurato scambio delle consegne riguardanti il decorso clinico. L'infermiere della sala parto è responsabile dell'inserimento di un'ago cannula all'inizio del travaglio e della somministrazione di farmaci prescritti dal medico; deve inoltre controllare che siano disponibili gli esami necessari, il gruppo sanguigno e l'ECG. In caso contrario vanno effettuati gli esami mancanti in emergenza.

In qualunque emergenza solo il medico deciderà la procedura da seguire e darà indicazioni chiare su ciò che deve essere fatto in relazione all'evento che si verifica.

Post partum

L'ostetrica della sala parto è responsabile del controllo della paziente nel post partum e del controllo delle perdite ematiche. La paziente verrà inviata in reparto dopo 2 ore dal parto in assenza di complicanze (emorragia, atonia). In caso contrario verranno immediatamente avvisati medico di guardia e anestesista.

Puerperio

In assenza di complicanze il puerperio e l'allattamento saranno gestiti come per il parto spontaneo

Dimissione

Dopo 48/72 ore in base alle condizioni cliniche.

Allegato C

VBAC dopo 2 pregressi tagli cesarei

La presenza di due pregressi tagli cesarei aumenta il rischio di rottura d'utero con una frequenza riportata compresa tra 0 e 5,4%. La percentuale di successo si attesta intorno al 70%. Un precedente parto vaginale costituisce un fattore protettivo nei confronti della rottura d'utero.
L'ACOG propone di offrire il travaglio di prova solo alle pazienti che abbiano espletato un parto per via vaginale oltre ai due pregressi tagli cesarei.

In considerazione di quanto detto, nella nostra unità operativa siamo orientati ad assecondare il desiderio delle pazienti che vogliono un travaglio di prova dopo due pregressi tagli cesarei, naturalmente dopo aver considerato tutte le controindicazioni assolute e relative già espresse per il l'ammissione al travaglio di prova dopo un solo taglio cesareo.

Nei casi giudicati idonei, la procedura prevede attesa fino a 41 settimane. In assenza di travaglio spontaneo verrà effettuato il taglio cesareo, senza induzione meccanica.
Per quando riguarda l'utilizzo dell'ossitocina per il potenziamento del travaglio, non ci sono controindicazioni assolute ma andrà valutato di volta in volta in relazione al caso clinico, utilizzando comunque il regime a basse dosi.

La gestione del travaglio sarà analoga a quella esposta per un solo pregresso taglio cesareo.