



AZIENDA SOCIO-SANITARIA TERRITORIALE DELLA VALCAMONICA

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente determinazione è stata pubblicata nei modi di legge dal 09/09/2019

Breno, 09/09/2019

Il presente atto è composto da n. 20 pagine

(VENTI)

DETERMINAZIONE N. 154 DEL 9.9.2019

**ADOTTATA DAL DIRIGENTE RESPONSABILE
DELL'AREA GESTIONE RISORSE MATERIALI
AI SENSI DEL DECRETO DEL DIRETTORE GENERALE - ASST DELLA VALCAMONICA
N.438 DEL 30.4.2019**

(Tit. di class. 1.1.02)

OGGETTO: Affidamento del servizio di traduzione di n.7 moduli per l'UOC di Ostetricia e Ginecologia dell'ASST della Valcamonica, mediante affidamento diretto ai sensi dell'art.36 co.2 lettera a) del D.Lgs.50/2016 e smi.

CIG: Z932490024



IL DIRIGENTE RESPONSABILE

PREMESSO che:

- con decreto n.881/2018 si è affidato alla Eurostreet Società Cooperativa di Biella il servizio di mediazione linguistico culturale per l'ASST della Valcamonica, per il periodo 1.9.2018-31.8.2020;

- il servizio prevede la possibilità di usufruire del servizio di traduzione testi, anche se non computati all'interno dell'impegno di spesa del decreto, in quanto dipendenti da necessità specifiche e quantificabili economicamente solamente attraverso il calcolo del numero di "cartelle" che necessitano di essere tradotte;

VISTA la mail ricevuta in data 6.9.2019 da parte del Direttore ff della DMP Dr.ssa Silvia Brasa, agli atti, tramite la quale viene confermata ed autorizzata la necessità della traduzione di n.7 moduli utilizzati all'interno dell'UOC di Ostetricia e Ginecologia, in n.3 lingue (inglese, francese e arabo);

CONSIDERATO che:

- le disposizioni legislative che attualmente disciplinano le procedure alle quali le Aziende Sanitarie del SSR devono attenersi nella scelta dei soggetti cui affidare la fornitura di beni e l'appalto di servizi sono stabilite dalla normativa di seguito riportata:

- acquisto di beni ed appalto di servizi di valore superiore alla soglia comunitaria, fissata in € 221.000,00 al netto di IVA: procedura ad evidenza pubblica, in applicazione del D.Lgs n.50/2016;
- per affidamenti di importo pari o superiore a € 40.000,00 al netto di IVA e inferiori alla soglia comunitaria le Stazioni Appaltanti procedono mediante procedura negoziata, previa consultazione, ove esistenti, di almeno cinque operatori economici individuati sulla base di indagini di mercato o tramite elenchi di operatori economici, nel rispetto di un criterio di rotazione degli inviti;
- per affidamenti di importo inferiore a € 40.000,00 al netto di IVA, le Stazioni Appaltanti procedono mediante affidamento diretto, adeguatamente motivato, ai sensi dell'art.36 co.2 lett.a) del D.Lgs 50/2016;

- per quanto riguarda l'art.26 c.1 della legge 488/1999 si evidenzia che nessuna Convenzione Consip risulta attualmente attivata per i beni in argomento, così come nessuna delle iniziative attivate dall'Agenzia Regionale Centrale Acquisti (ARCA) è attinente l'oggetto del presente provvedimento;

VISTI:

- l'offerta allegata, registrata in data 5.8.2019 al prot. ASST n.14473/19, da parte della Eurostreet Società Cooperativa, per il servizio di traduzione dei 7 moduli di cui in oggetto;

- la proposta del Responsabile del procedimento a seguito di formale istruttoria;

RITENUTO pertanto di procedere all'affidamento di tale servizio alla ditta di cui sopra, attuale fornitrice del servizio di mediazione linguistico culturale per l'ASST della Valcamonica;

ACQUISITO il parere tecnico favorevole del Responsabile del procedimento, nonché l'attestazione del Direttore dell'Area gestione delle risorse finanziarie, circa la registrazione contabile;

D E T E R M I N A

per le ragioni espresse in premessa:

1 - di affidare il servizio di traduzione di n.7 moduli per l'UOC di Ostetricia e Ginecologia dell'ASST della Valcamonica alla Eurostreet Società Cooperativa di Biella, alle condizioni descritte



nella tabella sotto riportata e nell'offerta che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale:

FILE	OGGETTO	LINGUA	N. CARTELLE (1 cartella = n.1500 battute, comprese di caratteri + spazi)	IMPORTO A SINGOLA CARTELLA	TOT IVA ESCLUSA	TOT IVA ESCLUSA
S DMI 006	Manifestazione di volontà della donna sullo screening per anomalie cromosomiche	inglese	2,2	€ 16,00	€ 35,20	€ 140,80
		francese		€ 18,00	€ 39,60	
		arabo		€ 30,00	€ 66,00	
S OST 017BA	Informativa induzione del travaglio di parto	inglese	4,5	€ 16,00	€ 72,00	€ 288,00
		francese		€ 18,00	€ 81,00	
		arabo		€ 30,00	€ 135,00	
S OST 017H	Informativa assistenza al travaglio di parto	inglese	7,5	€ 16,00	€ 120,00	€ 480,00
		francese		€ 18,00	€ 135,00	
		arabo		€ 30,00	€ 225,00	
S OST 017I	Informativa taglio cesareo elettivo	inglese	5,5	€ 16,00	€ 88,00	€ 352,00
		francese		€ 18,00	€ 99,00	
		arabo		€ 30,00	€ 165,00	
S OST 017N	Informativa sull'intervento di sterilizzazione tubarica	inglese	4,5	€ 16,00	€ 72,00	€ 288,00
		francese		€ 18,00	€ 81,00	
		arabo		€ 30,00	€ 135,00	
S OST 017V	Informativa taglio di parto in pz sottoposta a pregresso taglio cesareo	inglese	4,8	€ 16,00	€ 76,80	€ 307,20
		francese		€ 18,00	€ 86,40	
		arabo		€ 30,00	€ 144,00	
S OST 017Z	Informativa ecografia ostetrica del II trimestre (19-22 settimane)	inglese	4,8	€ 16,00	€ 76,80	€ 307,20
		francese		€ 18,00	€ 86,40	
		arabo		€ 30,00	€ 144,00	
TOTALE iva esclusa						€ 2.163,20
CON SCONTO OFFERTO DALLA DITTA DEL 4,78% iva esclusa						€ 2.060,00
TOTALE iva compresa al 22%						€ 2.513,20

2 - che il costo derivante dal presente provvedimento pari a € 2.513,20 (di cui € 453,20 per IVA al 22%) trova copertura nel bilancio economico di previsione gestione ospedale per l'esercizio 2019, con registrazione al conto economico codice 458150 "Servizio Mediazione Linguistico Culturale". Il conto presenta la necessaria disponibilità mediante riduzione del medesimo importo dall'impegno di spesa assunto con decreto n.881/2018;

3 - di nominare ai sensi dell'art.31 del D.Lgs.50/2016 quale Responsabile Unico del Procedimento (RUP) l'Ing. Francesco Mazzoli direttore dell'AGRM e ai sensi dell'art.101 del D.Lgs.50/2016 quale Direttore di Esecuzione del Contratto (DEC) la Dr.ssa Iolanda Fedriga Coordinatore Infermieristico dell'UOC Ostetricia e Ginecologia;

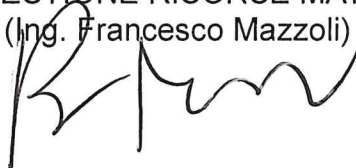
4 - che il centro di costo relativo al presente provvedimento viene identificato al codice 3130001 "Costi Comuni Aziendali";

5 - di disporre, a cura dell'Area Gestione delle Relazioni, la pubblicazione all'Albo on-line - sezione pubblicità legale ASST - ai sensi dell'art.17, co.6, della LR 33/2009 e dell'art.32 della L. n.69/2009;

6 - di trasmettere il presente provvedimento al Collegio Sindacale per i conseguenti controlli previsti dalla normativa vigente.



IL DIRETTORE
AREA GESTIONE RISORSE MATERIALI
(Ing. Francesco Mazzoli)



Oggetto: INVIO PREVENTIVO RICHIESTO

Mittente: <info@eurostreet.it>

Data: 05/08/2019 10:06

A: <economato@asst-valcamonica.it>

pt 14473/19
del 5.8.2019
class 1.6.3

ALLEGATO ALLA DETERMINAZIONE
N. 154 del 09/09/2019

Gentile dott.ssa Lascioli,

come da Lei richiesto tramite email del 02.08.2019, Le comunichiamo che :

1) il costo complessivo per il lavoro di traduzione del documento
"sdmi006_manifestazione_volontà_00"

dall'ITALIANO alle 3 lingue **INGLESE / FRANCESE / ARABO**

è il seguente:

INGLESE n° 2,2 cartelle x € 16,0 cartella = Euro 35,20 + IVA

FRANCESE n° 2,2 cartelle x € 18,0 cartella = Euro 39,60 + IVA

ARABO n° 2,2 cartelle x € 30,0 cartella = Euro 66,00 + IVA

per un totale di Euro 140,80 + IVA al 22%

2) il costo complessivo per il lavoro di traduzione del documento
"sost017ba_induzione_01"

dall'ITALIANO alle 3 lingue **INGLESE / FRANCESE / ARABO**

è il seguente:

INGLESE n° 4,5 cartelle x € 16,0 cartella = Euro 72,00 + IVA

FRANCESE n° 4,5 cartelle x € 18,0 cartella = Euro 81,00 + IVA

ARABO n° 4,5 cartelle x € 30,0 cartella = Euro 135,00 + IVA

per un totale di Euro 288,00 + IVA al 22%

3) il costo complessivo per il lavoro di traduzione del documento
"sost017h_assistenza_travaglio_01"

dall'ITALIANO alle 3 lingue **INGLESE / FRANCESE / ARABO**

è il seguente:

INGLESE n° 7,5 cartelle x € 16,0 cartella = Euro 120,00 + IVA

FRANCESE n° 7,5 cartelle x € 18,0 cartella = Euro 135,00 + IVA

ARABO n° 7,5 cartelle x € 30,0 cartella = Euro 225,00 + IVA

per un totale di Euro 480,00 + IVA al 22%

4) il costo complessivo per il lavoro di traduzione del documento
"sost017i_tagliocesareo_elettivo_01"

dall'ITALIANO alle 3 lingue **INGLESE / FRANCESE / ARABO**

è il seguente:

INGLESE n° 5,5 cartelle x € 16,0 cartella = Euro 88,00 + IVA

FRANCESE n° 5,5 cartelle x € 18,0 cartella = Euro 99,00 + IVA

ARABO n° 5,5 cartelle x € 30,0 cartella = Euro 165,00 + IVA

per un totale di Euro 352,00 + IVA al 22%

5) il costo complessivo per il lavoro di traduzione del documento
"sost017n_sterilizz_tubarica_03"

dall'ITALIANO alle 3 lingue **INGLESE / FRANCESE / ARABO**

è il seguente:

INGLESE n° 4,5 cartelle x € 16,0 cartella = Euro 72,00 + IVA

FRANCESE n° 4,5 cartelle x € 18,0 cartella = Euro 81,00 + IVA
ARABO n° 4,5 cartelle x € 30,0 cartella = Euro 135,00 + IVA
per un totale di Euro 288,00 + IVA al 22%

6) il costo complessivo per il lavoro di traduzione del documento "sost017v_vbac_01"
dall'ITALIANO alle 3 lingue **INGLESE / FRANCESE / ARABO**
è il seguente:

INGLESE n° 4,8 cartelle x € 16,0 cartella = Euro 76,80 + IVA
FRANCESE n° 4,8 cartelle x € 18,0 cartella = Euro 86,40 + IVA
ARABO n° 4,8 cartelle x € 30,0 cartella = Euro 144,00 + IVA
per un totale di Euro 307,20 + IVA al 22%

7) il costo complessivo per il lavoro di traduzione del documento
"sost017z_inf_eco_morfologica_01"
dall'ITALIANO alle 3 lingue **INGLESE / FRANCESE / ARABO**
è il seguente:

INGLESE n° 4,8 cartelle x € 16,0 cartella = Euro 76,80 + IVA
FRANCESE n° 4,8 cartelle x € 18,0 cartella = Euro 86,40 + IVA
ARABO n° 4,8 cartelle x € 30,0 cartella = Euro 144,00 + IVA
per un totale di Euro 307,20 + IVA al 22%

Per ordine unico dei 7 documenti nelle 3 lingue
il prezzo a "corpo" sarà di Euro 2.060,00 + IVA al 22%

Consegna: 4 ÷ 8 giorni lavorativi dalla data di conferma dell'ordine.

Restiamo in attesa di una Sua gradita conferma d'ordine per procedere con la traduzione.

Cordiali saluti
CRISTINA

EUROSTREET - società cooperativa
SERVIZIO TRADUZIONI – INTERPRETARIATO HELPVOICE® HELPFACE®
Via Losana, 13
13900 – BIELLA (BI) – ITALY
tel. 0039 015 351269
fax 0039 015 352844
email info@eurostreet.it
website www.eurostreet.it
office: from 08.30 to 19.00



Sono consapevole che la decisione di sottopormi ad un test di screening è una mia scelta e non costituisce un obbligo o un esame routinario.

Sono stata informata delle possibilità e dei limiti dei test di screening e delle tecniche di diagnosi prenatale per la sindrome di Down e le altre anomalie cromosomiche.

Ho compreso che le anomalie cromosomiche, di cui la più nota e la più frequente è la trisomia 21 (mongolismo), sono anomalie del feto per le quali non esiste una terapia. Sono stata inoltre informata che, qualora la condizione venga riconosciuta prima che il feto abbia possibilità di vita autonoma, una mia eventuale richiesta di interruzione di gravidanza, nel rispetto delle norme previste dalla Legge 194/1978, verrà valutata dal medico del Servizio presso il quale mi rivolgerò che dovrà verificare se esistono le condizioni per accettarla.

Ho compreso che l'analisi delle anomalie cromosomiche può attualmente essere effettuata solo mediante tecniche invasive quali prelievo di liquido amniotico (amniocentesi) o di tessuto placentare (biopsia dei villi coriali) a seguito di ciascuna delle quali può verificarsi l'aborto in circa 1% dei casi.

Mi è stato spiegato che esistono test di screening che consentono di identificare il rischio, cioè la probabilità che il feto sia affetto da sindrome di Down, in modo più preciso rispetto al semplice dato dell'età materna.

Mi sono state date informazioni relative ai seguenti test di screening:

1. Esame della translucenza nucale (NT)
2. Test combinato (translucenza nucale + duotest)
3. Tritest
4. Quadruplo test
5. Test integrato
6. Test integrato sierico
7. Test su DNA fetale.

Mi sono state date informazioni relative ai seguenti test invasivi:

1. amniocentesi
2. villocentesi.

Ho compreso che se il test di screening è "positivo" (cioè presenta un rischio elevato di anomalia cromosomica) si può procedere alla diagnosi mediante un'amniocentesi o un prelievo dei villi coriali, se il test di screening è "negativo", (basso rischio) non vengono suggerite ulteriori indagini, anche se ciò non significa che "certamente" il feto non sia malato.

Ho compreso inoltre che l'accesso alla diagnosi prenatale tramite amniocentesi o villocentesi può avvenire direttamente su mia richiesta.

Ho discusso con il mio medico/ostetrica di riferimento Dr./ Ost. _____ in merito alla capacità del test di screening di individuare correttamente i feti realmente affetti e la possibilità di risultati falsi positivi e falsi negativi.

Ritengo queste informazioni sufficienti e complete e dichiaro di aver pienamente compreso le informazioni che mi sono state date.


Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di **non sottopormi** né ad un test di screening né di diagnosi prenatale invasivo

Avendo chiaro quanto sopra esposto decido **di sottopormi** al test di screening: _____

Avendo chiaro quanto sopra esposto decido di sottopormi al test di diagnosi prenatale invasivo:

Data _____ FIRMA DELLA PAZIENTE _____

_____ FIRMA DEL MEDICO / OSTETRICA _____

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p>INFORMATIVA</p> <p>INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO</p>	<p>S OST 017BA</p> <p>Rev. 01</p> <p>Pag. 1 di 2</p> <p>20.04.2017</p>
--	---	---

Gentile Signora, Signor,
per la Costituzione Italiana e per la normativa vigente ogni atto medico richiede il **consenso** dell'interessato dopo adeguata informazione; pertanto, per nostra documentazione, prima di sottoporla alla procedura, le chiediamo di leggere con calma e di sottoscrivere questo documento, a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo fra noi intercorso.



Etichetta Dati

Indicazioni/Finalità:

durante la gravidanza possono essere messe in evidenza o insorgere alcune condizioni nelle quali la prosecuzione della gravidanza stessa può determinare un rischio per la salute sia materna che fetale.

Tra queste ricordiamo:

- la riduzione della quantità del liquido amniotico
- patologie materne (disordini ipertensivi, diabete, colestasi gravidica etc)
- patologie fetali (ritardo di crescita in utero, immunizzazione Rh etc).

Inoltre, in altre condizioni quali la rottura del sacco amniotico fuori travaglio di parto e la gravidanza oltre il termine, la prosecuzione della gravidanza presenta un aumento di rischio anche in assenza di condizioni patologiche.

Modalità di esecuzione/Possibili complicanze:

prima di iniziare un'induzione del travaglio viene eseguita dal medico e dall'ostetrica una valutazione della condizione materna e fetale, che consente di stabilire quale sia la modalità ottimale di induzione nel suo caso e che non ci siano controindicazioni alla procedura.

In base alla visita ostetrica esistono infatti diversi metodi di induzione:

- **PROSTAGLANDINE:** il loro utilizzo si basa sulla capacità di stimolare la muscolatura uterina, provocando da un lato le contrazioni e dall'altro favorendo la dilatazione del collo dell'utero.

Il farmaco, solitamente impiegato per applicazione locale, è attualmente disponibile in due tipi di preparazione:

- a) inserto vaginale: una piccola fettuccia di tessuto morbido, che viene posizionata nel fornice vaginale e viene lasciata in sede per un massimo di 24 ore o rimossa quando insorge il travaglio
- b) gel intravaginale: applicato per un massimo di due dosi giornaliere a distanza di 6 ore ed eventualmente ripetuto il giorno successivo; può rappresentare anche il secondo step nel caso l'inserto vaginale non abbia instaurato il travaglio.

L'insorgenza del travaglio non è immediata, è solitamente graduale e richiede alla donna collaborazione e attesa nel rispetto dei tempi. E' possibile che le prostaglandine possano causare contrazioni uterine intense, fastidiose e frequenti anche nella fase che precede il travaglio.

All'inizio del trattamento il monitoraggio dell'attività uterina e del battito cardiaco fetale si effettua per un'ora, successivamente va ripetuto ad intervalli regolari. Dopo l'applicazione del farmaco la gravida può muoversi liberamente ed alimentarsi normalmente.

Controindicazioni:

precedenti interventi chirurgici all'utero, ipersensibilità verso le prostaglandine.

Le prostaglandine vanno usate con cautela in donne affette da malattie cardiovascolari, epatiche, renali, da asma bronchiale o da glaucoma.

Precauzioni:

occorre sospendere la somministrazione di PGE2 se compaiono complicanze materne e/o fetali (iperstimolazione uterina, rottura d'utero, sofferenza fetale) o eventi avversi rilevanti (nausea, vomito, febbre).





– **CATETERE CERVICALE:** è un piccolo catetere in gomma morbida, che viene inserito attraverso il canale cervicale, posizionato al di sopra dell'orifizio uterino interno e gonfiato con soluzione fisiologica. Il catetere è in grado di indurre la maturazione e la dilatazione cervicale attraverso la compressione meccanica e lo stiramento su cervice e segmento uterino inferiore, lo scollamento delle membrane e la stimolazione cronica del rilascio di prostaglandine.

Il dispositivo viene rimosso in caso di insorgenza del travaglio, di rottura delle membrane o comunque dopo 12-24 ore dal posizionamento. Il mancato instaurarsi del travaglio prevederà l'utilizzo successivo di uno dei metodi farmacologici descritti in questa informativa.

L'utilizzo del catetere cervicale sembra associato a rischi pressoché nulli per madre e neonato; la donna potrebbe accusare solo un po' di fastidio durante il posizionamento. E' raccomandato l'uso di tale metodo quando il reperto ostetrico è sfavorevole e può essere scelto quando la paziente presenta cicatrici uterine.

Controindicazioni:

rottura prematura delle membrane e infezioni materne in atto.

– **OSSITOCINA:** viene utilizzata quando la paziente presenta un reperto ostetrico favorevole, con membrane amniotiche rotte oppure nel caso i metodi di induzione precedentemente descritti non abbiano portato ad insorgenza del travaglio. Questo farmaco viene somministrato per via endovenosa e prevede durante il suo utilizzo un monitoraggio in continuo della frequenza cardiaca fetale e delle contrazioni uterine materne.

Precauzioni:

occorre sospendere immediatamente la somministrazione se compaiono complicanze materne e/o fetali (iperstimolazione uterina, rottura d'utero, sofferenza fetale).

In caso di fallimento delle procedure previste il medico di guardia valuterà per ogni singolo caso l'opportunità di procedere all'espletamento del parto con un taglio cesareo.

Possibili alternative diagnostico terapeutiche:

attesa dell'insorgenza spontanea del travaglio, dopo approfondito colloquio informativo con il medico di guardia.

Complicanze e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione:

come già sottolineato sopra, la prosecuzione della gravidanza può determinare un rischio per la salute sia materna che fetale.

Questo scritto ha solo funzione documentale e si integra ad altre informazioni fornite oralmente.

Se ritiene la comunicazione insufficiente La invitiamo a fare presente questa sua impressione: proveremo ad essere più esaurienti.

Se invece ritiene di aver ricevuto un'informazione adeguata Le chiediamo di apporre la sua firma.

Data _____

Timbro e firma del Medico _____

Firma del/della Paziente _____

NON AUTORIZZO data e ora _____

MI DIMETTO VOLONTARIAMENTE data e ora _____

Firma del Paziente _____

Gentile Signora, Signor,
per la Costituzione Italiana e per la normativa vigente ogni atto medico richiede il **consenso** dell'interessato dopo adeguata informazione; pertanto, per nostra documentazione, prima di sottoporla alla procedura, le chiediamo di leggere con calma e di sottoscrivere questo documento, a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo fra noi intercorso.

Etichetta Dati

Indicazioni/Finalità: il parto è un evento di solito fisiologico, cioè senza uno stato di malattia. Tuttavia esso spesso si associa a sofferenza fisica ed emotiva e può comportare l'instaurarsi di condizioni di emergenza che riguardano lo stato di salute non solo della madre, ma anche del nascituro. Per tutti questi motivi l'assistenza al parto consiste in un'osservazione vigile ed attenta, svolta da Ostetriche e Medici, presuppone diversi momenti diagnostici e, a volte, la necessità di decisioni urgenti, quasi istantanee. In questi casi, spesso è difficile una valutazione tranquilla e condivisa, infatti l'emotività assume un ruolo molto importante nella partoriente, combattuta fra il desiderio di porre fine alle sue sofferenze e la necessità di non arrecare danno al bambino, o di non pregiudicare il proprio futuro riproduttivo. Con questo documento vorremmo quindi, ora che siamo in una situazione di tranquillità, fornirle alcune informazioni sul nostro modo di operare in particolari situazioni.

Gravidanza che si protrae oltre il termine delle 40 settimane

Se la gravidanza è a decorso fisiologico fino ad oltre la 41° settimana non vi sono particolari motivi per intervenire, né con induzione farmacologica del travaglio né con l'esecuzione di un taglio cesareo. E' invece più opportuna un'osservazione ravvicinata, tramite controlli del battito cardiaco fetale (BCF), determinazioni ecografiche della quantità di liquido amniotico, visite ostetriche per cogliere eventuali modificazioni del collo dell'utero. Nessuno di questi accertamenti ha valore assoluto, ossia nessuno è così preciso nel garantire che tutto andrà bene, ma tutti insieme consentono una buona valutazione, per quel momento, del benessere fetale. Presso il nostro Ospedale abbiamo istituito un ambulatorio delle gravidanze oltre termine proprio per seguire in modo ravvicinato queste pazienti.

Induzione farmacologica del travaglio

In alcune situazioni (gravidanza protratta, ipertensione o diabete materno, ritardo o arresto di crescita fetale, patologica riduzione del liquido amniotico, rottura prematura delle membrane...) può risultare opportuno stimolare con farmaci le contrazioni uterine per espletare il parto. Esistono diversi metodi di induzione del travaglio: la scelta di quale adottare dipende da diversi fattori che vengono valutati al momento del ricovero (visita ostetrica, parità, settimana di gravidanza)

Travaglio "percepito prolungato"

E' impossibile stabilire in anticipo quanto durerà un travaglio, infatti le contrazioni uterine devono prima dilatare il collo dell'utero e solo successivamente, a dilatazione completa, inizia la discesa del feto nel canale del parto. I tempi variano da 3 a 10/12 ore e in base alla parità (di solito le donne che hanno già partorito per via vaginale hanno un travaglio più veloce).

A volte può succedere che un travaglio giudicato normale per durata e svolgimento dalla Ostetrica e dal Medico, venga percepito come troppo lungo e insostenibile dalla partoriente, così da indurla a richiedere il taglio cesareo. In queste situazioni il Medico non deve accogliere la richiesta della donna, ma, pur non sottovalutando il suo stato di sofferenza, deve mantenersi obiettivo nella valutazione della possibilità di partorire per via vaginale, che è il modo fisiologico di far nascere un bambino.

Ciò non esclude l'eventuale ricorso a un taglio cesareo urgente per una indicazione medica non ipotizzabile in quel momento, ma che si evidenzia nell'ulteriore evoluzione del travaglio. Molte donne che riescono ad andare avanti, a superare il momento di paura, sono poi molto contente di non essere state prese alla lettera nelle loro richieste, ma di essere state incoraggiate e sostenute per un parto vaginale.

Travaglio ostacolato o con segnali di sofferenza fetale

A volte un travaglio, iniziato spontaneamente o indotto, può svolgersi normalmente per un certo tempo e poi



all'improvviso complicarsi o per la comparsa di alterazioni del battito cardiaco fetale o perché qualcosa nella procedura del parto non si svolge come era previsto, ad esempio si verifica un arresto della dilatazione del collo dell'utero, oppure le contrazioni non sono più efficaci, oppure ancora il feto non si trova nella posizione giusta per iniziare o completare il suo viaggio di uscita nel canale del parto.

Tutte queste situazioni possono verificarsi all'improvviso, in un travaglio fino ad allora normale, non sono assolutamente prevedibili ed obbligano il Medico a fare scelte diverse in funzione della gravità dei fatti e della fase del travaglio.

Se il problema è una debolezza delle contrazioni uterine si può cercare di porvi rimedio utilizzando un farmaco che le potenzia (ossitocina); se il problema è una sofferenza del feto nella fase finale del periodo espulsivo si può intervenire accelerando la nascita tramite la ventosa ostetrica, una specie di coppetta applicata sulla testa fetale e che consente di esercitare delle trazioni. Se la sofferenza fetale si verifica in un momento antecedente la fase espulsiva, si impone l'estrazione del feto attraverso una via alternativa a quella vaginale, cioè eseguendo un taglio cesareo.

Se il problema insorto riguarda un mancato impegno o un arresto nel meccanismo di progressione del feto nel canale del parto, anche in questi casi si può decidere per un taglio cesareo urgente.

Episiotomia sì oppure no?

L'episiotomia è un piccolo taglio che serve per allargare artificialmente l'introito vaginale e favorire l'uscita della testa fetale. Non viene praticata di routine a tutte le partorienti, ma solo nei casi in cui vi sia un'indicazione. L'aver eseguito questo taglietto, comporterà che dopo l'espulsione del feto e della placenta, il medico o l'ostetrica proceda alla sutura dello stesso.

Patologie del secondamento

Normalmente entro 20 minuti dalla nascita del bambino avviene il distacco e l'espulsione della placenta, con una perdita di sangue di 200–300 ml. (questo momento del parto si chiama "secondamento"). Se l'utero non si contrae bene il sanguinamento può essere maggiore e richiedere l'uso di farmaci più potenti rispetto a quelli usati abitualmente e in casi eccezionali si deve ricorrere a trasfusioni di sangue o una revisione strumentale della cavità uterina in anestesia. Raramente la placenta non si stacca e non viene espulsa spontaneamente, rendendo necessaria un'estrazione manuale della stessa in anestesia.

Dopo la lettura di queste note informative, La invitiamo ad apporre la Sua firma come consenso alla procedura di assistenza al parto vaginale nel suo decorso perfettamente fisiologico (che è la situazione più frequente) o nell'insorgenza di complicanze.

Nell'eventualità di qualche complicanza insorta durante il travaglio o il parto:

autorizzo preventivamente il Medico di guardia a mettere in atto tutte le strategie correttive più idonee

Firma _____

Nell'eventualità di un taglio cesareo urgente:

accetto le decisioni che prenderà il Chirurgo in corso d'intervento, rendendomi conto di come non sia possibile prevedere tutto; do quindi il mio assenso preventivo a quanto deciderà di fare, comprese le possibili modifiche della strategia operatoria

Firma _____

Nell'eventualità di grave emorragia e della necessità di trasfusioni di sangue:

fornisco preventivamente il mio consenso

Firma _____



Nel caso in cui si presenti un pericolo imminente non altrimenti evitabile che possa causare un danno grave alla sua persona o se si constatassero/insorgessero difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, saranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari riterranno idonee a portare a termine l'atto nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico proposto.

Le ricordiamo che firmando il consenso Lei dichiara di accettare le decisioni che prenderà il Chirurgo in corso di intervento, rendendosi conto di come non sia possibile prevedere tutto: dà quindi il suo assenso preventivo a quanto deciderà di fare, comprese le possibili modifiche della strategia operatoria.

Ove non fosse del parere di dare queste deleghe, dovrà **esprimerci queste Sue contrarietà**: ci manterremo al minimo necessario o comunque a quanto già concordato.

Questo scritto ha solo funzione documentale e si integra ad altre informazioni fornite oralmente.

Se ritiene la comunicazione insufficiente La invitiamo a fare presente questa sua impressione: proveremo ad essere più esaurienti.

Se invece ritiene di aver ricevuto un'informazione adeguata Le chiediamo di apporre la sua firma.

AUTORIZZO l'utilizzo dei tessuti e/o organi asportati a fini istologici e/o scientifici, informato/a del fatto che la mia mancata autorizzazione potrebbe comportare la non esecuzione dell'intervento chirurgico per l'impossibilità da parte dei sanitari di formulare una corretta diagnosi post-operatoria.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO all'esecuzione di riprese filmate e/o fotografiche e che queste siano utilizzate in ambito medico a scopo scientifico, nel completo riserbo della mia privacy.

Data _____

Timbro e firma del Medico _____

Firma del/della Paziente _____

NON AUTORIZZO data e ora _____

MI DIMETTO VOLONTARIAMENTE data e ora _____

Firma del Paziente _____



Gentile Signora, Signor,
per la Costituzione Italiana e per la normativa vigente ogni atto medico richiede il **consenso** dell'interessato dopo adeguata informazione; pertanto, per nostra documentazione, prima di sottoporla alla procedura, le chiediamo di leggere con calma e di sottoscrivere questo documento, a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo fra noi intercorso.

Etichetta Dati

Indicazioni/Finalità: nel suo caso l'intervento previsto è quello di taglio cesareo elettivo (ossia programmato) per una o più delle seguenti motivazioni:

- presentazione atipica del feto
- elevato rischio di distocia
- patologia materna _____
- necessità di programmare la nascita per _____
- auto-determinazione a partorire con taglio cesareo
- pregresso T.C. e rifiuto a provare un parto per via vaginale


Modalità di esecuzione: il taglio cesareo è un intervento di media entità eseguito in anestesia spinale o generale. Si esegue una incisione addominale sovrapubica (generalmente è quella secondo Pfannenstiel), si procede all'apertura dell'addome e dell'utero, ad estrazione del feto e della placenta e successiva chiusura dell'utero e dell'addome.

La durata media dell'intervento è di circa 30 minuti, ma può variare a seconda della tecnica utilizzata ma anche dalle difficoltà tecniche che ciascuna paziente presenta (es. presenza di aderenze, pregressi interventi e anomalie dell'utero e inserzione placentare) e comporta una perdita di sangue approssimativamente di 600 cc., principalmente legata all'estrazione della placenta.

Possibili complicanze: il taglio cesareo è un intervento chirurgico che comporta alcuni inconvenienti non del tutto evitabili: dolore addomino-pelvico per i primi giorni, necessità del catetere vescicale per 24-48 ore, ridotta motilità intestinale con successiva ripresa (canalizzazione) entro circa 1-3 gg. Così come il parto vaginale, anche il parto mediante taglio cesareo è seguito da perdite di sangue dalla vagina per lo più modeste per circa 20 giorni (lochiazioni). In genere, si prevede una degenza di circa 3-5 giorni dopo l'intervento, ed una convalescenza di altri 10 giorni.

Come qualsiasi intervento chirurgico, anche il taglio cesareo comporta qualche rischio e qualche imprevisto. I più frequenti sono:

- complicanze legate all'anestesia
- rischio di traumi fetali (1% dei casi): possibili lesioni da taglio in corso di apertura della cavità uterina o meccaniche in caso di estrazione difficoltosa
- perdite ematiche di quantità superiore al previsto
- episodi febbrili da possibili infezioni
- flebiti e tromboflebiti favorite dal danno vascolare prodotto dall'intervento stesso e dal riposo a letto; di solito si risolvono senza grossi problemi, anche se, in casi molto rari, si possono avere ulteriori complicazioni (episodi di embolia polmonare o cerebrale)
- ritardi della canalizzazione intestinale, come in qualsiasi intervento in cui si apra la cavità addominale, dovute a transitorie paralisi della muscolatura intestinale o ad aderenze, zone in cui le anse intestinali, dopo l'intervento, aderiscono le une alle altre; questa evenienza, se pur rara dopo taglio cesareo, può, in casi estremi bloccare la funzione intestinale: in una percentuale di 1 su 1000 può rendersi necessario un secondo intervento chirurgico per sbrigliare le anse
- ritardi nella ripresa della funzione urinaria dopo la rimozione del catetere: in genere ciò è dovuto alla difficoltà a riprendere il coordinamento dei piccoli muscoli che la regolano
- anomalie della guarigione della cicatrice cutanea (retratta od esuberante); questo può verificarsi a prescindere dell'accuratezza della sutura dei piani cutanei, per fenomeni cicatriziali che determinano una reazione dei tessuti cutanei o per un'esagerata reattività dei tessuti, con formazione di cheloidi

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p>INFORMATIVA</p> <p>TAGLIO CESAREO ELETTIVO</p>	<p>S OST 017I</p> <p>Rev. 01</p> <p>Pag. 2 di 2</p> <p>19.06.2017</p>
--	--	--

- lesioni accidentali della vescica (1 su 3000), e più raramente degli ureteri o degli altri visceri addomino-pelvici (intestino, omento, ecc.)
- aumentato rischio di disadattamento neonatale rispetto al travaglio ed al parto vaginale
- aumento significativo di complicanze delle gravidanze successive per anomalie di impianto e di formazione della placenta (abnorme aderenza placentare), che può determinare in gravidanze successive aumentato rischio di emorragia intrapartum e di necessità di isterectomia, con perdita della capacità procreativa della donna
- aumento significativo del rischio chirurgico di eventuali futuri interventi chirurgici pelvici, per il residuo di sintomi aderenziali tra l'utero, la parte addominale e gli altri organi addominopelvici (intestino, vescica, omento, ecc)
- aumento della mortalità materna, (1 su 7000) rispetto al parto vaginale.

Possibili alternative diagnostico terapeutiche: rivalutazione clinica per espletamento del parto per via vaginale.

Complicanze e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione: da valutare in base all'indicazione al cesareo.

Nel caso in cui si presenti un pericolo imminente non altrimenti evitabile che possa causare un danno grave alla sua persona o se si constatassero/insorgessero difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, saranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari riterranno idonee a portare a termine l'atto nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico proposto.

Le ricordiamo che firmando il consenso Lei dichiara di accettare le decisioni che prenderà il Chirurgo in corso di intervento, rendendosi conto di come non sia possibile prevedere tutto: dà quindi il suo assenso preventivo a quanto deciderà di fare, comprese le possibili modifiche della strategia operatoria.

Ove non fosse del parere di dare queste deleghe, dovrà **esprimerci queste Sue contrarietà**: ci manterremo al minimo necessario o comunque a quanto già concordato.

Questo scritto ha solo funzione documentale e si integra ad altre informazioni fornite oralmente.

Se ritiene la comunicazione insufficiente La invitiamo a fare presente questa sua impressione: proveremo ad essere più esaurienti.

Se invece ritiene di aver ricevuto un'informazione adeguata Le chiediamo di apporre la sua firma.

AUTORIZZO l'utilizzo dei tessuti e/o organi asportati a fini istologici e/o scientifici, informato/a del fatto che la mia mancata autorizzazione potrebbe comportare la non esecuzione dell'intervento chirurgico per l'impossibilità da parte dei sanitari di formulare una corretta diagnosi post-operatoria.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO all'esecuzione di riprese filmate e/o fotografiche e che queste siano utilizzate in ambito medico a scopo scientifico, nel completo riserbo della mia privacy.


Data _____ Timbro e firma del Medico _____

Firma del/della Paziente _____

NON AUTORIZZO data e ora _____

MI DIMETTO VOLONTARIAMENTE data e ora _____

Firma del Paziente _____



Gentile Signora, Signor,
per la Costituzione Italiana e per la normativa vigente ogni atto medico richiede il **consenso** dell'interessato dopo adeguata informazione; pertanto, per nostra documentazione, prima di sottoporla alla procedura, le chiediamo di leggere con calma e di sottoscrivere questo documento, a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo fra noi intercorso.

Etichetta Dati

Indicazioni/Modalità di esecuzione

La sterilizzazione tubarica è un metodo contraccettivo chirurgico che permette di interrompere meccanicamente o bloccare le tube di Falloppio, impedendo che avvenga l'incontro tra gli ovociti e gli spermatozoi e quindi l'instaurarsi di una gravidanza.

L'intervento avviene in anestesia generale e può essere effettuato in laparoscopia o in laparotomia.

L'accesso laparotomico viene utilizzato in corso di taglio cesareo o in caso di difficoltà tecnica all'accesso in laparoscopia.

Le metodiche utilizzate nel nostro centro sono:

- salpingectomia parziale, con tecnica di Pomeroy modificata o Parkland (durante taglio cesareo)
- applicazione di clips di Filshie a livello istmico (solo per via laparoscopica)
- salpingectomia totale (recenti studi indicano un beneficio di questa metodica in termini di prevenzione del carcinoma ovarico).

Possibili complicanze

Per ogni intervento chirurgico è descritta la possibilità di qualche complicanza, sono i cosiddetti "rischi impliciti". Nel caso della sterilizzazione possono verificarsi soprattutto al momento dell'introduzione degli strumenti laparoscopici, favoriti da aderenze di pregressi atti chirurgici o dall'obesità; comunque per questo intervento il rischio di complicanze severe (lesioni all'intestino, vescica, vasi sanguigni) è estremamente basso (2-3 per mille), se si verificano potrebbe essere necessario il ricorso a un accesso laparotomico.

Fallimento

È dimostrata la possibilità di insuccesso della procedura.

Il rischio di gravidanza varia a seconda dell'età della paziente e del metodo utilizzato: 7,5 per 1000 con la tecnica di Pomeroy o Parkland, 2-5 per 1000 con l'applicazione di clips (tassi cumulativi a 10 anni).

È documentato un maggior rischio di fallimento dell'intervento se eseguito in corso di taglio cesareo.

In caso di ritardo mestruale è utile eseguire il test di gravidanza.

Se si instaura una gravidanza dopo sterilizzazione tubarica c'è un rischio aumentato (non quantificabile con i dati attuali) che sia localizzata in sede ectopica (cioè al di fuori dell'utero).

Reversibilità

Circa il 5% delle donne si pente della sterilizzazione tubarica e il 2% chiede un reintervento.

La possibilità di reversione della procedura è legata alla tecnica utilizzata e dipende dalla quantità di tessuto tubarico lasciato in sede. La salpingectomia totale non consente la reversibilità dell'intervento.

I tentativi di ricanalizzazione tubarica dopo l'intervento di sterilizzazione hanno comunque tassi di successo molto bassi, perché anche qualora si riesca a ripristinare la continuità del lume della tuba non è garantito il suo corretto funzionamento.

Qualora la donna sottoposta a sterilizzazione tubarica cambi opinione e desideri un altro figlio, è indicato il ricorso a tecniche di fecondazione assistita. Tuttavia la sterilizzazione deve essere considerata una modalità che realizza un controllo permanente della fertilità e come tale è indicata solo nelle donne che

hanno completato il processo riproduttivo.

Per questo è importante che la sua scelta sia ben ponderata ed eventualmente discussa con il partner (sebbene non serva il suo consenso) e nel suo processo decisionale siano stati presi in considerazione altri metodi contraccettivi a lungo termine altrettanto efficaci, come la spirale, ma non permanenti. La sterilizzazione tubarica non riduce il rischio di malattie sessualmente trasmesse.

Possibili alternative diagnostico-terapeutiche: utilizzo di altri metodi contraccettivi reversibili.

Complicanze e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione: nessuna.

Nel caso in cui si presenti un pericolo imminente non altrimenti evitabile che possa causare un danno grave alla sua persona o se si constatassero/insorgessero difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, saranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari riterranno idonee a portare a termine l'atto nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico proposto.

Le ricordiamo che firmando il consenso Lei dichiara di accettare le decisioni che prenderà il Chirurgo in corso di intervento, rendendosi conto di come non sia possibile prevedere tutto: dà quindi il suo assenso preventivo a quanto deciderà di fare, comprese le possibili modifiche della strategia operatoria.

Ove non fosse del parere di dare queste deleghe, dovrà **esprimerci queste Sue contrarietà**: ci manterremo al minimo necessario o comunque a quanto già concordato.

Questo scritto ha solo funzione documentale e si integra ad altre informazioni fornite oralmente.

Se ritiene la comunicazione insufficiente La invitiamo a fare presente questa sua impressione: proveremo ad essere più esaurienti.

Se invece ritiene di aver ricevuto un'informazione adeguata Le chiediamo di apporre la sua firma.

Le consegnamo la presente informativa per darLe il tempo necessario per eventuali approfondimenti. Vorrà riportarcela firmata prima dell'intervento.

AUTORIZZO l'utilizzo dei tessuti e/o organi asportati a fini istologici e/o scientifici, informato/a del fatto che la mia mancata autorizzazione potrebbe comportare la non esecuzione dell'intervento chirurgico per l'impossibilità da parte dei sanitari di formulare una corretta diagnosi post-operatoria.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO all'esecuzione di riprese filmate e/o fotografiche e che queste siano utilizzate in ambito medico a scopo scientifico, nel completo riserbo della mia privacy.

Data _____ Timbro e firma del Medico _____

Firma del/della Paziente _____

NON AUTORIZZO data e ora _____

MI DIMETTO VOLONTARIAMENTE data e ora _____

Firma del Paziente _____





Gentile Signora, Signor,
per la Costituzione Italiana e per la normativa vigente ogni atto medico richiede il **consenso** dell'interessato dopo adeguata informazione; pertanto, per nostra documentazione, prima di sottoporla alla procedura, le chiediamo di leggere con calma e di sottoscrivere questo documento, a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo fra noi intercorso.

Etichetta Dati

Indicazioni/Finalità: un precedente taglio cesareo non richiede la necessità di eseguire di routine un altro taglio cesareo. Tutte le linee guida sono infatti concordi nel sostenere che un parto vaginale programmato rappresenti un modo sicuro e appropriato per partorire nella maggior parte delle donne con un pregresso taglio cesareo con incisione del segmento uterino inferiore.

La possibilità di successo varia dal 60 all' 85% ed è legata all'assenza di indicazioni ricorrenti al cesareo (primo cesareo eseguito per presentazione fetale anomala, patologia gravidica materna, un precedente parto vaginale). Allo stato attuale non ci sono conoscenze cliniche o esami strumentali che permettono al medico di identificare con certezza quali donne possono portare a termine con successo il travaglio di parto e quindi partorire per via vaginale, e quali andranno incontro a delle complicanze.

Rappresentano controindicazioni assolute al travaglio di prova:

- precedente rottura d'utero
- precedente incisione verticale o a T sull'utero
- placenta previa
- tre o più pregressi cesarei

Esistono poi delle condizioni che sono associate ad un aumento potenziale del rischio di rottura d'utero (scarso intervallo di tempo dal parto precedente, pregressi interventi sull'utero, due cesarei pregressi, macrosomia fetale) che vanno discusse in modo approfondito con il personale medico.

Modalità di esecuzione: il colloquio informativo circa la modalità di parto viene generalmente eseguito nel terzo trimestre di gravidanza o al momento dell'accesso all'ambulatorio per la gravidanza a termine. In tale sede le sarà consegnata questa informativa che le chiediamo di leggere attentamente prima di prendere una decisione e apporre la sua firma.

Durante il ricovero, una volta avviato il travaglio verrà eseguito un monitoraggio in continuo, per poter identificare tempestivamente eventuali segnali di compromissione del benessere materno o fetale, travaglio distocico o rottura della cicatrice uterina.


L'induzione e l'accelerazione del travaglio non sono controindicate nelle donne con un precedente taglio cesareo, pur essendo associate ad un lieve aumento del rischio di rottura d'utero. Per ridurre la possibilità di questa complicanza vengono utilizzati metodi di induzione meccanica (catetere di Foley) in caso di reperto cervicale sfavorevole e uno schema di ossitocina a basse dosi.

Nel caso in cui non si instauri il travaglio o emergano condizioni di rischio per il benessere materno e/o fetale il medico rivaluterà le condizioni permettenti il parto vaginale e condividerà con lei eventuali variazioni della condotta clinica.

Possibili complicanze: un parto vaginale dopo taglio cesareo con esito favorevole ha pochissime complicazioni.

Una maggiore possibilità di esiti avversi è legata al rischio di un cesareo d'emergenza (endometriti, trasfusioni, rottura d'utero, isterotomia).

Il rischio di rottura d'utero è stimato intorno allo 0,5%

<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p style="text-align: center;">INFORMATIVA</p> <p style="text-align: center;">TRAVAGLIO DI PARTO IN PZ SOTTOPOSTA A PREGRESSO TAGLIO CESAREO</p>	<p style="text-align: right;">S OST 017V</p> <p style="text-align: right;">Rev. 01</p> <p style="text-align: right;">Pag. 2 di 2</p> <p style="text-align: right;">20.04.2017</p>
--	---	--

Il rischio di morte perinatale associata al parto vaginale dopo taglio cesareo è estremamente bassa ed è comparabile alla percentuale di rischio delle nullipare in travaglio.

Dall'altro lato un cesareo reiterato comporta tutti i rischi legati ad un intervento chirurgico (complicanze legate all'anestesia, aumentato rischio infettivo, emorragico e tromboembolico) ed è inoltre associato ad un lieve aumento del rischio di sviluppare una placentazione anomala in una futura gravidanza e di adesioni pelviche che potrebbero complicare ogni futura chirurgia addomino-pelvica.

Alla luce di tutto ciò e del fatto che un secondo cesareo comporta la scelta della stessa via anche nelle successive gravidanze, è necessario bilanciare bene rischi e benefici prima di prendere una decisione in merito alla modalità di parto.

Possibili alternative diagnostico terapeutiche: esecuzione taglio cesareo

Complicanze e/o problemi che possono derivare dalla sua mancata esecuzione: nessuna.

Nel caso in cui si presenti un pericolo imminente non altrimenti evitabile che possa causare un danno grave alla sua persona o se si constatassero/insorgessero difficoltà o impossibilità ad eseguire l'intervento chirurgico con la tecnica proposta, saranno poste in atto tutte le pratiche che i Sanitari riterranno idonee a portare a termine l'atto nella migliore sicurezza, ove necessario anche modificando il programma terapeutico proposto.

Le ricordiamo che firmando il consenso Lei dichiara di accettare le decisioni che prenderà il Chirurgo in corso di intervento, rendendosi conto di come non sia possibile prevedere tutto: dà quindi il suo assenso preventivo a quanto deciderà di fare, comprese le possibili modifiche della strategia operatoria.

Ove non fosse del parere di dare queste deleghe, dovrà **esprimerci queste Sue contrarietà**: ci manterremo al minimo necessario o comunque a quanto già concordato.

Questo scritto ha solo funzione documentale e si integra ad altre informazioni fornite oralmente.

Se ritiene la comunicazione insufficiente La invitiamo a fare presente questa sua impressione: proveremo ad essere più esaurienti.

Se invece ritiene di aver ricevuto un'informazione adeguata Le chiediamo di apporre la sua firma.

AUTORIZZO l'utilizzo dei tessuti e/o organi asportati a fini istologici e/o scientifici, informato/a del fatto che la mia mancata autorizzazione potrebbe comportare la non esecuzione dell'intervento chirurgico per l'impossibilità da parte dei sanitari di formulare una corretta diagnosi post-operatoria.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO all'esecuzione di riprese filmate e/o fotografiche e che queste siano utilizzate in ambito medico a scopo scientifico, nel completo riserbo della mia privacy.

Data _____ Timbro e firma del Medico _____

Firma del/della Paziente _____

NON AUTORIZZO data e ora _____

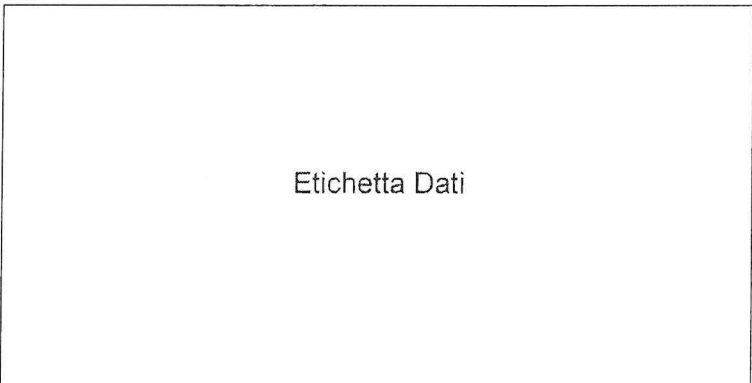
MI DIMETTO VOLONTARIAMENTE data e ora _____

Firma del Paziente _____



<p>Sistema Socio Sanitario</p>  <p>Regione Lombardia ASST Valcamonica</p>	<p>INFORMATIVA</p> <p>ECOGRAFIA OSTETRICA DEL II TRIMESTRE (19-22 SETTIMANE)</p>	<p>S OST 017Z</p> <p>Rev. 01</p> <p>Pag. 1 di 2</p> <p>20.04.2017</p>
--	---	--

Gentile Signora, Signor, per la Costituzione Italiana ogni atto medico richiede il **consenso** dell'interessato dopo adeguata informazione; pertanto, per nostra documentazione, prima di sottoporla alla procedura, le chiediamo di leggere con calma e di sottoscrivere questo documento, elaborato dalla **SIEOG (Società Italiana di Ecografia Ostetrica-Ginecologica)** a testimonianza del più ampio momento informativo e deliberativo fra noi intercorso.



Che cos'è l'ecografia?

L'ecografia è una tecnica che consente di vedere gli organi del nostro corpo con l'utilizzo di onde sonore ad alta frequenza (ultrasuoni, non udibili dall'orecchio umano) che attraversano i tessuti: quando esse arrivano al feto producono echi che sono trasformati in immagini sul monitor dell'ecografia.

Quando e perché fare l'ecografia di screening del II trimestre?

Si suggerisce di effettuare tale indagine fra 19 e 21 settimane compiute di età gestazionale. Gli scopi per il quale tale accertamento viene proposto ed effettuato sono il controllo della vitalità del feto, dell'anatomia e del suo sviluppo.

L'esame consente inoltre la valutazione della quantità di liquido amniotico e della localizzazione placentare. Si sottolinea che tale esame ecografico è consigliato ma non obbligatorio e la persona assistita, dopo essere stata informata dal sanitario curante, potrà decidere se effettuarlo o meno.

Che cosa si vede con l'ecografia nel II trimestre di gravidanza?

Questo esame consente di ottenere la misura di alcune parti del corpo del feto ed i valori di tali misure vengono confrontati con quelli delle curve di riferimento per valutare se le dimensioni corrispondono a quelle attese per l'epoca di gravidanza.

Nello stesso esame si visualizzano la sede di inserzione placentare, la quantità di liquido amniotico e la struttura dei principali organi e distretti anatomici del feto

Come si svolge l'esame ecografico del II trimestre di gravidanza?

Il medico, dopo aver applicato una piccola quantità di gel, effettua l'esame appoggiando una sonda sull'addome. Talora è necessario applicare una certa pressione per ottenere immagini nitide.

A volte l'esame non può essere effettuato in modo esaustivo a causa di una posizione fetale persistentemente sfavorevole o della cattiva visualizzazione di alcuni organi (es. stomaco o vescica vuoti). In questi casi è necessario ripetere l'ecografia dopo qualche ora o giorno per completare lo studio del feto.

Nel caso in cui venga evidenziato un reperto sospetto il medico esaminatore discuterà il suo significato clinico con la persona assistita. E' possibile che si renda opportuna una valutazione ulteriore presso un centro di riferimento per lo studio delle anomalie del feto (ecografia diagnostica di II livello) Peraltro in un buon numero di casi un reperto sospetto all'ecografia di screening può rivelarsi non patologico all'esame di approfondimento

È possibile rilevare con l'ecografia malformazioni fetali?

A parte rare eccezioni, non esistono anomalie fetali che sono individuabili sempre e con certezza.

L'esperienza finora acquisita suggerisce che l'esame ecografico effettuato per lo screening delle anomalie fetali tra 19 e 21 settimane consente di identificare dal 20 al 50% delle malformazioni più rilevanti. Dati Europei evidenziano una capacità media dell'identificare le anomalie fetali del 31%.

Pertanto per i limiti intrinseci della metodica è possibile che alcune anomalie fetali, anche gravi, non





vengano identificate in epoca prenatale.

La possibilità di individuare una anomalia non dipende necessariamente dalla gravità del difetto ma dalle sue dimensioni e dalla più o meno evidente alterazione dell'immagine ecografica che ne risulta;

l'accuratezza dello studio ecografico nella individuazione delle anomalie fetali può essere limitata dalla sfavorevole posizione del feto in utero, dalla ridotta quantità di liquido amniotico e dalla presenza di altri fattori quali cicatrici addominali, gemellarità, nodi di mioma e scarsa penetrazione degli ultrasuoni attraverso la parete addominale materna (condizione frequente nelle gestanti obese).

Inoltre, un gruppo di malformazioni a carico di ciascun distretto anatomico del feto (cosiddette evolutive) può comparire solo in epoca di gravidanza avanzata o addirittura dopo il parto e non essere perciò rilevabile nel corso dell'esame ecografico di screening effettuato nel II trimestre.

Per tutti questi motivi, anche se un esame ecografico di screening del feto nel II trimestre si conclude con un esito normale (evenienza che si verifica nella maggior parte dei casi) non è possibile essere del tutto certi che in quel neonato non saranno presenti malformazioni congenite

È possibile con l'ecografia sospettare anomalie genetiche?

Non è compito dell'ecografia di screening del II trimestre l'individuazione delle anomalie genetiche (cromosomiche e non); i cosiddetti soft-markers ecografici di cromosomopatia non sono oggetto di ricerca dell'esame ecografico effettuato per screening malformativo nel II trimestre.

Inoltre non tutte le malattie genetiche presentano malformazioni rilevanti ed evidenziabili all'esame ecografico.

L'ecografia è innocua per il feto?

Gli ultrasuoni sono utilizzati nella pratica ostetrica da oltre trent'anni e non sono stati riportati effetti dannosi anche a lungo termine, sul feto. Per tale ragione, con le procedure oggi adottate, l'uso diagnostico dell'ecografia è ritenuto esente da rischi.

Questo scritto ha solo funzione documentale e si integra ad altre informazioni fornite oralmente.

Se ritiene la comunicazione insufficiente La invitiamo a fare presente questa sua impressione: proveremo ad essere più esaurienti.

Se invece ritiene di aver ricevuto un'informazione adeguata Le chiediamo di apporre la sua firma.

AUTORIZZO l'esecuzione della metodica ecografica del secondo trimestre di gravidanza, informata del fatto che la mia mancata autorizzazione comporta la non esecuzione.

AUTORIZZO NON AUTORIZZO all'esecuzione di riprese filmate e/o fotografiche e che queste siano utilizzate in ambito medico a scopo scientifico, nel completo riserbo della mia privacy.

Data _____

Timbro e firma del Medico _____

Firma del/della Paziente _____

NON AUTORIZZO data e ora _____

MI DIMETTO VOLONTARIAMENTE data e ora _____

Firma del Paziente _____