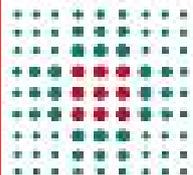




**DALLA
CATEGORIZZAZIONE
DEL RISCHIO
ALLA INDIVIDUAZIONE
DEI BISOGNI
ASSISTENZIALI NEL
PERCORSO NASCITA.**

**L'assistenza al
Travaglio e parto.**



- Proposta elaborata in un gruppo ristretto regionale (Basevi-Dallacasa-Fogli-Pavesi-Girotti-Dazzani-Delmagno)

- Elaborato ancora da perfezionare ed in seguito implementare

RIVALUTAZIONE DEL RISCHIO E DEL MODELLO ASSISTENZIALE AL MOMENTO DEL TRAVAGLIO

| DEFINIZIONE DI TRAVAGLIO "FISIOLOGICO" | SI | NO |
|---|----|----|
| Assenza di patologia materna attuale o segnalata dalla scheda che richieda una sorveglianza intensiva del travaglio <i>(Ipertensione/preeclampsia- Diabete-Emorragia ante-partum- Altre malattie materne che possano influenzare negativamente gli scambi placentari- Pregresso taglio cesareo o altra isterotomia- Colestasi)</i> | | |
| [Criteri di conversione Progetto 3- RER/SAPERIDOC] | | |
| Assenza di patologia fetale nota <i>(Alterata velocimetria-Arteria ombelicale- Feto piccolo - Restrizione della crescita*/ piccolo costituzionale*)</i> | | |
| [Criteri di conversione Progetto 3- RER/SAPERIDOC] | | |
| Biometria Fetale nella norma | | |
| Feto singolo in presentazione cefalica | | |
| Epoca gestazionale compresa tra 37 e 41+3 settimane (confermata con ultrasuoni) | | |
| Travaglio insorto spontaneamente | | |
| Sacco amniotico integro o rottura delle membrane < 24 h con L.A. limpido o con presenza non significativa di meconio | | |
| Placenta normalmente inserita | | |
| Assenza di perdite ematiche importanti in gravidanza 2°-3° trimestre | | |
| Assenza di febbre (Temperatura > 38° o >37,5°C in due misurazioni consecutive a distanza 1 ora) | | |
| Assenza di Alloimmunizzazione | | |
| Assenza di Partoanalgesia farmacologica | | |



IL LIQUIDO AMNIOTICO con presenza di MECONIO

Le linee guida del NICE (2014) danno due definizioni di liquido amniotico tinto di meconio.



NON-SIGNIFICATIVO

Liquido amniotico di colore verde chiaro o giallo, acquoso e con assenza di grumi di meconio. A volte è definito come liquido leggermente o scarsamente tinto di meconio.

IL LIQUIDO AMNIOTICO con presenza di MECONIO

Le linee guida del NICE (2014) danno due definizioni di liquido amniotico tinto di meconio.

SIGNIFICATIVO

Liquido amniotico verde scuro o nero di consistenza densa, pastosa, che persiste nel tempo o liquido amniotico tinto di meconio contenente grumi. A volte è definito come liquido fortemente e densamente tinto di meconio.



IL LIQUIDO AMNIOTICO con presenza di MECONIO

COME CONTROLLARE IL BENESSERE FETALE?

Eseguire CTG nelle donne a basso rischio ostetrico in travaglio se sono presenti o compaiono i seguenti fattori di rischio:

- *sospetta corionamniosite o sepsi o temperatura maggiore-uguale a 38°C*
- *ipertensione severa $\geq 160/110$ mmHg*
- *uso di ossitocina*
- ***presenza significativa di meconio***
- *sanguinamento vaginale di recente insorgenza*



IL LIQUIDO AMNIOTICO con presenza di MECONIO

COME CONTROLLARE IL BENESSERE FETALE?

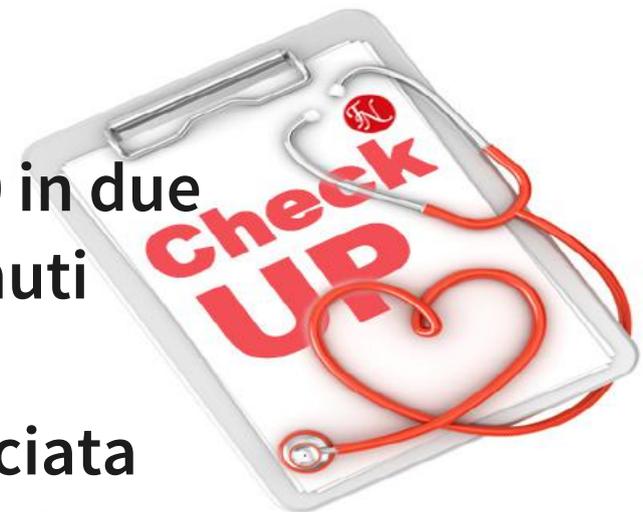
Effettuare una valutazione complessiva della donna e del bambino e se 2 o più dei fattori di rischio sotto citati sono presenti
controllare il benessere fetale con CTG

- *rottura prematura delle membrane (24 ore o più)*
- *ipertensione moderata (da 150/100 mmHg fino a 159/109 mmHg)*
- *diagnosi di rallentamento nel primo o nel secondo stadio del travaglio*
- **la presenza di meconio non significativa**

Controllare il benessere fetale con CTG se anche solo uno è associato con altri fattori di rischio rilevati durante la valutazione complessiva del benessere materno e fetale.

IL LIQUIDO AMNIOTICO con presenza non significativa di MECONIO... cosa valutare?

- Frequenza cardiaca materna > 120 battiti / minuto in 2 occasioni a distanza di 30 minuti l'uno dall'altro
- Una sola rilevazione della PAD ≥ 110 mmhg, un PAS ≥ 160 mmhg (o entrambi)
- Una rilevazione PAD ≥ 90 mmhg o PAS ≥ 140 in due misurazioni consecutive a distanza di 30 minuti
- Una lettura di 2+ di proteine sulle urine associata ad una singola rilevazione della PAD ≥ 90 mmhg o PAS ≥ 140



IL LIQUIDO AMNIOTICO con presenza non significativa di MECONIO... cosa valutare?

- Temperatura uguale o superiore a 38 ° c in una sola rilevazione, o superiore a 37,5 ° c in due rilevazioni consecutive a distanza di 1 ora
- Qualsiasi perdita di sangue vaginale considerata abbondante
- Un dolore riferito dalla donna che differisce dal normale dolore associato alle contrazioni
- Una progressione non fisiologica nel primo o secondo stadio del travaglio



IL LIQUIDO AMNIOTICO con presenza di MECONIO

Se il liquido amniotico è **TINTO DI MECONIO IN MODO NON SIGNIFICATIVO** osservare il bambino a 1 ora e a 2 ore ore di vita in tutti i luoghi del parto. [New, 2014]

Indipendentemente dalle caratteristiche del liquido amniotico tinto di meconio, se è presente una delle seguenti osservazioni sul neonato chiamare il neonatologo per una valutazione:

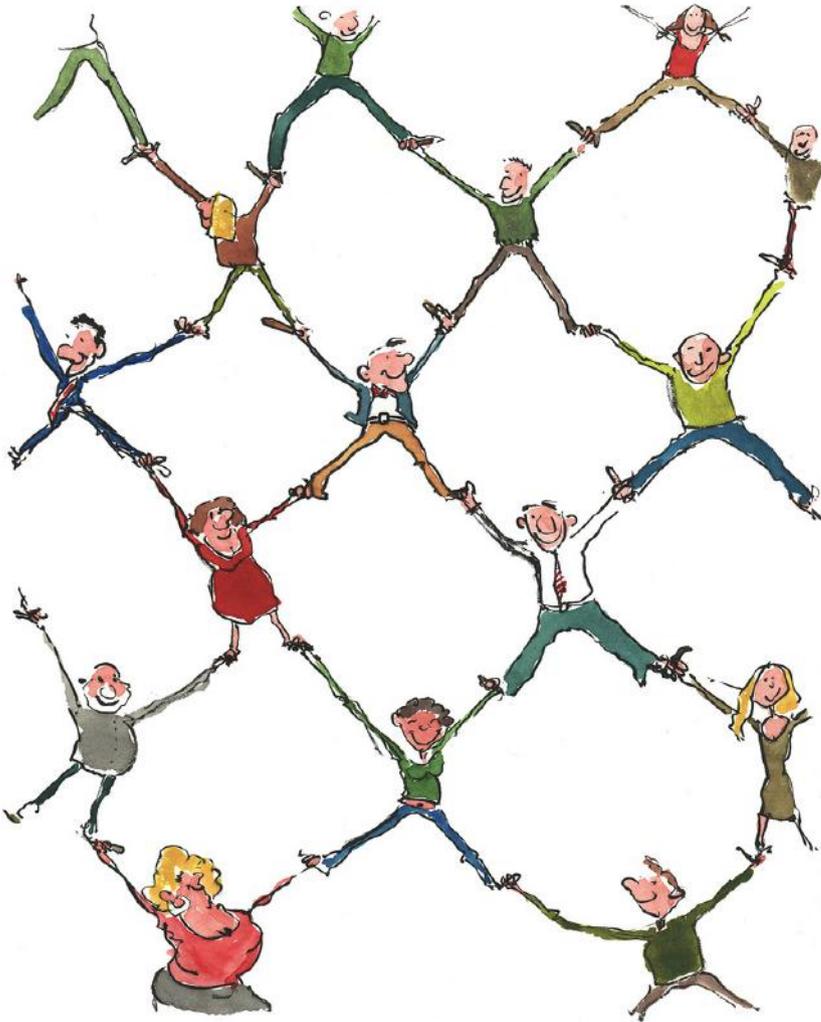
- ✓FR>60 atti/m
- ✓presenza di rantoli
- ✓FC<100 btt/min o >160 btt/min
- ✓tempo di riempimento capillare superiore a 3 sec.

- ✓T°C >38°C o >37,5°C in 2 occasioni a distanza di 30 min
- ✓SO₂< 95% (misurazione SO₂ è con presenza di meconio non significativa)
- ✓presenza di cianosi centrale

BOZZA MODELLO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA IN TRAVAGLIO RISPETTO ALLO STATO DI SALUTE PREGRAVIDICO/ GRAVIDANZE PREGRESSE.

| | SI | NO |
|---|--|-----------|
| Malformazioni uterine | ABOM se decorso fisiologico della gravidanza /AGI | |
| MEF, Morte perinatale | AGI | ABO |
| Aborto tardivo, parto pretermine, nato con basso peso e ricoverato in TIN | ABO | |
| Pregressa ipertensione in gravidanza | ABO | |
| Pregressa Eclampsia, HELLP | ABOM | ABO |
| Alloimmunizzazione materno fetale | ABOM | ABO |
| Pregressa psicosi puerperale | AGIM | ABO |
| Patologie psichiche pregresse (es depressioni, problemi adolescenza) | ABOM | ABO |
| Pregresso nato con anomalia congenita o genetica | ABO | |
| Pregresso macrosoma (>4500 gr) | ABO | |
| Pregressa distocia di spalla | AGI | ABO |
| Pregresso TC | AGI | ABO |
| Pregresso Parto Operativo | ABO | |
| Precedente lacerazione di 3 [^] o 4 [^] grado | ABO | |
| Pregressa amnionite/endometrite/sepsi puerperale | ABO | ABO |
| Pregressa sepsi neonatale | AGI | |
| Precedenti tromboembolici | AGI | ABO |

ESISTE UNA ULTERIORE CATEGORIA DI MODELLO?



ABOMI: assistenza di base
ostetrica modificata integrata

**FATTORI DI RISCHIO
SOCIALE/NON CLINICO ANCHE
MULTIDIMENSIONALE CHE
POSSONO ESSERE GESTITI
DALL'OSTETRICA CHE SI
INTERFACCIA CON LA RETE**

**BOZZA MODELLO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA IN SALA PARTO RISPETTO ALLA
SCHEDE RISCHIO GAT PER L'ATTUALE GRAVIDANZA**

| | SI | NO |
|--|--|-----------|
| Età > 40  | Modello assistenziale appropriato in relazione all'età, parità, e decorso gravidanza ABOM/AGI | |
| Età < 16 | ABOMI | ABO |
| Malnutrizione BMI < 18 . Obesità > 30 attuali | AGI | ABO |
| Uso di stupefacenti..... | AGIM | ABO |
| Abuso di fumo o alcool attuali | AGIM | ABO |
| Patologie psichiatriche attuali | AGIM | ABO |
| Condizione sociale sfavorevole | ABOMI | ABO |
| Asma severa | AGIM | ABO |
| Asma lieve | ABO | |
| Fibromi uterini sintomatici/pregresse miomectomie | AGI | |
| MST  | ABOM o AGI secondo patologia | |
| Infezioni urinarie o genitali (herpes-HPV) in atto | AGI o AGIM Modello assistenziale appropriato in relazione all'infezione | |
| Infezioni urinarie o genitali (herpes-HPV) non in atto | ABOM | |
| Malattie infettive sistemiche | AGIM | ABO |
| HIV | AGI | ABO |
| Epatopatie attive | AGIM | ABO |
| Cardiopatie | AGIM | ABO |
| Nefropatie/Uropatie attuali | AGIM | ABO |
| Patologie oncologiche attuali | AGIM | ABO |
| Patologie neurologiche | AGI | ABO |
| Donne con crisi epilettiche o in terapia con anticonvulsivanti | AGI | ABO |
| Ipotiroidismo compensato  | ABO | ABO |
| Endocrinopatie | AGI | ABO |
| Malattie autoimmuni che compromettono gli scambi placentari | AGI | ABO |
| Hb.patie - A.Falciforme | AGI | ABO |

BOZZA MODELLO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA IN SALA PARTO RISPETTO ALLA SCHEDA RISCHIO GAT PER L'ATTUALE GRAVIDANZA

| | SI | NO |
|--|---|-----|
| Accesso tardivo in gravidanza (> 20 ° W). Confemata normale evoluzione della gravidanza nei controlli successivi. | ABO | |
| Gravidanza ottenuta con tecniche di PMA | ABOM | ABO |
| Gravidanza multipla Bi-BI attuale | AGI | ABO |
| Perdite ematiche vaginali del II o III trimestre risolte | ABO | |
| Coagulopatie attuali e tromboflebiti | AGIM | ABO |
| Dati di laboratorio anomali (se presenti specifici protocolli di uo) | ABOM | ABO |
| Piastrinopenia | AGIM | ABO |
| Ipertensione- preeclampsia attuale | AGI o AGIM in relazione alla severità del quadro clinico | |
| Eclampsia/Hellp | AGIM | ABO |
| Diabete gestazionale in terapia dietetica (glicemia compensata)  | ABOM | ABO |
| Diabete gestazionale in terapia insulinica, diabete I -II | AGIM | ABO |
| Colestasi | AGI | ABO |
| Inserzione placentare anomala | AGIM | ABO |
| Polidramnios | AGI | ABO |
| Oligodramnios | AGI | ABO |
| Cerchiaggio in sede in gravidanza rimosso senza complicazioni | ABO | |
| Alloimmunizzazione m-f | AGI | ABO |
| Ritardo di crescita intrauterino | AGI | ABO |
| Macrosomia fetale | AGI | ABO |
| Presentazione anomala al momento del travaglio | AGI | ABO |
| Malformazioni fetali che riguardano gli organi vitali e/o patologie genetiche | AGIM | ABO |
| Malformazioni fetali isolate che non riguardano gli organi vitali (esempio piede torto) | ABOM | ABO |
| Rottura prematura delle membrane < 37 settimane | AGI | ABO |
| PROM > 24 ore o PROM con tampone vagino rettale positivo per SBE  | AGI | ABO |
| Induzione del travaglio | AGI | ABO |

Es. PROTOCOLLO DONNE CON DIABETE GESTAZIONALE IN TP DIETETICA

| | |
|---|--|
| Definizione della popolazione di riferimento | Donne con le seguenti caratteristiche: <ul style="list-style-type: none">- diabete gestazionale con glicemie normali solo con terapia dietetica e esercizi- nessun fattore di rischio associato- crescita fetale regolare- compliance della donna nel controllare le glicemie durante la gravidanza- gravidanza di epoca gestazionale < 41 settimane |
| Management al ricovero | Il mantenimento di un buon controllo glicemico è l'intervento chiave per ridurre la frequenza e / o la gravità delle complicazioni legate al diabete mellito gestazionale. Al ricovero verificare: <ul style="list-style-type: none">- la modalità in cui è avvenuto il controllo glicemico (solo dieta ed esercizi o terapia farmacologica)- il decorso della gravidanza e la presenza di altre complicazioni (macrosomia, preeclampsia, polidramnios o oligoidramnios, IUGR)- il compenso glicemico in gravidanza Gli standard di un buon compenso glicemico consigliati sono <ul style="list-style-type: none">- digiuno < 95 mg/dL- un'ora post-prandiale < 140 mg/dl- due ore postprandiale < 120 mg/dl |
| Management in travaglio | In travaglio la glicemia deve mantenersi tra 72 e 126 mg/dL. Le donne con diabete gestazionale che in gravidanza avevano glicemie normali senza uso di insulina o farmaci anti-iperglicemici normalmente non richiedono l'insulina durante il travaglio, e quindi non hanno bisogno di controlli orari della glicemia. Verificare la glicemia di routine nei bambini di donne con diabete a 2-4 ore dopo la nascita (secondo protocolli aziendali). |

MA E' SEMPRE INDICATO IL CTG????

FIGO consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: Cardiotocography☆☆

In tutte le situazioni in cui vi è un elevato rischio di ipossia e acidosi per il feto *emorragia vaginale, iperpiressia materna, anomalie della crescita fetale durante la gravidanza, l'analgesia epidurale, liquido tinto di meconio, travaglio indotto o pilotato con ossitocina.*

Intrapartum Care Care of healthy women and their babies during childbirth

Nelle donne a basso rischio ostetrico in travaglio se sono presenti o compaiono i seguenti fattori di rischio:

- sospetta corionamniosite o sepsi o temperatura maggiore-uguale a 38°C
- ipertensione severa uguale o maggiore a 160/110 mmHg
- uso di ossitocina
- presenza significativa di meconio
- sanguinamento vaginale di recente insorgenza

MA E' SEMPRE INDICATO IL CTG????

| PERIODO | CONDIZIONE PATOLOGICA |
|------------|--|
| Gravidanza | <ul style="list-style-type: none">• CTG pre-natale anormale• Doppler arterie ombelicali alterate• Sospettata o confermata restrizione della crescita fetale• Oligoidramnios o Polidramnios• Gravidanza \geq 42 settimane• Gravidanza multipla• Presentazione podalica• Emorragia antepartum• PROM\geq24 h• Anomalie fetali che richiedono il CTG• Pregresse cicatrici nell'utero (ad esempio pregresso TC)• Ipertensione o preeclampsia• Il diabete trattato con farmaci (insulina o metformina) o scarsamente controllato o con macrosomia fetale |

MA E' SEMPRE INDICATO IL CTG????

| PERIODO | CONDIZIONE PATOLOGICA |
|------------|---|
| Gravidanza | <ul style="list-style-type: none">• Condizioni ostetriche o mediche attuali o precedenti, che possono costituire un rischio di compromissione fetale (ad esempio colestasi, isoimmunizzazione, abuso di sostanze)• Movimenti fetali ridotti nella settimana precedente il travaglio• BMI ≥ 40 kg /m²• Età materna ≥ 42 anni• Anomalie dello screening ematico materno Associated Plasma Proteina-A (PAPP-A) $< 0,4$ MoM) associate con un aumento del rischio di esiti perinatali sfavorevoli (ad esempio di nati morti, morte infantile, FGR, parto pretermine e preeclampsia in un feto cromosomicamente normale)• Vasi previ |

MA E' SEMPRE INDICATO IL CTG????

PERIODO

CONDIZIONE PATOLOGICA

Travaglio

- Induzione con prostaglandine
- Auscultazione anormale o CTG sospetto/patologico
- Induzione o augmentation con ossitocina
- Analgesia epidurale o blocco paracervicale
- PEV anomale in travaglio
- Iperpiressia materna $T^{\circ}C \geq 38$
- Liquido amniotico tinto di meconio o con sangue
- Liquido amniotico assente dopo amniorexi
- Primo stadio del travaglio prolungato
- Secondo stadio del travaglio prolungato in cui la nascita non è imminente
- Travaglio pretermine <37 settimane
- Iperstimolazione uterina /tachisistolia

MA E' SEMPRE INDICATO IL CTG????

PERIODO

CONDIZIONE PATOLOGICA

Altre condizioni

SE DUE O PIÙ DELLE SEGUENTI CONDIZIONI PRENATALI O INTRAPARTUM SONO PRESENTI IN TRAVAGLIO, IL CTG È RACCOMANDATO:

- Gravidanza tra 41 e 41+ 6 settimane di gestazione
- Ipertensione gestazionale
- Diabete mellito gestazionale (GDM) senza complicazioni
- L'obesità (BMI 30-40 kg / m²)
- Età materna maggiore o uguale a 40 e meno di 42 anni
- Iperpiressia materna (temperatura 37.8° C o 37.9°C)
- Prima di blocco epidurale per stabilire le caratteristiche di base del BCF

BOZZA MODELLO ASSISTENZIALE PER L'ASSISTENZA IN SALA PARTO IN RELAZIONE A COMPLICANZE CHE SI VERIFICANO IN TRAVAGLIO DI PARTO

| | SI | NO |
|---|--|-----------|
| BCF sospetto all'ascultazione | AGI o ABO se CTG normale per 20 minuti | |
| Augmentation con ossitocina  | AGI | ABO |
| Sospetta corionamnionite o sepsi, o temperatura $\geq 38^{\circ}\text{C}$ o $> 37,5^{\circ}\text{C}$ in due misurazioni consecutive a distanza di 1 ora | AGI | ABO |
| Anomalie della contrattilità uterina (ipertono, tachisistolia) | AGI | ABO |
| Presenza significativa di meconio nel liquido amniotico | AGIM | ABO |
| Sanguinamento in travaglio | AGI | ABO |
| Epidurale in travaglio | AGIM | ABO |
| Altro..... | | |

AUGMENTATION CON OSSITOCINA ...

Non sempre appropriata!

FRIEDMAN



- ✓ L'inizio della **FASE LATENTE DEL TRAVAGLIO** coincide con la percezione materna di contrazioni regolari.
- ✓ Fase latente prolungata > 20 ore in nullipare >14 ore in donne multipare.
La **FASE ATTIVA** del travaglio inizia quando la variazione della dilatazione cervicale aumenta significativamente.
Le anomalie del primo stadio del travaglio si dividono in rallentamenti o arresti della progressione
- ✓ **FASE ATTIVA PROLUNGATA** < 1,2 cm / h per nullipare e < 1,5 cm / h per le donne multipare
- ✓ **ARRESTO FASE ATTIVA** assenza di modificazione cervicale per 2 ore o più in presenza di adeguate contrazioni uterine e dilatazione cervicale di almeno 4 cm.

AUGMENTATION CON OSSITOCINA ...

Non sempre appropriata!

Studio multicentrico
retrospettivo 62,415
donne



Velocità di dilatazione:
0,5-0,7 cm/h nullipare
0,5-1,3 cm/h multipare

1,8 ore (fino a 8 ore) da 3 a 4 cm
1,3 ore (fino a 7 ore) da 4 a 5 cm

**Tra i 4-6 cm nullipare e pluripare
hanno la stessa velocità di dilatazione**

**Aumento della velocità di dilatazione
a 6 cm per le pluripare**

AUGMENTATION CON OSSITOCINA ...

Non sempre appropriata!

Il "Consortium on Safe Labour" non identifica una durata ottimale per la diagnosi di rallentamento o arresto del travaglio

Ma suggerisce che non dovrebbe essere diagnosticata PRIMA DEI 6 CM DI DILATAZIONE.

La dilatazione cervicale di 6 cm deve essere considerata la soglia per fare diagnosi di fase attiva nella maggior parte delle donne in travaglio.



AUGMENTATION CON OSSITOCINA ... Non sempre appropriata!



Box 1. Definition of Arrest of Labor in the First Stage

Spontaneous labor: More than or equal to 6 cm dilation with membrane rupture and one of the following:

- 4 hours or more of adequate contractions (eg, more than 200 Montevideo units)
- 6 hours or more of inadequate contractions and no cervical change

Cesarean delivery for active phase arrest in the first stage of labor should be reserved for women at or beyond 6 cm of dilation with ruptured membranes who fail to progress despite 4 hours of adequate uterine activity, or at least 6 hours of oxytocin administration with inadequate uterine activity and no cervical change.

1B

Strong recommendation, moderate quality evidence

E NEL SECONDO STADIO DEL TRAVAGLIO?

Second stage of labor

A specific absolute maximum length of time spent in the second stage of labor beyond which all women should undergo operative delivery has not been identified.

Before diagnosing arrest of labor in the second stage, if the maternal and fetal conditions permit, allow for the following:

- At least 2 hours of pushing in multiparous women (1B)
- At least 3 hours of pushing in nulliparous women (1B)

Longer durations may be appropriate on an individualized basis (eg, with the use of epidural analgesia or with fetal malposition) as long as progress is being documented. (1B)

1C

Strong recommendation, low quality evidence

1B

Strong recommendation, moderate quality evidence



IL TERZO STADIO DEL TRAVAGLIO

RACCOMANDAZIONI

Si raccomanda di prendere in esame i fattori di rischio per EPP in ogni donna assistita durante l'assistenza in gravidanza e al momento del ricovero per il parto, al fine di identificare precocemente le pazienti a rischio.

raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel

Si raccomanda che tutte le donne a rischio di EPP per le seguenti condizioni: precedente EPP, placenta previa, sospetta placentazione anomala invasiva e preeclampsia grave, vengano indirizzate a strutture sanitarie di livello appropriato per la gestione della complessità assistenziale e monitorate con particolare attenzione durante il post partum.

raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel

Si raccomanda la vigilanza e la diagnosi precoce dell'emorragia in tutti i setting assistenziali perché molti casi di EPP non presentano fattori di rischio identificabili.

raccomandazione di buona pratica clinica basata sull'esperienza del panel

Si raccomanda in donne a rischio aumentato di emorragia del post partum la somministrazione di 10 UI IM dopo l'espulsione della spalla anteriore o immediatamente dopo l'espulsione del feto prima di clampare e tagliare il funicolo, seguita da un'infusione lenta di 8-10 UI/ora in soluzione isotonica per 2-4 ore.

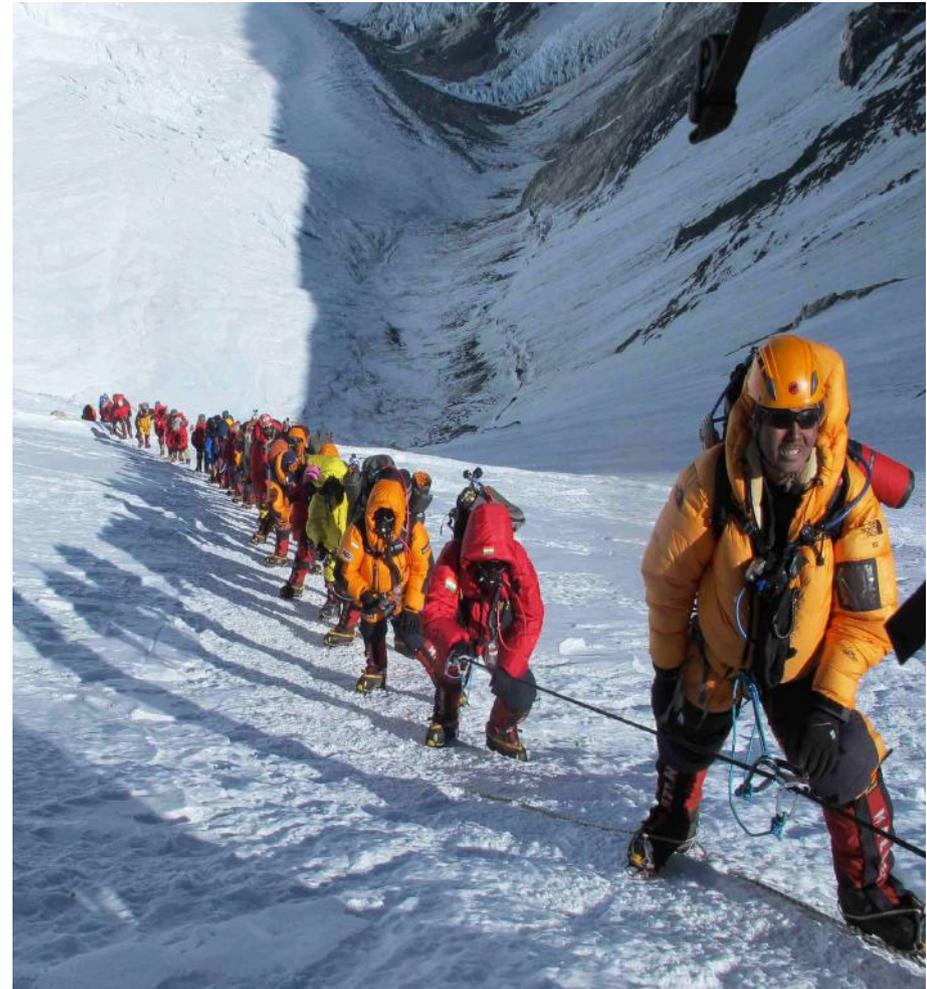
raccomandazione debole, prove di bassa qualità

BOZZA MODELLO ASSISTENZIALE PER DONNE CON AUMENTATO RISCHIO DI EMORRAGIA POST-PARTUM

| | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| Pregressa emorragia post-partum e/o placenta ritenuta  | ABOM | ABO |
| Obesità materna BMI>35 kg/m ² | AGI | ABO |
| Malformazioni uterine (gravidanza e travaglio/parto con decorso regolare) | ABOM | ABO |
| Gravidanza ottenuta con PMA (gravidanza e travaglio/parto con decorso regolare) | ABOM | ABO |
| Anomalie della placentazione | AGIM | ABO |
| Pre-eclampsia o ipertensione indotta dalla gravidanza | AGI | ABO |
| Sovradistensione uterina (polidramnions, gravidanza multipla, macrosomia>4 kg) | AGI | ABO |
| MEF | AGIM | ABO |
| Sospetto o accertato distacco di placenta | AGIM | ABO |
| Anemia materna < 8.5 g/dl | AGI | ABO |
| Disordini ematici materni: Malattia di von Willebrand. Carenza fattore VIII - emofilia di tipo A, Carenza fattore IX - emofilia di tipo B deficit di fattore VII, fibrinogeno, fattore II, fattore V, fattore V e VIII combinato, fattore X, fattore XI, fattore XIII CID | AGIM | |
| Induzione, uso di ossitocina >12 ore | AGI | ABO |
| Mancata progressione del 2 [^] stadio del travaglio | AGI | ABO |
| Parto operativo | AGI | ABO |
| Episiotomia | AGI | ABO |
| Corionamnionite | AGI | ABO |
| Mancato secondamento | AGIM | ABO |
| Rottura d'utero | AGIM | ABO |
| Inversione uterina | AGIM | ABO |
| Donne che rifiutano le trasfusioni di sangue / emoderivati | AGI | ABO |

PROSSIMAMENTE.....

- Scheda da perfezione
- Discussione sui vari profili assistenziali in gruppi multidisciplinari
- Condivisione e stesura dei modelli assistenziali e protocolli specifici



**GRAZIE
PER
L'ATTENZIONE**

