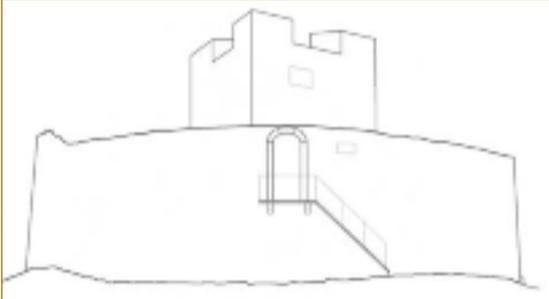


Congressi convegni  Tutti i congressi su [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)

**SAVE THE DATE** Evoluzione dei controlli in gravidanza  
Ospedale di San Polo, Monfalcone (Go) - 22 ottobre 2011

**Congresso Regionale AOGOI  
del Friuli Venezia Giulia**



**Evoluzione  
dei controlli  
in gravidanza**

**22 ottobre 2011  
Ospedale di San Polo  
Monfalcone (Go)**



**PROGRAMMA**

**Iª Sessione**

Moderatori: *Antonio Chiantera - Tiziano Maggino*

Le linee guida del Ministero della salute sulla "Gravidanza fisiologica" (*Lorenza Driul*)

La gestione della gravidanza fisiologica secondo l'accordo sul percorso nascita (*Simona Melazzini*)

Integrazione delle figure professionali nella gestione della gravidanza e parto fisiologici:  
Il punto di vista del medico (*Giuseppe Ettore*)

Il punto di vista dell'ostetrica (*Antonella Marchi*)

**IIª Sessione**

Tavola rotonda: Proposte per la "cartella unica di gestione integrata della gravidanza"

Conduce: *Carmine Gigli*

Partecipano: *Valter Adamo, Giovanni Del Frate, Giuseppe Ettore, Anna Ferrante, Diego Marchesoni, Antonella Marchi, Carlo Zompicchiatti*

**IIIª Sessione**

Moderatori: *Attilio D'Atri - Silvio Giove*

La supplementazione con folati in gravidanza (*Vesna Cescutti*)

La qualità dei prodotti detergenti per la gravida (*Roberta Giornelli*)

Presentazione dell'Associazione Italiana di Ostetricia (A.I.O.) (*Antonella Marchi*)

**COMITATO SCIENTIFICO**

V. Adamo - Pordenone  
D. Bassini - Tolmezzo (UD)  
E. Campagnutta - Aviano (PN)  
A. D'Atri - Monfalcone (GO)  
G. Del Frate - S. Daniele del Friuli (UD)  
S. Giove - San Vito al Tagliamento (PN)  
C. Zompicchiatti - Palmanova (UD)

**DIRETTORE SCIENTIFICO:**

Dott. Carmine Gigli [carminegigli@tin.it](mailto:carminegigli@tin.it)  
Segretario regionale AOGOI  
Via dei Piccardi, 70 - 34170 Trieste

**SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:**

THE OFFICE [aogoi@theoffice.it](mailto:aogoi@theoffice.it)  
Via S. Nicolò, 14 - 34121 Trieste  
Tel. 040 368343, Fax 040 368808

La scheda di iscrizione può essere scaricata dal sito [www.theoffice.it/aogoi2011](http://www.theoffice.it/aogoi2011)

Con il patrocinio del Collegio dei Primari di Ostetricia e Ginecologia del Triveneto

Si ringraziano le ditte:  
Rottapharm, Ferring e Gedeon Richter

► Segue da pagina 15

**Ecco il secondo documento dell'Iss**

**III B** In caso di anomalie sospette del tracciato cardiocografico, in assenza di controindicazioni e ove tecnicamente realizzabile, è raccomandato valutare l'utilizzo di altre tecniche diagnostiche integrative (test di Clark, prelievo di sangue dallo scalpo fetale) prima di procedere con un taglio cesareo d'urgenza.

**IB** In presenza di decelerazioni variabili ripetitive è raccomandato valutare l'utilizzo dell'amnioinfusione per ridurre l'ipossia e il ricorso al taglio cesareo d'urgenza.

**ANALGESIA PERI-MIDOLLARE DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO**

**ID** Le donne devono essere informate che, durante l'assistenza intrapartum, non è stata dimostrata una correlazione tra l'analgesia peri-midollare durante il travaglio e la probabilità del taglio cesareo. Tuttavia tale procedura potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

**IMMERSIONE IN ACQUA DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO**

**ID** Le donne devono essere informate che, durante l'assistenza intrapartum, non è stata dimostrata una correlazione tra l'immersione in acqua durante il travaglio e la probabilità del taglio cesareo. Tuttavia tale procedura potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

**POSIZIONE E MOBILITÀ DELLA DONNA DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO**

**ID** Le donne devono essere informate che, durante l'assistenza intrapartum, non è stata dimostrata una correlazione tra la posizione e la mobilità della donna e la probabilità del taglio cesareo. Tuttavia la posizione e la mobilità della donna potrebbero avere un'influenza su altri esiti

che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

**AMNIOTOMIA PRECOCE**

**ID** L'amniotomia precoce non è raccomandata per ridurre l'incidenza di tagli cesarei da distocia. Tuttavia tale procedura potrebbe avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

**TERAPIE COMPLEMENTARI DURANTE IL TRAVAGLIO DI PARTO**

**ID** Non sono disponibili prove di efficacia conclusive per raccomandare alcuna delle terapie complementari prese in esame al fine di ridurre il tasso di taglio cesareo. Tuttavia tali procedure potrebbero avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo di questa linea guida.

**Quesito 16** - Informare le gestanti che hanno effettuato un pregresso taglio cesareo circa la possibilità di accedere a un travaglio nei diversi luoghi del parto (ospedale, casa di cura accreditata e non, casa del parto, domicilio) può essere utile per favorire scelte consapevoli?

**Quesito 17** - Quali sono i potenziali benefici e danni per la salute materna e fetale associati al travaglio (insorto spontaneamente o indotto) dopo pregresso taglio cesareo?

**Quesito 18** - Esistono criteri accurati di predizione dei rischi materno-fetali associati al travaglio dopo pregresso taglio cesareo?

**Quesito 19** - Quali sono le informazioni da fornire alle donne in stato di gravidanza che vogliono avere un parto vaginale dopo pregresso taglio cesareo?

**Quesito 20** - Quali sono le informazioni da fornire alle donne in stato di gravidanza che vogliono avere un parto vaginale dopo aver avuto sia un taglio cesareo sia un parto vaginale?

**Quesito 21** - Quali sono i requisiti assistenziali e clinico-

organizzativi in grado di garantire la sicurezza del travaglio dopo pregresso taglio cesareo?

**I** Sulla base delle prove scientifiche disponibili, sottoporre la donna a tagli cesarei ripetuti aumenta la morbosità e la mortalità materne e perinatali.

**IA** L'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche e in presenza di un'organizzazione assistenziale adeguata, deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo.

**BPC** In relazione all'aumentato rischio assoluto di rottura d'utero, la possibilità di un parto vaginale dopo taglio cesareo è controindicata in caso di pregressa rottura d'utero, regressa incisione uterina longitudinale e in caso di tre o più tagli cesarei precedenti.

**BPC** Alle donne che hanno già partorito mediante taglio cesareo deve essere garantita un'adeguata sorveglianza clinica e un monitoraggio elettronico fetale continuo nella fase attiva del travaglio. La struttura sanitaria deve assicurare l'accesso immediato alla sala operatoria e alla rianimazione e la pronta disponibilità di emotrasfusioni, nell'eventualità di un taglio cesareo d'urgenza.

**BPC** È necessario che i professionisti sanitari forniscano alla donna con pregresso taglio cesareo informazioni rispetto alla probabilità di partorire per via vaginale in base alla sua storia clinica e in base alla casistica della struttura ospedaliera.

**BPC** In aggiunta alle informazioni cliniche sulle modalità di parto, è necessario fornire alle donne con pregresso taglio cesareo indicazioni relative alle caratteristiche e all'organizzazione della struttura e informazioni specifiche sulle modalità assistenziali in uso (induzione del travaglio, utilizzo di ossitocina, uso di parto-analgesia, uso del parto operativo vaginale profilattico), in quanto tali aspetti possono condizionare gli esiti relativi alla salute materna e feto-neo natale.

**Il testo del documento è disponibile su [www.aogoi.it](http://www.aogoi.it)**