

## **PERCORSO DELLE PAZIENTI GRAVIDE CON SOSPETTA E /O CONFERMATA DIAGNOSI DI CoVID-19**

Il percorso delle pazienti ostetriche gravide con sospetta e/o confermata diagnosi di CoVID-19 che accedono alle strutture ospedaliere regionali rientra nell'ambito delle misure di prevenzione, contenimento e gestione dell'attuale situazione epidemiologica da SARS-COV-2 ed è suscettibile di revisione alla luce di nuove evidenze scientifiche.

Le conoscenze disponibili attualmente sono limitate e in costante aggiornamento e mostrano che nelle donne in gravidanza l'evoluzione dell'infezione è generalmente lieve-moderata, similmente a quella delle donne che non sono gravide. L'approccio deve comunque essere prudenziale in quanto le donne in gravidanza hanno un rischio maggiore di sviluppare infezioni delle vie respiratorie ad evoluzione severa e pertanto necessitano di un'appropriata presa in carico.

Tutte le donne gravide con sintomi di infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra: febbre > 37,5°, tosse o difficoltà respiratoria) devono essere considerate **casi sospetti**.

**Sarebbe auspicabile la concentrazione dei punti nascita in pochi centri, così da limitare la necessità di organizzare percorsi dedicati.**

*Al fine di assicurare un percorso protetto alle gravide presso gli stabilimenti ospedalieri dove insistono i punti nascita si devono garantire i seguenti requisiti:*

- *pre-Triage telefonico*
- *pre-Triage in ambulatorio dedicato o tendo struttura dedicata dove si procede a completare il pretriage telefonico, se precedentemente eseguito, e a misurare la temperatura*
- *cartello affisso all'esterno del pre-Triage con n° telefonico del Pronto Soccorso ostetrico per allertare gli operatori sanitari di turno che si occuperanno di accogliere la gravida*
- *stanza di isolamento con bagno autonomo per la gestante "caso sospetto"*
- *percorso separato (segnalato) per la gestante "caso sospetto" / "caso confermato"*
- *stanze dedicate alle pazienti CoVID-19 (nel reparto di ostetricia o in uno spazio dedicato COVID dello stabilimento ospedaliero)*
- *area travaglio e sala parto dedicate per espletamento del parto vaginale*
- *sala operatoria dedicata per espletamento parto cesareo e interventi di chirurgia ostetrica ginecologica in emergenza/urgenza.*

## 1. Pre-Triage Telefonico

Tutte le gravide seguite presso i consultori ostetrico-ginecologici e nei Punti Nascita ospedalieri dovrebbero essere contattate dal personale sanitario (ostetrica, specialista in ostetricia e ginecologia) per informarle che, prima di recarsi ad eseguire visite ed esami strumentali di controllo programmati o al Pronto Soccorso Ostetrico in prossimità del parto, devono effettuare un **pre-Triage telefonico** ai numeri che ogni ASSL metterà a disposizione:

- nelle ore diurne dei giorni feriali presso il consultorio di riferimento
- nei giorni prefestivi e festivi e nelle ore notturne direttamente al PS del Punto Nascita ospedaliero di afferenza.

Il pre-Triage telefonico sarà svolto da operatori sanitari dedicati che compileranno la scheda apposita (Allegato 1) al fine di identificare le gravide che soddisfano i criteri clinici ed epidemiologici di “**caso sospetto**” da quelle che non li soddisfano.

L'operatore considera la possibilità di riprogrammare la visita se la paziente dal punto di vista ostetrico non necessita di alcun trattamento e attiva un canale di comunicazione telefonica per verificare l'evoluzione della gravidanza.

Se la paziente non necessita di visita ostetrica ma è un “**caso sospetto**” la stessa deve essere invitata a contattare il proprio MMG e seguire le procedure indicate per i casi sospetti.

## 2. Assistenza durante la gravidanza

La **gestante sintomatica – sospetta** che necessita di una visita di controllo deve seguire un percorso specifico che prevede, dopo il pre-Triage telefonico, il pre-Triage in ambulatorio dedicato o tendo struttura dedicata.

All'esterno della struttura deve essere presente il n° di tel. di riferimento della UO di Ostetricia; la gravida, l'accompagnatore o l'operatore dell'ambulanza chiama il n° indicato sul cartello e, se non è già stato eseguito dal domicilio della gravida, il pre-Triage telefonico deve essere eseguito in quel momento secondo lo schema dell'Allegato 1.

La paziente viene accolta presso la tendo struttura dedicata.

L'operatore del pre-Triage:

- indossa adeguati DPI<sup>1</sup> per la prevenzione di patologie da droplets, aerea e da contatto;
- fornisce alla paziente la mascherina chirurgica;

- valuta la situazione clinica;
- informa la paziente sulle misure precauzionali che verranno messe in atto;
- compila la Scheda “Primo contatto”;
- dispone l’isolamento della paziente in una stanza dedicata con bagno;
- contatta l’Unità di Crisi Locale (UCL) competente per territorio;
- dispone l’adeguata disinfezione di ambienti e superfici potenzialmente contaminati.

Nella stanza di isolamento la gestante effettua la visita ostetrico-ginecologica. Se l’UCL dispone l’esecuzione del tampone la donna attende l’esito del test nella stanza di isolamento.

Se il tampone è negativo la donna verrà rimandata a domicilio con le raccomandazioni e le prescrizioni che il caso richiede e verranno programmati i successivi controlli.

Se l’esito del tampone è positivo, e le condizioni ostetrico-ginecologiche della donna non richiedono il ricovero, la gestione del caso viene affidata all’Unità di Crisi Locale (vedi Scheda 1 – All. documento operativo Covid-19 aggiornato al 07.03.2020).

Se la donna con tampone positivo ha una condizione instabile verrà ricoverata in un’area dedicata, individuata all’interno del reparto di ostetricia o nell’ambito dello stabilimento ospedaliero, attivando sempre contestualmente l’Unità di Crisi Locale.

<sup>1</sup> Documento Aziendale: *Informazioni ed Istruzioni Operative per la Protezione Individuale e la Prevenzione della Trasmissione del Sars-Cov-2*

### **3. Assistenza al parto**

L’assistenza al parto prevede percorsi differenti per la gestante “caso sospetto” / “caso confermato” in condizioni stabili o in condizioni instabili.

#### **3.1 Percorso gestante “caso sospetto” / “caso confermato” in condizioni stabili**

La paziente all’accesso viene accolta nell’area di pre-Triage ostetrico (ambulatorio o tenda struttura esterna).

L’operatore del pre-Triage:

- indossa adeguati DPI<sup>1</sup> per la prevenzione di patologie da droplets, aerea e da contatto;
- fornisce alla paziente una mascherina chirurgica;
- valuta la situazione clinica;

- informa la paziente sulle misure precauzionali che verranno messe in atto;
- compila la Scheda “Primo contatto”;
- dispone l’isolamento del paziente in una stanza dedicata con bagno;
- contatta l’Unità di Crisi Locale competente per territorio;
- dispone l’adeguata disinfezione di ambienti e superfici potenzialmente contaminata

Nella stanza di isolamento con bagno autonomo il ginecologo di guardia, fornito di tutti i DPI idonei, esegue il **TRIAGE ostetrico** e informa la paziente sulle misure precauzionali che verranno messe in atto.

Il ginecologo al termine della valutazione e delle eventuali indagini strumentali deciderà il successivo percorso.

Se la paziente non è in imminente travaglio di parto, non ha condizioni di rischio ostetrico ed è stabile può attendere l’esito del tampone nella stanza di isolamento.

Se la donna è in travaglio di parto e non può attendere l’esito del tampone nella stanza di isolamento, verrà trasferita seguendo un percorso dedicato alla sala travaglio- sala parto COVID-19, dotata di **“cardiotocografo ed ecografo dedicati”**. Nel caso si utilizzi un ascensore, dedicato o non dedicato, lo stesso va sanificato immediatamente dopo l’utilizzo.

Se la paziente necessita di parto cesareo, verrà trasferita seguendo il percorso dedicato verso la sala operatoria dedicata (che può essere individuata tra una di quelle disponibili attualmente non utilizzate per l’attività chirurgica in elezione).

Gli operatori della Sala parto/ sala operatoria devono indossare **SEMPRE:**

- soprascarpe
- divisa monouso
- camice chirurgico monouso
- n. 2 paia di guanti sterili
- cuffia o cappellino
- filtrante facciale FFP3
- occhiale a mascherina/visiera

e procedere allo smaltimento dei DPI in conformità alle norme.

Si deve prestare massima attenzione all’igiene delle mani, alla pulizia delle superfici ed alla ventilazione.

Sarebbe preferibile che chi inizia l'assistenza al parto la portasse a termine, per evitare l'utilizzo di più dispositivi di protezione e ridurre al minimo la possibilità di diffusione del virus.

La paziente durante il travaglio, il parto e il puerperio deve indossare SEMPRE la mascherina, verificandone la tollerabilità nella fase espulsiva, e deve igienizzare le mani con gel alcolico.

Dopo il parto la puerpera, se le sue condizioni lo permettono, verrà ricondotta nella stanza di isolamento dell'area COVID-19. Il medico della UO che accoglie la puerpera dispone che:

- la porta della stanza rimanga chiusa
- il personale di assistenza che vi accede sia dotato degli idonei DPI
- siano attuate le corrette misure per il lavaggio delle mani e che la paziente indossi mascherina chirurgica e camice monouso se dovesse allontanarsi dalla stanza.

Il medico concorda inoltre con lo specialista del reparto di Malattie Infettive di riferimento la strategia diagnostico/terapeutica e l'eventuale isolamento di madre e neonato ponderata in accordo con gli specialisti neonatologi.

La dimissione sarà programmata in base all'esito del tampone materno e neonatale e alle condizioni generali dei due soggetti.

*Sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili e del potenziale protettivo del latte materno, l'ISS ritiene che, nel caso di donna con sospetta infezione da SARS-CoV-2 o affetta da COVID-19, in condizioni cliniche che lo consentano e nel rispetto del suo desiderio, l'allattamento vada avviato e/o mantenuto direttamente al seno o mediante la spremitura manuale o meccanica del seno. Vanno naturalmente adottate procedure per ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione come l'igiene delle mani e l'uso della mascherina durante la poppata ("Allattamento e infezione da Sars-Cov-2" (Coronavirus Disease 2019 - COVID-19) indicazioni ad interim della Società Italiana di Neonatologia SIN Versione 2 del 22 marzo 2020).*

### **3.2 Percorso gestante "caso sospetto" / "caso confermato" in condizioni instabili**

Le donne **sintomatiche in condizioni instabili** dovrebbero preferenzialmente essere trasferite in Unità Operativa Complessa di riferimento (Malattie Infettive/ Pneumologia) presso struttura ospedaliera dotata di Unità di Terapia Intensiva e di Terapia Intensiva Neonatale attivando la Centrale Operativa 118 per il trasferimento della paziente in sicurezza avendo cura di comunicare all'operatore del 118 le informazioni utili sul caso.

La paziente accede alla struttura di riferimento seguendo il percorso predeterminato e viene ricoverata in stanza di isolamento. (DGR 38/29 del 24.07.2018 Rete Neonatologica e dei Punti

Nascita. Linee di indirizzo per la ri-organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e Sistema di Trasporto in Emergenza del Neonato (STEN).

**NB La donna gravida in situazione di emergenza** (emorragie gravi, stato di shock etc.) deve poter accedere al reparto e alla sala operatoria per le vie più brevi, seguendo il percorso dedicato. Durante il trasferimento della paziente devono essere mantenute tutte le misure di isolamento respiratorio indicate per il trasporto protetto della paziente. La sala operatoria dovrà essere sottoposta a procedura di pulizia e sanificazione immediatamente dopo l'intervento chirurgico.

#### **4. Indicazioni della Società Italiana di Neonatologia sulla gestione di madre e neonato in corso di epidemia di SARS-CoV-2.**

Le indicazioni di seguito elencate e schematizzate sono coerenti con quanto attualmente raccomandato da fonti quali WHO, UNICEF, CDC, ISS, ISUOG, RCOG e ABM.

- Ogni qualvolta possibile, l'opzione da privilegiare è quella della gestione congiunta di madre e bambino, ai fini di facilitare l'interazione e l'avvio dell'allattamento. Questa scelta è fattibile quando una puerpera precedentemente identificata come SARS-CoV-2 positiva sia asintomatica o paucisintomatica o in via di guarigione o quando una puerpera asintomatica o paucisintomatica sia probanda per SARS-CoV-2.
- Qualora la madre abbia un'infezione respiratoria pienamente sintomatica (febbre, tosse, secrezioni respiratorie) e con compromissione dello stato generale, madre e bambino vengono transitoriamente separati, in attesa della risposta del test di laboratorio (RNA-PCR) per coronavirus. Se il test risulta positivo, madre e bambino continuano ad essere gestiti separatamente; se il test invece risulta negativo, è applicabile il *rooming-in* per madre-bambino, compatibilmente con le condizioni materne.
- La decisione se separare o meno madre e bambino va comunque presa per ogni singola coppia, tenendo conto del consenso informato della madre, della situazione logistica dell'ospedale ed eventualmente anche della situazione epidemiologica locale relativa alla diffusione del SARS-CoV-2.
- In caso di separazione del neonato dalla madre, si raccomanda l'uso del latte materno fresco spremuto. Non è indicata la pastorizzazione del latte materno.
- In caso di puerpera SARS-CoV-2 positiva, vanno sempre seguite rigorose misure per prevenire l'eventuale trasmissione dell'infezione con le secrezioni respiratorie o per contatto

con le secrezioni respiratorie. Vanno quindi tutelati il bambino, gli altri pazienti ospedalizzati e il personale sanitario.

- La compatibilità dell'allattamento al seno con farmaci eventualmente somministrati alla donna con COVID-19 va valutata caso per caso.
- Una puerpera con COVID-19 paucisintomatica e con figlio sano SARS-CoV-2 negativo va dimessa dall'ospedale in maniera appropriata. La dimissione precoce anche a 48 h dal parto si può rendere necessaria se il contesto ospedaliero è caratterizzato da sovraccarico assistenziale. E' però di norma raccomandato un periodo di sorveglianza in ospedale di 1 settimana, con ripetizione della RT-PCR sul neonato contestualmente alla dimissione.
- Una volta rientrata a casa, la mamma può, in base alle proprie condizioni generali ed al proprio desiderio, continuare l'allattamento al seno e/o l'uso del latte materno.
- È consigliabile effettuare un controllo clinico del neonato a 14 giorni di vita con ripetizione della RT-PCR. Potranno essere sospesi i controlli neonatologici qualora un ultimo test a 28 giorni di vita risulti negativo.