

Raccomandazione Ministeriale	ASL LATINA UOC RISCHIO CLINICO, MEDICINA LEGALE E QUALITÀ	VERS.3 16/04/2026	Pag.1 di 38
-------------------------------------	--	----------------------	-------------

RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
Versione 2 01/01/2022 Versione 3 16/04/2026	Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia DEA II <i>Dott.ssa D. PALLANTE</i> F.O. Percorso Nascita Attività Consultoriali <i>Dott.ssa G. ROSSETTI</i>	Direttore UOC Pediatria <i>Dott. R. LUBRANO</i> Direttore UOC Ginecologia <i>Dott. F. A. BATTAGLIA</i> Direttore Sostituto. UOC Professioni Sanitarie Reti Ospedaliera <i>Dott. S. DI MAURO</i> Dirigente Professione Ostetrica Dott.ssa <i>P. COSCARELLA</i> Dirigente UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dott. Enrico Pilia</i> Il Responsabile Funz. Org. Qualità e Risk Management <i>Dott. R. MASIERO</i>	Responsabile Sostituto UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dr.ssa Azzurra Rizzo</i>	2 Anni
VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni
	X			X

La stesura della suddetta procedura rappresenta lo stato dell'arte della conoscenza al momento della sua redazione.

Gruppo di lavoro: G. Rossi, M. Capozzi, A. Mazza, I.A. Alamprese, P. Coscarella, G. Laccetta, D. Pallante, F. Nania

La U.O.C. Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità è referente dell'implementazione della procedura.

SOMMARIO

SOMMARIO	3
1. <u>PREMESSA</u>	5
2. <u>OBIETTIVI.....</u>	6
3. <u>CAMPO DI APPLICAZIONE</u>	7
4. <u>DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....</u>	8
5. <u>MATRICE DI RESPONSABILITÀ</u>	9
5.1 MATRICE DI RESPONSABILITÀ DEL PERCORSO A FASE 1-2-3.....	9
5.2 MATRICE DI RESPONSABILITÀ DEL PERCORSO B FASE 1-2-3.....	10
6. <u>MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO</u>	11
7. <u>FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE</u>	12
7.1 FASE 1: ACCETTAZIONE DELLA DONNA E ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO.....	12
7.1.1 TRIAGE OSTETRICO:.....	12
7.1.2 VISITA DI ACCETTAZIONE	13
7.1.3 CARDIOTOCOGRAFIA	13
7.1.4 ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO	16
8. <u>PERCORSO A GESTIONE DEL PARTO A BASSO RISCHIO.....</u>	17
8.1 FASE 2 DEL PARTO A BASSO RISCHIO: GESTIONE TRAVAGLIO/PARTO	17
8.2 FASE 3 DEL PARTO A BASSO RISCHIO: POST-PARTUM	19
9. <u>PERCORSO B GESTIONE DEL PARTO AD ALTO RISCHIO.....</u>	20
9.1 FASE 2 DEL PARTO AD ALTO RISCHIO: GESTIONE TRAVAGLIO/PARTO	20
9.1.1 CLASSIFICAZIONE DEL TAGLIO CESAREO.....	21
9.1.2 PREVENZIONE DELLE INFEZIONI CHIRURGICHE E DEL SITO OPERATORIO.....	22
9.1.3 PREVENZIONE DEL RISCHIO TROMBOEMBOLICO.....	23
9.1.4 ANESTESIA ED ORGANIZZAZIONE DELL'INTERVENTO CHIRURGICO	24
9.2 FASE 3 DEL PARTO AD ALTO RISCHIO: POST-PARTUM.....	25
10 <u>SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA E ALIMENTAZIONE SIRES.....</u>	26
11. <u>BIBLIOGRAFIA.....</u>	27
12. <u>ALLEGATI.....</u>	28

ALLEGATO 1 – SCHEDA ANAMNESTICA E MONITORAGGIO CARDIOTOCOGRAFICO.....	29
ALLEGATO 2 – SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO TRAVAGLIO/PARTO	31
ALLEGATO 3 – SCHEDA VALUTAZIONE E MONITORAGGIO POST-PARTUM.....	33
ALLEGATO 4 – INFORMATIVA PARTO CESAREO IN ELEZIONE	34
ALLEGATO 5 – SCHEMA INCIDENT REPORTING EVENTO SENTINELLA MORTE MATERNA O GRAVE DANNO OCCORSI DURANTE LA GRAVIDANZA, IL TRAVAGLIO E/ O PARTO ENTRO 42 GIORNI DAL TERMINE DELLA GRAVIDANZA.....	35
ALLEGATO 6 – SCHEMA AUDIT EVENTO SENTINELLA MORTE MATERNA O GRAVE DANNO	36

1. PREMESSA

La mortalità materna e neonatale rappresenta un evento di particolare rilevanza sanitaria ed è un indicatore importante dello stato di salute della popolazione e della qualità dell'assistenza erogata. Una corretta valutazione del rischio materno e fetale, durante la gravidanza, il travaglio e il parto, è alla base di un'adeguata organizzazione del percorso assistenziale e consente la tempestiva individuazione di eventuali complicanze.

A tal fine, il Ministero della Salute ha emanato specifiche Raccomandazioni, tra cui:

- Raccomandazione n.6 (2008) per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
- Raccomandazione n.16 (2014) per la prevenzione della morte o disabilità permanente nel neonato sano di peso >2500 grammi, non correlata a malattia congenita.

In coerenza con le Raccomandazioni Ministeriali e secondo quanto previsto dal documento di indirizzo del Centro Regionale Rischio Clinico della Regione Lazio (3 novembre 2025), è stato elaborato il presente documento, con lo scopo di definire in modo sistematico le modalità operative da adottare nei Punti Nascita della ASL di Latina.

Tali modalità sono finalizzate a garantire una presa in carico della gestante, appropriata, sicura e continuativa, nonché prevenire gli eventi avversi correlati alla gravidanza, al travaglio/ parto/ puerperio.

Le principali cause di mortalità sono riconducibili a fattori clinico- assistenziali ed organizzativi, tra cui:

- inadeguata comunicazione tra professionisti;
- mancata rilevazione tempestiva della gravità del quadro clinico;
- diagnosi non corretta;
- trattamento sub-ottimale / non appropriato;
- mancanza di posti letto in terapia intensiva;
- criticità nell'applicazione delle linee guida, delle raccomandazioni e delle procedure aziendali.

2. OBIETTIVI

Il presente documento ha la finalità di recepire e aggiornare la raccomandazione n.6 “Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto”, del Ministero della Salute, nonché il Documento in indirizzo della Regione Lazio n. G1485 (novembre 2025), adattandola al contesto organizzativo e assistenziale del percorso nascita dell’Azienda Sanitaria di Latina, presso i Punti Nascita di **Latina-Fondi-Formia**.

Il documento rappresenta uno strumento di organizzazione e integrazione dei percorsi clinico-assistenziali, volto a supportare i professionisti sanitari coinvolti, ciascuno per le proprie competenze e responsabilità, nel continuum assistenziale, al fine di:

- 1. Ottimizzare i flussi informativi e la comunicazione** tra i professionisti coinvolti nel percorso nascita, nel rispetto dei diversi ruoli e delle specifiche responsabilità.
- 2. Garantire l’appropriatezza e tempestività nella valutazione del rischio ostetrico**, attraverso un processo strutturato di valutazione del rischio materno e fetale all’accesso e nel corso del percorso assistenziale, con rivalutazione durante l’assistenza al travaglio/parto.
- 3. Favorire la tempestività della diagnosi e del trattamento** delle eventuali complicanze a carico della diade madre/neonato.
- 4. Potenziare la formazione continua multi-professionale multidisciplinare**, sulle emergenze ostetriche, inclusa l’emorragia post-partum (EPP), rivolta a tutti i professionisti sanitari coinvolti nell’assistenza al travaglio/parto.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente documento si applica alle donne in gravidanza e ai neonati assistiti presso le UU.OO. di Ostetricia/Ginecologia e Le UOC di Neonatologia, nelle fasi di gravidanza, travaglio/parto e nel decorso del post-partum, nel puerperio e nelle prime ore e giorni di vita del neonato. dei Punti Nascita dei Presidi Ospedalieri di Latina-Fondi-Formia.

Le attività previste sono adottate in coerenza con le Raccomandazioni del Ministero della Salute e con le indicazioni regionali vigenti.

A CHI	La procedura è rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso nascita: Ginecologi, Ostetriche/i, Anestesisti, Neonatologi, Infermieri, coinvolti nell'assistenza delle gestanti, durante il travaglio-parto e nella fase del post-partum.
DOVE	La procedura si applica nelle strutture di accoglienza Pronto Soccorso e nelle Unità Operative in cui viene effettuata la presa in carico della gestante, della puerpera e del neonato.
PERCHÉ	La procedura è finalizzata alla tutela della salute della donna in gravidanza, in travaglio-parto e nel post-partum, nonché del neonato, nel corso della degenza ospedaliera e in caso di eventuale trasferimento programmato o in emergenza.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

CTG	Cardiotocografia
BCF	Battito Cardiaco Fetale
Diade	Legame madre-neonato che si instaura già dalla vita intrauterina e realizzarsi nella prime settimane di vita del neonato.
Morte materna	Il decesso di una donna durante la gravidanza verificatosi oltre i 42 giorni dal suo termine, indipendentemente alla causa. Tale definizione comprende anche le morti dovute a cause accidentali.
Partogramma	Strumento di descrizione grafica dell'andamento del travaglio/parto.
Triage Ostetrico	Strumento di valutazione, selezione e classificazione delle pazienti in base al grado di urgenza e al quadro clinico della donna/diade.
Rischio ostetrico	Quadro clinico dinamico che richiede una valutazione continua, finalizzata all'adozione di interventi assistenziali appropriati e tempestivi.
Post-partum	Il periodo di due ore che segue l'espulsione della placenta.
Puerperio	Il periodo di tempo che inizia subito dopo l'espulsione della placenta e termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica.
Ostetrica	Ostetrica
Coordinatore Ostetrico	Coordinatore Ostetrica
D.UOC.A/R	Direttore Unità Operativa di Anestesia e Rianimazione
D.UOC. OS	Direttore Unità Operativa di Ostetricia/Ginecologia
D.UOC. N/P	Direttore Unità Operativa di Neonatologia/Pediatria
DMOG	Dirigente Medico Ostetrico-Ginecologo
DMN	Dirigente Medico Neonatologo
DMA	Dirigente Medico Anestesista

5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

5.1 Matrice di responsabilità del percorso A Fase 1-2-3

FUNZIONE → ATTIVITÀ ↓	Ginecologo	Ostetrica	Neonatologo	Coordinatore Ostetrico	D.UOC Ost/Gin	D.UOC Neonatologia	Risk Management
Rischio Ostetrico	R	C	I	I	I	I	I
Triage Ostetrico con attribuzione del Codice	C	R	I	I	I	I	I
Rilevazione Cardiotocografia	I	R	I	I	I	I	I
Refertazione Cardiotocografia	R	C	I	I	I	I	I
Gestione del travaglio-parto a Basso rischio	I	R	I	I	I	I	I
Compilazione del Partogramma	I	R	I	I	I	I	I
Rilevazione del punteggio di Apgar Assenza di malformazioni	I	R	I	I	I	I	I
Clampaggio del cordone ombelicale	I	R	I	I	I	I	I
Avvio del SSC		R	I	I	I	I	I
Identificazione madre/neonato	I	R	I	I	I	I	I
Rilevazione dei parametri materni nel post-partum	I	R	I	I	I	I	I
Rilevazione parametri neonatali nello SSC	I	R	I	I	I	I	I
Trasferimento della puerpera in degenza e con la documentazione clinica relativa alla valutazione del post-partum (Allegato 3).	I	R	I	I	I	I	I

5.2 Matrice di responsabilità del percorso B Fase 1-2-3

FUNZIONE → ATTIVITÀ ↓	Ginecologo	Ostetrica	Neonatologo	Anestesista	Coord Ostetrico	D.UOC Ost/Gin	D.UOC N/P	Risk Management
Rischio Ostetrico	R	C	I	I	I	I	I	I
Triage Ostetrico con attribuzione del Codice	C	R	I	I	I	I	I	I
Rilevazione Cardiotocografia	C	R	I	I	I	I	I	I
Refertazione Cardiotocografia	R	C	I	I	I	I	I	I
Valutazione del rischio tromboembolico	R	C	I	C	I	I	I	I
Visita e Consenso informato all'Anestesista	I	I	I	R	I	I	I	I
Consenso Informato al TC	R	C	I	I	I	I	I	I
Esecuzione al Taglio Cesareo	R	C	I	I	I	I	I	I
Patologia tromboembolica aspetti clinici ostetrici/ginecologici	R	C	I	C	I	I	I	I
Compilazione Checklist di sala operatoria	R	R	I	R	I	I	I	I
Profilassi Antibiotica	R	C	I	I	I	I	I	I
Compilazione scheda di monitoraggio post- partum	I	R	I	I	I	I	I	I
Rilevazione del punteggio di APGAR	C	R	R	I	I	I	I	I
Identificazione madre/neonato	I	R	I	I	I	I	I	I

6. MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Per la stesura del presente documento è stato adottato un modello organizzativo finalizzato a garantire la tracciabilità, appropriatezza e qualità dell'assistenza del percorso nascita.

Il modello prevede:

- le attività assistenziali per le quali è necessario garantire adeguata documentazione all'interno della cartella clinica informatizzata(CCE), in tutti i contesti organizzativi che assicurano assistenza alla donna, durante il travaglio-parto e al neonato.
- Gli ambiti di autonomia professionale degli operatori coinvolti, in conformità ai principi di appropriatezza assistenziale e adeguamento al quadro clinico, in relazione alla variabilità clinica dei singoli casi.

In riferimento al percorso clinico-assistenziale, sono definiti tre tipologie di indicatori di monitoraggio:

- Indicatori di esito: correlati ai risultati ottenuti (cosa è stato prodotto);
- Indicatori di processo: correlati alla corretta applicazione delle attività organizzative (come ho prodotto);
- Indicatori di struttura: correlati alla disponibilità delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative (con cosa ho prodotto).

Il documento definisce, per ciascuna fase del percorso, un set minimo di indicatori di processo, funzionali a garantire i requisiti assistenziali.

7. FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE

L'applicabilità del modello teorico di riferimento, sono stati individuati standard minimi di sicurezza per l'assistenza al parto a basso rischio ostetrico e al parto chirurgico, differenziati in base al livello di rischio e articolati nelle seguenti fasi del percorso assistenziale:

- **FASE 1:** Accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio
- **FASE 2:** Gestione travaglio/parto, secondo criteri di appropriatezza clinico-assistenziale.
- **FASE 3:** Assistenza e monitoraggio nel post-partum

Le Fasi 1 e 3 presentano carattere trasversale sia nel parto a basso rischio sia in quello ad alto rischio,

la Fase 2 prevede attività specifiche differenziate in relazione alla complessità clinica. Per ogni fase è raccomandato un set minimo di indicatori per il monitoraggio e la verifica del percorso nascita.

In tutte le fasi è raccomandata l'implementazione di strategie organizzative finalizzate a favorire una comunicazione efficace con la donna e/o la coppia assistita, nel rispetto degli aspetti sociali, culturali, religiosi e linguistici.

7.1 Fase 1: Accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio

La fase iniziale del percorso assistenziale prevede una valutazione clinica accurata, finalizzata alla corretta attribuzione della classe di rischio.

Al fine di garantire un'adeguata presa in carico, devono essere eseguite le seguenti attività:

1. Triage Ostetrico
2. Visita di Accettazione
3. Cardiotocografia (CTG)
4. Ecografia per la valutazione della quantità di Liquido amniotico
5. Attribuzione della classe di rischio.

La procedura consente una presa in carico tempestiva e appropriata, in relazione al quadro clinico rilevato.

7.1.1 Triage Ostetrico:

In ambito ostetrico, il triage, inteso come attribuzione del codice di priorità per l'accesso alla valutazione in pronto soccorso (PS), è effettuato secondo il modello di Triage

adottato dall'Azienda, mediante l'applicazione dei criteri specifici previsti per l'area ostetrico-ginecologica. Presso la ASL Latina, nei tre Punti Nascita, è attiva un'accettazione ostetrica dedicata, volta a garantire la tempestiva presa in carico della donna gravida da parte dell'ostetrica. La presa in carico comprende la valutazione del rischio materno-fetale e l'attivazione del percorso assistenziale più appropriato. La valutazione ostetrica deve essere adeguatamente registrata nella documentazione clinica di Pronto Soccorso (scheda di Triage e cartella clinica di PS).

7.1.2 Visita di Accettazione

La visita di accettazione è effettuata di norma dall'ostetrica di guardia o dal medico ginecologo. Essa comprende la raccolta anamnestica relativa alla gravidanza in atto, alla storia ostetrica pregressa e alle eventuali patologie o terapie in corso.

La valutazione clinica prevede:

- Visita ostetrica completa ed Esplorazione Vaginale
- Rilevazione dei parametri vitali
- Valutazione del Battito Cardiaco Fetale/BCF)
- Registrazione degli atti clinici nella cartella clinica informatizzata.

7.1.3 Cardiotocografia

La valutazione cardiotocografica è eseguita secondo i criteri riportati nelle tabelle 1-2 e nell'allegato 1 (scheda anamnestica e monitoraggio CTG). Affinché il tracciato risulti adeguatamente interpretabile, la registrazione deve avere una durata minima di almeno venti (20) minuti. L'interpretazione del tracciato (CTG), deve essere condotta sulla base dei principali parametri della cardiotocografia, quali: Frequenza cardiaca basale, variabilità, accelerazioni, decelerazioni e attività contrattile uterina.

Prima dell'esecuzione del CTG è raccomandata una valutazione ecografica finalizzata a verificare oggettivamente la presentazione fetale, l'inserzione placentare e la quantità di liquido amniotico.

La valutazione del CTG deve essere differenziata tra donne non in travaglio attivo e donne in travaglio attivo, in quanto i criteri interpretativi si modificano in relazione al contesto clinico.

Donne non in travaglio

Il tracciato NST (Non Stress Test) è definito reattivo quando la frequenza cardiaca fetale è compresa tra i 110 e i 160 bpm e presenta una variabilità tra i 5 e 25 bpm. Devono

essere rilevate almeno due accelerazioni, in assenza di decelerazioni significative, presenti movimenti attivi fetali (MAF).

La registrazione deve avere una durata minima di venti (20) minuti; qualora si evidenziano accelerazioni qualitativamente e quantitativamente sufficienti può essere concluso anticipatamente. La fisiologica presenza di ciclicità del sonno fetale rappresenta un elemento da considerare nella valutazione del tracciato. Qualora, trascorsi quaranta (40) minuti, non si osservino almeno due accelerazioni, il tracciato NST è definito “**non reattivo**” (Tabella 1).

Tabella 1- Parametri per la classificazione della cardiocografia NON in travaglio: NST (Non Stress Test)

FC BASALE (bpm)	Variabilità (bpm)	MAF	Acceleazioni	Decelerazioni	Durata Esame	Interpretazione
110-160	± 5/25 bpm rispetto alla linea di base	Presenti	> 2 in 40 minuti	assenti	20 minuti se sono presenti accelerazioni oppure 40 minuti se non sono presenti accelerazioni.	Reattivo oppure Non Reattivo

*Incremento della linea di base di almeno 15 secondi. Se l'epoca gestazionale gestazionale è inferiore alle 32 settimane, si considerano valide due accelerazioni di almeno 10 battiti per almeno 10 secondi.

DONNE IN TRAVAGLIO

Si raccomanda che il tracciato cardiocografico sia refertato mediante la classificazione standardizzata, basata sulla valutazione dei principali parametri: linea di base, variabilità del BCF e presenza di eventuali decelerazioni, secondo quanto riportato nella **tabella 2**.

È richiesto che i Punti Nascita adottino e utilizzino un **unico metodo di classificazione del CTG**, al fine di garantire uniformità interpretativa e una Refertazione standardizzata da parte del team assistenziale.

Tabella 2 – Parametri per la Classificazione del CTG in Travaglio

TIPO	FC Basale (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	Interpretazione	Gestione Clinica
1	110-160	± 5/25 bpm rispetto alla linea di base	Nessuna decelera- zione ripetitiva	Assenza di ipossia/acidosi fetale	Nessun intervento

2	Assenza di almeno uno dei parametri di normalità del TIPO 1 ma senza nessun segno patologico del TIPO 3			Bassa probabilità di ipossia/acidosi fe- tale	Intervento volto alla cor- rezione delle cause
3	< 100	< 5 per un tempo > 50 minuti oppure >15 per un tempo>30 mi- nuti oppure Pattern sinusoi- dale per un tempo>50 minuti	Decelerazioni ripeti- tive tardive o prolun- gate che si verificano per un tempo >50 mi- nuti o >20minuti in caso i variabilità ri- dotta oppure una dece- lerazione prolungata per un tempo >5 mi- nuti	Possibile ipossia/acidosi fetale	Intervento immediato volto alla correzione delle cause reversibili

* Le decelerazioni si definiscono ripetitive quando sono associate a più del 50% delle contra-
zioni uterine. In presenza di decelerazioni precoci anche ripetitive, il tracciato è da considerarsi
di TIPO 1.

7.1.4 Attribuzione Della Classe Di Rischio

Nella documentazione relativa al ricovero ostetrico, sulla base dei criteri definiti nella tabella 3 e nell'allegato 2, deve essere identificata la classe di rischio della donna. L'attribuzione della classe di rischio deve essere effettuata sia al momento del ricovero sia all'accesso in sala parto. Eventuali variazioni della classe di rischio devono essere tempestivamente segnalate e documentate, al fine di garantire il percorso assistenziale più appropriato alla gestione della condizione clinica.

Tabella 3 – Criteri per la classificazione della classe di rischi al momento del ricovero

ANAMNESI OSTETRICA ATTUALE	
<ul style="list-style-type: none"> ○ Epoca gestazionale >37 e <41+ 6 settimane ○ Età materna >16 o > 40 anni ○ Feto singolo in posizione cefalica ○ Peso fetale stimato ecograficamente >2500 e < 4500gr ○ Placenta normalmente inserita ○ Liquido amniotico in normale quantità con valutazione ecografica della tasca massima verticale (TMV): Assenza di oligoamnios (TMV <30 mm); Assenza di polidramios (TMV >80 mm). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Membrane integre o PROM <24 h con liquido amniotico limpido ○ Temperatura corporea <38°C ○ Assenza di patologie fetali note ○ Assenza di alterazioni della crescita fetale ○ Assenza di patologie materne (diabete, pre-eclampsia, ipertensione arteriosa, ipertiroidismo, ipotiroidismo non controllato, ed altro) ○ Assenza di infezioni materna TORCH-LUE- HIV ○ Assenza di isoimmunizzazione da Rh ○ Assenza di barriera linguistica
ANAMNESI OSTETRICA REMOTA	ANAMNESI PATOLOGICA
<ul style="list-style-type: none"> ○ Assenza di pregresse patologie ostetriche (morte fetale/neonatale, grave disabilità neonatale, distocia di spalla, poliabortività). ○ Aborti spontanei < 3 ○ Assenza di pregressa chirurgia uterina (miomectomia, resezione setto uterino). 	<ul style="list-style-type: none"> ○ BMI pregravidico > 18 o < 35 ○ Assenza di patologie renali con proteinuria > 20 mg/dl e/o batteriuria > 100.000 UFC ○ Emogloblina > 9 g/dl in emocromo con data inferiore a 30 giorni ○ Assenza di patologie materne pre-gestazionali degne di nota ○ Assenza di abuso di sostanze psicotrope.

Ai fini della classificazione del travaglio/parto a basso rischio, è necessario che siano soddisfatti tutti i criteri previsti.

La Fase 1 termina con l'attribuzione della classe di rischio ostetrico (Basso- medio-Alto). A fini della corretta documentazione sanitaria di ciascuna assistita, devono risultare disponibili le seguenti evidenze:

- Triage Ostetrico secondo il modello TML (per i ricoveri con accesso da Pronto Soccorso);
- CTG (Cardiotocografia) eseguito e documentato;
- Scheda di attribuzione della classe di rischio, redatta secondo il modello previsto dall'allegato 2.

Tra gli indicatori minimi di processo, è prevista la presenza della scheda di attribuzione della classe di rischio all'interno della documentazione clinica informatizzata.

È altresì richiesto il referto della cardiotocografia secondo il modello previsto dall'allegato 1, nonché la corretta compilazione della sezione relativa al percorso assistenziale, per garantire la tracciabilità e la completezza della documentazione sanitaria.

8. PERCORSO A GESTIONE DEL PARTO A BASSO RISCHIO

8.1 Fase 2 del parto a basso rischio: Gestione travaglio/parto

La gestione del travaglio e del parto a basso rischio rientra nelle competenze del personale ostetrico. In presenza di alterazioni rispetto ai parametri fisiologici del travaglio, il personale ostetrico provvede a informare tempestivamente il medico ginecologo per la valutazione clinica. Una volta accertato il travaglio attivo (tabella 4), la gestante viene accompagnata nella sala parto per la presa in carico da parte dell'ostetrica/o.

Tabella 4 -Criteri per la diagnosi di travaglio in fase attiva
<input type="checkbox"/> Almeno tre contrazioni uterine in 10 minuti di durata superiore o uguale a 40 secondi
<input type="checkbox"/> La dilatazione della cervice uterina maggiore di 4 cm

Al momento dell'accesso in sala parto, il personale coinvolto effettua una nuova rivalutazione della classe di rischio, al fine di confermare il percorso assistenziale previsto. Nel parto a basso rischio, la presa in carico da parte del personale ostetrico è formalizzata con la compilazione del partogramma, uno strumento di controllo essenziale per la trasmissione di informazioni tra gli operatori sanitari coinvolti sull'andamento e la progressione del travaglio. Sul partogramma vengono monitorati i seguenti parametri:

- dilatazione della cervice uterina

- livello della parte presentata (pp) fetale rispetto al canale del partogramma
- rilevazione del battito cardiaco fetale (bcf)
- colore del liquido amniotico
- durata e frequenza delle contrazioni uterine
- somministrazione di ossitocina o di altri farmaci
- pressione arteriosa (pa) e frequenza cardiaca (fc) materna
- diuresi materna ed eventuale presenza di proteine o di acetone.

Il modello del partogramma è inserito nella cartella clinica elettronica (CCE),. deve essere compilato tempestivamente, al fine di consentire un monitoraggio continuo dell'andamento del travaglio.

Il personale ostetrico, nel corso dell'assistenza a un travaglio/parto a basso rischio, provvede a registrare nella CCE, le principali attività assistenziali:

<ul style="list-style-type: none"> ○ Controllo dei parametri vitali della donna ○ Controllo del Battito Cardiaco Fetale (BCF) ○ Assistenza al periodo espulsivo 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inizio spinte materne (pushing) ○ Clampaggio del funicolo ○ Assistenza al secondamento ○ Valutazione della perdita ematica per la rilevazione di perdite superiori ai 500 ml.
--	--

Al fine di consentire la prosecuzione del percorso assistenziale previsto per il basso rischio, è fondamentale che il personale ostetrica/o monitora i parametri riportati nella tabella 5.

Tabella 5 – Criteri per la valutazione del rischio intrapartum e la prosecuzione del percorso a basso rischio	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Assenza di alterazioni dei parametri vitali materni ▪ Assenza di anomale perdite ematiche vaginali ▪ Liquido amniotico chiaro ▪ Presentazione cefalica ▪ Assenza di alterazioni de BCF all'auscultazione intermittente confermata dalla CTG 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Progressione fisiologica del primo stadio del travaglio ▪ Gestione del dolore senza partoanalgesia o altri metodi farmacologici ▪ Progressione fisiologica del secondo stadio del travaglio ▪ -Progressione fisiologica del terzo stadio di travaglio ▪ - Presenza di assistenza ostetrica 1:1

Nota: l'assenza anche di uno solo dei suddetti criteri comporta l'uscita della donna dal percorso a basso rischio.

Il personale ostetrico/medico che ha condotto l'assistenza al travaglio/parto deve comunicare al neonatologo informazione clinica o anamnestica relativa alla madre che possa avere ricadute sulla salute del neonato.

La fase 2 del parto a basso rischio si conclude con l'espletamento del parto e con la corretta compilazione del partogramma, Refertazione del CTG o auscultazione intermittente regolare del BFC, allegato 1.

8.2 Fase 3 del parto a basso rischio: Post-partum

Prima di trasferire la puerpera in reparto, è necessaria un periodo di osservazione e un monitoraggio clinico della durata di almeno di due ore. Tale periodo decorre dalla conclusione delle attività assistenziali correlate al parto (es. secondamento ed eventuale sutura perineale). Durante l'osservazione l'ostetrica provvede alla valutazione e al monitoraggio della puerpera, con rilevazione dei principali parametri materni:

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pressione Arteriosa ▪ Frequenza cardiaca ▪ Frequenza respiratoria ▪ Saturazione di ossigeno ▪ Temperatura corporea ▪ Dolore 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diuresi ▪ Perdite ematiche ▪ Fondo dell'utero ▪ Globo di sicurezza ▪ Ispezione del perineo (per la ricerca di trombo genito-puerperale e la valutazione della sutura, delle lacerazioni perineali o dell'episiorrafia).
--	--

La fase 3 del parto a basso rischio si completa con il trasferimento della puerpera in degenza e con la documentazione clinica relativa alla valutazione del post-partum, allegato 3.

9. PERCORSO B GESTIONE DEL PARTO AD ALTO RISCHIO

In presenza di condizioni cliniche che non soddisfano i criteri di basso rischio, il travaglio e il parto sono classificati come ad alto rischio e richiedono una gestione assistenziale appropriata e multidisciplinare.

L'assistenza è assicurata con presa in carico multidisciplinare, con monitoraggio materno-fetale continuo o intermittente, in relazione al quadro clinico e una valutazione clinica delle condizioni della donna e del feto.

La gestione assistenziale, sulla base delle evidenze scientifiche e delle indicazioni cliniche, può prevedere, secondo indicazione clinica, interventi ostetrici e/o ginecologici, inclusi il parto operativo e al taglio cesareo.

Nel corso della fase espulsiva è garantita la presenza del neonatologo, tempestivamente allertato, con la disponibilità della sala operatoria (h24) per le eventuali emergenze/urgenze.

La classificazione di alto rischio non determina indicazione al taglio cesareo, richiede una valutazione clinico- assistenziale appropriata.

Nota: Il parto ad alto rischio non comporta necessariamente indicazioni al taglio cesareo; la gestione è adattata in base al quadro clinico e alle competenze del team.

9.1 Fase 2 del parto ad alto rischio: Gestione travaglio/parto

Il taglio cesareo è una modalità chirurgica di espletamento del parto, indicata sulla base di criteri di appropriatezza clinica, (come riportato nella tabella 6). Le evidenze scientifiche mostrano che il taglio cesareo, se non supportato da specifica indicazione clinica, è associato a un aumento del rischio di morbosità e mortalità materna.

Il processo di taglio cesareo può essere eseguito in condizioni di urgenza/emergenza (come riportato tabella7), oppure in regime di elezione programmata nel rispetto del timing gestazionale e delle indicazioni cliniche.

Qualora si verificano condizioni di prematurità e/o patologia fetale diagnosticata in epoca

prenatale, è necessario acquisire il parere del medico neonatologo ai fini di una valutazione integrata della specifica situazione clinico-assistenziale.

Tabella 6 – Criteri di appropriatezza per il Taglio Cesareo

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sproporzione fetto-pelvica ▪ Macrosomia Fetale ▪ Presentazione anomala ▪ Distocia del primo stadio ▪ Distocia del secondo stadio ▪ Alterazioni del benessere fetale ▪ Placenta previa 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Distacco intempestivo della placenta ▪ Prolasso del cordone ombelicale ▪ Patologie materne(es. Infezione da HIV, cardiopatia, lussazione congenita dell'anca) ▪ Pregresso TC in casi di indicazione ricorrente e/o dopo eventuale fallimento del travaglio di prova.
---	---

9.1.1 Classificazione del taglio cesareo

L'esecuzione del taglio cesareo deve essere preceduta dalla valutazione degli esami di laboratorio e strumentali preoperatori di routine, oltre al controllo dei referti dei tamponi vaginali e rettali per la ricerca dello streptococco β emolitico di gruppo B (GBS).

Inoltre è richiesto:

<ul style="list-style-type: none"> - Di acquisire il consenso informato della donna per intervento chirurgico, anestesia ed emotrasfusione. - Di fornire alla donna le informazioni relative alla corretta preparazione dell'intervento durante la fase di preospedalizzazione (in caso di TC in autodeterminazione o elezione). - Di garantire alla donna il counselling sui benefici del parto spontaneo rispetto al taglio cesareo, con relativa documentazione in cartella clinica dell'avvenuta informazione. - Di effettuare in sede di visita anestesiologicala, la valutazione dello stato di salute della donna, verificando gli esami clinici e strumentali, da acquisire - e registrare nella CCE - Di compilare correttamente la Checklist di sala operatoria, secondo la procedura

Tabella 7 – Cassificazione del Taglio Cesareo

CODICE BIANCO Cesareo in ELEZIONE (Categoria 4 NICE)	Intervento programmato da inserire in lista operatoria compatibilmente con la disponibilità del punto nascita.
CODICE VERDE Cesareo in URGENZA DIFFERIBILE (Categoria 3 NICE)	Assenza di compromissione delle condizioni materne e/o fetali, con indicazione ad anticipare il parto.
CODICE GIALLO Cesareo in URGENZA (Categoria 2 NICE)	Presenza di compromissione delle condizioni materne e/o fetali, che non configura un immediato pericolo di vita. DDI < 75 min
CODICE ROSSO Cesareo in EMERGENZA (Categoria 1 NICE)	Condizione di pericolo immediato per la vita della donna e del feto (per es. sospetta rottura d'utero, distacco di placenta, prolasso di funicolo, ipossia fetale, bradicardia fetale persistente). DDI < 30 min

Al di fuori delle emergenze, l'indicazione al taglio cesareo deve essere motivata e documentata in cartella clinica.

9.1.2 Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio

La tricotomia non deve essere eseguita di routine. È indicata esclusivamente nei casi in cui la presenza di peli interferisca con l'esecuzione dell'incisione chirurgica.

Modalità operative tricotomia area sovra-pubica

- La tricotomia deve essere eseguita solo in presenza di indicazione clinica, quando strettamente necessaria.
- Deve essere utilizzato esclusivamente il rasoio clipper elettrico.
- E' vietato l'utilizzo del rasoio a lama.
- La tricotomia deve essere effettuata immediatamente prima dell'intervento chirurgico.
- L'indicazione alla tricotomia deve essere documentata in cartella clinica.

Il posizionamento del catetere vescicale, di competenza ostetrica deve essere eseguito in sala operatoria, subito dopo l'esecuzione dell'anestesia spinale.

La profilassi antibiotica è fortemente raccomandata nel taglio cesareo, al fine di ridurre il rischio di infezioni del sito chirurgico.

Modalità operative della antibiotico profilassi perioperatoria

- La somministrazione dell'antibiotico deve avvenire in un'unica dose 30-60 minuti prima dell'incisione.
- La scelta dell'antibiotico e della posologia è di competenza dello specialista.
- Il posizionamento del catetere vescicale e la somministrazione della profilassi antibiotica, devono essere trascritti nella documentazione clinica.

9.1.3 Prevenzione del rischio tromboembolico

Le donne che eseguono un taglio cesareo presentano un rischio aumentato di trombo-embolismo venoso in misura rilevante, stimato fino a 2-3 volte più alto rispetto al parto vaginale, con una incidenza di rischio elevato nell'intervento in urgenza.

E' raccomandato una valutazione precoce del rischio tromboembolico da parte del medico ginecologo nelle donne in percorso assistenziale di taglio cesareo, al fine di identificare tempestivamente le condizioni di rischio e attuare interventi appropriati, in conformità alle Linee Guida (Tabella 8).

Per garantire adeguate strategie di prevenzione del trombo-embolismo venoso (TEV), nelle donne che effettuano un taglio cesareo, è raccomandata la profilassi tromboembolica con Eparina a basso peso molecolare (EBPM) per dieci (10) giorni dopo il parto.

Tale indicazione è prevista alle donne che eseguono un taglio cesareo o classificate ad alto rischio di TEV, in cui i fattori di rischio possono persistere anche in puerperio. In presenza dei fattori indicati nella tabella 8, si raccomanda di continuare la profilassi tromboembolica per sei settimane dopo il parto.

Nelle donne con indicazione a taglio cesareo elettivo, la trombo-profilassi deve essere valutata esclusivamente in presenza di fattori di rischio tromboembolico aggiuntivi.

- Nelle donne in trattamento, si raccomanda di:
- Eseguire una valutazione della classe di rischio tromboembolico
 - Le pazienti già in trattamento con EBPM è indicata la sospensione della terapia 12 ore prima dell'esecuzione del taglio cesareo, la terapia verrà somministrata tra le 8-12 ore dopo l'intervento
 - La somministrazione di EBPM è compatibile con l'allattamento materno e non ne costituisce una controindicazione.

9.1.4 Anestesia ed organizzazione dell'intervento chirurgico

La valutazione preoperatoria della gestante con indicazione a taglio cesareo deve essere effettuata dall'anestesista e deve includere, oltre agli standard previsti per ogni intervento chirurgico, l'analisi delle condizioni fisiologiche correlate alla gravidanza rilevanti ai fini del rischio anestesilogico.

Tabella 8 – Fattori di rischio per il tromboembolismo venoso (TEV)

FATTORI DI RISCHIO	CLASSIFICAZIONE	
<ul style="list-style-type: none"> • Precedente episodio tromboembolico • Trombofilia ad alto¹ o basso rischio² • Ogni indicazione alla profilassi prenatale • Taglio cesareo in travaglio • BMI \geq 40 • Ricovero prolungato in puerperio (> 3 giorni) 	\geq 1 FATTORE RISCHIO ALTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Procedure chirurgiche in puerperio (esclusa lacerazione) • Patologie croniche concomitanti³ 	\geq 3 FATTORI RISCHIO ALTO	EBPM PER 6 SETTI-MANE
<ul style="list-style-type: none"> • Età > 35 anni • BMI \geq 30 • Parità >3 • Fumo • Taglio cesareo elettivo • Storia familiare (in parenti di primo grado)⁴ • Varici voluminose • Infezioni sistemiche • Immobilità (> 3 giorni a letto) 	< 3 FATTORI RISCHIO MEDIO \geq 2 FATTORI RISCHIO MEDIO	EBPM PER 10 GIORNI
<ul style="list-style-type: none"> • Preeclampsia • Gravidanza multipla • Parto pretermine (< 37 settimane) • Nato morto 	1 FATTORE RISCHIO BASSO	

¹ Trombofilie ad alto rischio: deficit di: antitrombina, proteina C o S; più di un difetto trombofilico (omozigosi: per fattore V Leiden, mutazione gene protrombina, eterozigosi combinati).

² Trombofilie a basso rischio: assenza di sintomi con eterozigosi per fattore V Leiden o mutazione gene protrombina o positività per anticorpi antifosfolipidi in assenza di manifestazioni cliniche (trombosi arteriose/venose e/o complicanze ostetriche).

³ Patologie croniche: neoplasie; scompenso cardiaco; lupus attivo; poli-infiammazioni articolari; malattia infiammatoria intestinale cronica; sindrome nefrosica; nefropatia diabetica; anemia falciforme; uso di droghe EV.

⁴ Storia familiare: episodio tromboembolico in un parente di primo grado, idiopatiche, in gravidanza/puerperio o in corso di contraccezione.

<ul style="list-style-type: none"> • Partì operativi rotazionali o allo scavo medio • Travaglio prolungato > 24 ore • Emorragia post partum (> 1 L) o trasfusione 		
--	--	--

La **FASE 2** del percorso assistenziale nel parto ad alto rischio si completa con l’ecuzione del taglio cesareo e richiede che nella cartella clinica siano presenti i seguenti documenti:

- Partogramma
- Cardiotocografia
- Valutazione del rischio tromboembolico
- Checklist di sala operatoria.

9.2 Fase 3 del parto ad alto rischio: Post-partum

In linea con quanto previsto nel capitolo 6.3, prima del trasferimento della puerpera in reparto, è necessario garantire un periodo di osservazione e di monitoraggio della durata di almeno due ore. Si precisa che, questo periodo inizia al termine delle attività relative dell’assistenza al parto.

Durante il post-partum, l’ostetrica deve monitorare e registrare i seguenti parametri, (allegato 3 – scheda di valutazione e monitoraggio post-partum):

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pressione Arteriosa ▪ Frequenza cardiaca ▪ Frequenza respiratoria ▪ Saturazione di ossigeno ▪ Temperatura corporea ▪ Dolore 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diuresi ▪ Perdite ematiche ▪ Fondo dell’utero ▪ Globo di sicurezza ▪ Ispezione del perineo (per la ricerca di trombo genito-puerperale e la valutazione della sutura, delle lacerazioni perineali o dell’episiorragia). ▪ Ferita chirurgica
--	---

Per la valutazione del dolore si suggerisce l’utilizzo di scale come la NRS (Numerical Rating Scale), dove si chiede alla paziente di valutare il dolore secondo una scala numerica che va da zero (assenza di dolore) a dieci (massimo dolore possibile) oppure la VAS (Visual Analogue Scale), dove la paziente è chiamata a valutare il dolore fra i due estremi di una linea continua non numerata.

La **FASE 3** del parto ad alto rischio si conclude con il trasferimento della puerpera nel reparto di degenza ostetrica, con la relativa compilazione e trasmissione della documentazione clinica nella CCE, (scheda clinica di valutazione del post partum).

10 SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA E ALIMENTAZIONE SIRES

La Regione Lazio partecipa dal 2003, al sistema di sorveglianza della mortalità materna istituito dall'Istituto Superiore di Sanità, che prevede l'alimentazione di un flusso di informazioni dedicato, attraverso la rete dei Referenti per le morti materne, a livello aziendale e regionale.

La morte materna rappresenta uno specifico Evento Sentinella (*Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza*) che richiede da parte della struttura coinvolta, l'adozione degli opportuni strumenti di analisi, la definizione di un piano di miglioramento e la segnalazione sul SIRES, al fine di consentire la corretta alimentazione del flusso ministeriale SIMES.

In caso di “morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto o entro 42 giorni dal termine della gravidanza”, è necessario:

- 1. Garantire** la massima cura degli aspetti comunicativi con i parenti assicurando *privacy*, conforto e presenza empatica degli operatori;
- 2. Fornire** un supporto psicologico a parenti e operatori coinvolti (se richiesto);
- 3. Acquisire** relazioni dettagliate da parte degli operatori sanitari che hanno assistito la donna;
- 4. Acquisire** copia integrale della documentazione clinico-assistenziale della paziente;
- 5. Compilare**, a cura del responsabile della UO coinvolta, la specifica scheda di *incident reporting* sul modello dell'Allegato 5 (*Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte Materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto e entro 42 giorni dal termine della gravidanza*) e inviarla alla UO Risk Management;
- 6. Predisporre**, a cura del responsabile della UO Risk Management, gli strumenti di *risk analysis* più idonei al caso. L'Allegato 6 (*Schema Audit Morte Materna*) rappresenta una

guida per la conduzione di un Audit di GRC, focalizzata sulla individuazione dei fattori contribuenti e la predisposizione di un piano di miglioramento.

11. BIBLIOGRAFIA

- Sono state analizzate le principali linee guida nazionali ed internazionali;
- Documento di indirizzo del Centro Regionale del Rischio Clinico della Regione Lazio 3 novembre 2025, per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali n.6.
- Raccomandazione ministeriale n.6 “Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia correlata al travaglio e/o parto” del 03 marzo 2008;
- Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali n.6 della Regione Lazio del 18 luglio 2018;
- Determina Regione Lazio n. G 09765 del 31/07/2018;
- SNGL linea guida n.20 – gravidanza fisiologica (2011);
- Linee guida società italiana di ginecologia e ostetricia- SIGO 2010;
- Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: monitoraggio cardiografico in travaglio (2018);
- SNGL “Taglio cesareo, una scelta consapevole” (2017);
- SNGL “Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla” (2018);
- Percorso nascita: parto e puerperio - assistenza al travaglio - assistenza al parto a basso rischio. Regione Emilia Romagna (2008)
- Istruzioni per la compilazione del cartogramma. Azienda ospedaliera universitaria Careggi – Firenze, Regione Toscana (2010).

12. ALLEGATI

NUMERO	DENOMINAZIONE
ALLEGATO 1	Scheda anamnestica e monitoraggio cardiocografico
ALLEGATO 2	Scheda valutazione rischio travaglio/parto
ALLEGATO 3	Scheda valutazione e monitoraggio post-partum
ALLEGATO 4	Informativa parto cesareo in elezione
ALLEGATO 5	Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte Materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/ o parto entro 42 giorni dal termine della gravidanza.
ALLEGATO 6	Schema Audit Evento Sentinella Morte Materna o Grave Danno

**ALLEGATO 1 – SCHEDA ANAMNESTICA E MONITORAGGIO
 CARDIOTOCOGRAFICO**

Cognome e nome della paziente			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__/__/____	Età gestazionale (settimane)	
PROBLEMI MATERNI RIFERITI			
Pregresso cesareo	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Pre-eclampsia pregressa	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Gravidanza oltre il termine (> 42ma settimana)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Rottura delle membrane da oltre 24 ore (PROM)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Induzione del travaglio	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Diabete	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Emorragia ante partum	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Altre patologie materne	<input type="checkbox"/> Sì (specificare): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dato non disponibile		
Assunzione di farmaci	<input type="checkbox"/> Sì (specificare): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dato non disponibile		
BMI pregravidico			
PROBLEMI FETALI			
Ritardo di crescita	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Prematurità (< 37 settimane)	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Oligoamnios	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Flussimetria alterata	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Gravidanza multipla	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Liquido amniotico tinto	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
Presentazione podalica	<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Dato non disponibile
RACCOLTA DATI IMPOSSIBILE PER:			
<input type="checkbox"/> Barriera linguistica		<input type="checkbox"/> Paziente non vigile/collaborativa	
<input type="checkbox"/> Deficit neurocognitivi		<input type="checkbox"/> Altro (specificare):	
DATA (GG/MM/AAAA)	__/__/____	TIMBRO E FIRMA OPERATORE	

PARAMETRI DEL BATTITO CARDIACO FETALE			
DATA (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	ORA INIZIO MONITORAGGIO (HH:MM)	__:__

CTG NON IN TRAVAGLIO (NST)						
FC BASALE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	MAF	ACCELERAZIONI*	DECELERAZIONI	DURATA ESAME	INTERPRETAZIONE
<input type="checkbox"/> 110-160	<input type="checkbox"/> ±5/25 bpm rispetto alla linea di base	<input type="checkbox"/> Presenti	<input type="checkbox"/> ≥ 2 in 40 minuti	<input type="checkbox"/> Assenti	<input type="checkbox"/> 20 minuti se sono presenti accelerazioni <input type="checkbox"/> 40 minuti se non sono presenti accelerazioni	<input type="checkbox"/> REATTIVO <input type="checkbox"/> NON REATTIVO

*Incremento della linea di base di almeno 15 battiti per almeno 15 secondi. Se l'epoca gestazionale è inferiore alle 32 settimane, si considerano valide due accelerazioni di almeno 10 battiti per almeno 10 secondi.

CTG IN TRAVAGLIO					
CLASSIFICAZIONE		CRITERI	LINEA DI BASE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	DECELERAZIONI
<input type="checkbox"/>	TIPO 1		<input type="checkbox"/> 110 – 160	<input type="checkbox"/> ± 5/25 rispetto alla linea di base	<input type="checkbox"/> Nessuna decelerazione ripetitiva*
<input type="checkbox"/>	TIPO 2	<input type="checkbox"/> Assenza di almeno uno dei parametri di normalità del TIPO 1 ma senza nessun segno patologico del TIPO 3			
<input type="checkbox"/>	TIPO 3		<input type="checkbox"/> <100	<input type="checkbox"/> <5 per un tempo ≥50 minuti <input type="checkbox"/> >15 per un tempo ≥30 minuti <input type="checkbox"/> Pattern sinusoidale per un tempo >50 minuti	<input type="checkbox"/> Decelerazioni ripetitive* tardive o prolungate che si verificano per un tempo >50 min o >20 min in caso di variabilità ridotta <input type="checkbox"/> Una decelerazione prolungata per un tempo >5min

*Le decelerazioni si definiscono ripetitive quando sono associate a più del 50% delle contrazioni uterine. In presenza di decelerazioni precoci anche ripetitive il tracciato è da considerarsi di tipo 1.

ORA VALUTAZIONE (HH:MM)	__ : __	TIMBRO E FIRMA OSTETRICA	
ORA VALUTAZIONE (HH:MM)	__ : __	TIMBRO E FIRMA MEDICO	

ALLEGATO 2 – SCHEDE VALUTAZIONE RISCHIO TRAVAGLIO/PARTO

Cognome e nome della paziente			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__/__/__	Età gestazionale (settimane)	
Data di accettazione (GG/MM/AAAA)	__/__/__	Ora di accettazione (HH:MM)	__:__
CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO AL RICOVERO			
ANAMNESI OSTETRICA ATTUALE			
Epoca gestazionale >37 e <41+6 settimane	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Età materna >16 o <40 anni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Parità <4	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Feto singolo in presentazione cefalica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Peso fetale stimato ecograficamente >2500 e <4500 g	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di patologia fetale nota	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di alterazioni della crescita fetale	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Placenta normalmente inserita	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Liquido amniotico in normale quantità (valutazione ecografica della TMV): assenza di oligoamnios (TMV <30mm), assenza di polidramnios (TMV >80 mm)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Membrane integre o PROM < 24 con liquido limpido	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Temperatura corporea <38°C	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di patologie materne (es.: diabete, pre-eclampsia, ipertensione arteriosa, ipertiroidismo, ipotiroidismo non controllato)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di infezione materna TORCH, lue, HIV	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di isoimmunizzazione da Rh	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di barriera linguistica	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
ANAMNESI OSTETRICA REMOTA			
Assenza di pregresse patologie ostetriche (morte fetale/neonatale, grave disabilità neonatale, distocia di spalla, poliabortività)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Aborti spontanei <3	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di pregressa chirurgia uterina (miomectomia, resezione setto uterino)	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
ANAMNESI PATOLOGICA			
BMI pregravidico >18 o <35	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di patologie renali con proteinuria >20 mg/dL e/o batteriuria > 100.000 UFC	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Emoglobina >9 g/dL in emocromo con data inferiore a 30 giorni	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di patologie materne pre-gestazionali degne di nota	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
Assenza di abuso di sostanze psicotrope	<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO	
CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO/PARTO			
<input type="checkbox"/> BASSO RISCHIO (Tutti i criteri sono soddisfatti)		<input type="checkbox"/> ALTO RISCHIO (Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto)	
La paziente viene inviata in:		<input type="checkbox"/> Blocco travaglio/parto <input type="checkbox"/> Reparto di degenza	
Alle ore (HH:MM)	__:__	La paziente è affidata a:	Nominativo operatore: Qualifica <input type="checkbox"/> OSTETRICA <input type="checkbox"/> MEDICO
TIMBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE		TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE	
TIMBRO E FIRMA DELL'OPERATORE PER PRESA IN CARICO DELLA PAZIENTE			

CRITERI ULTERIORI PER LA CONFERMA DELLA CLASSE DI RISCHIO ALL'AMMISSIONE IN SALA PARTO			
Travaglio insorto spontaneamente		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
CTG fisiologico		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Assenza di alterazione dei parametri vitali		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Travaglio senza controllo farmacologico del dolore		<input type="checkbox"/> SÌ	<input type="checkbox"/> NO
Altri parametri modificati rispetto al momento del ricovero (specificare):		<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÌ
CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO/PARTO			
<input type="checkbox"/> BASSO RISCHIO (Tutti i criteri sono soddisfatti)		<input type="checkbox"/> ALTO RISCHIO (Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto)	
TIMBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE		TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE	

ALLEGATO 3 – SCHEDE VALUTAZIONE E MONITORAGGIO POST-PARTUM

Cognome e nome della paziente			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__/__/__	Data e ora del parto (GG/MM/AAAA) (HH:MM)	__/__/__ __:__
Tipo di parto	<input type="checkbox"/> Spontaneo <input type="checkbox"/> TC in urgenza <input type="checkbox"/> TC in elezione <input type="checkbox"/> Vacuum		

PARAMETRI E TEMPI DEL MONITORAGGIO					
NB: I tempi vanno calcolati a partire dal termine delle attività relative all'assistenza al parto					
Tempi (min.)	15	30	60	90	120
PA (mmHg)					
FC (bpm)					
FR (atti/min)					
SpO₂ (%)					
TC (°C)					
Dolore					
Diuresi	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml:
Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)	<input type="checkbox"/> Scarse (< 200 ml) <input type="checkbox"/> Moderate (> 200 < 500 ml) <input type="checkbox"/> Abbondanti (> 500 ml)
Fondo uterino (OT: Ombelicale Trasversa)	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT	<input type="checkbox"/> Due dita sopra OT <input type="checkbox"/> A livello OT <input type="checkbox"/> Due dita sotto OT
Globo di sicurezza	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO
Trombo genito-puerperale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO
Ferita chirurgica (se presente)	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche
Firma ostetrica					
Ora di termine delle attività relative all'assistenza al parto (HH:MM)				__:__	
Data e ora trasferimento in reparto (GG/MM/AAAA) (HH:MM)		__/__/__ __:__			
TIMBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA					

ALLEGATO 4 – INFORMATIVA PARTO CESAREO IN ELEZIONE

Gentile Signora,

il nostro ospedale avrà il piacere di assistere la nascita del suo bambino e adotterà le opportune procedure operative finalizzate a garantire qualità e sicurezza delle cure.

I nostri professionisti, ostetriche, ginecologi e infermiere Le avranno già fornito le necessarie informazioni per una scelta pienamente consapevole; tuttavia, non esiti a chiedere ulteriori chiarimenti per valutare le differenze e i benefici, per Lei e il suo nascituro, in merito alle modalità di espletamento del parto, per via naturale o mediante taglio cesareo.

Qualora avesse optato per la modalità chirurgica del parto, nel pieno rispetto della sua decisione La informiamo riguardo agli esami ematici e strumentali, di seguito elencati, che dovrà presentare al momento del ricovero:

- | | |
|---|---|
| • HCV | • ASSETTO COAGULATIVO |
| • HIV | • COLINESTERASI |
| • TAMPONE VAGINO RETTALE PER STREPTOCOCCO DI GRUPPO B (GBS) | • AZOTEMIA |
| • TOXO TEST | • TRANSAMINASI |
| • CMV | • GRUPPO E FATTORE RH |
| • EMOCROMO | • ECOGRAFIE OSTETRICHE eseguite in gravidanza |

Le ricordiamo che gli esami devono essere eseguiti entro, e non oltre, i 30 giorni dalla data di programmazione dell'intervento, indipendentemente dal luogo di effettuazione degli stessi, ospedale o laboratori esterni.

DATA (GG/MM/AAAA)	_/_/___	TIMBRO E FIRMA OSTETRICA	
Recapito telefonico da contattare per eventuali ulteriori informazioni			

**ALLEGATO 5 – SCHEMA INCIDENT REPORTING EVENTO SENTINELLA MORTE
 MATERNA O GRAVE DANNO OCCORSI DURANTE LA GRAVIDANZA, IL
 TRAVAGLIO E/ O PARTO ENTRO 42 GIORNI DAL TERMINE DELLA GRAVIDANZA**

Numero SDO o RPS (se disponibile)			
Anno di nascita		Nazionalità	
Precedenti gravidanze (se noto)			
Data del decesso (GG/MM/AAAA)	__ / __ / ____	Ora del decesso (HH:MM)	__ . __
Eventuali patologie note e/o condizioni di rischio preesistenti:			

TIMING DELL'EVENTO
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto durante la gravidanza. Età gestazionale del feto (settimane): n. _____
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto durante o a seguito di parto, aborto spontaneo, IVG o gravidanza ectopica. Età gestazionale del feto (settimane): n. _____
<input type="checkbox"/> Decesso avvenuto in puerperio o dopo la dimissione. Numero di giorni trascorsi tra l'esito gravidanza e il decesso: n. _____

LUOGO DELL'EVENTO	
<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> Sala Parto
<input type="checkbox"/> UO Ostetricia	<input type="checkbox"/> Sala Operatoria
<input type="checkbox"/> UO Terapia Intensiva/Rianimazione	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):

CRONOLOGIA DELL'EVENTO (Indicare in maniera sintetica la sequenza dei fatti)

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA	
<input type="checkbox"/> Relazioni degli operatori coinvolti	<input type="checkbox"/> Documentazione clinico-assistenziale
<input type="checkbox"/> Documentazione sottoposta a sequestro	<input type="checkbox"/> Nessuna

CAUSA DEL DECESSO COME RIPORTATA NEL CERTIFICATO DI MORTE	
<input type="checkbox"/> Richiesto riscontro autoptico	<input type="checkbox"/> Richiesto esame anatomopatologico della placenta o del materiale deciduo-placentare intrauterino

ALLEGATO 6 – SCHEMA AUDIT EVENTO SENTINELLA MORTE MATERNA O GRAVE DANNO

SEZIONE A – DATI DELLA PAZIENTE			
Numero SDO o RPS (se disponibile)			
Anno di nascita		Nazionalità	
Precedenti gravidanze (se noto)			
Data del decesso (GG/MM/AAAA)	__/__/____	Ora del decesso (HH:MM)	__ . __

SEZIONE B – CHECK DEI REQUISITI DI BASE DELLE FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE	
1. Vi è evidenza del triage ostetrico? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
2. È documentata l'attribuzione della classe di rischio? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
3. La gestione dell'esame cardiocografico è formalmente esplicitata e standardizzata? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
4. Il partogramma è compilato correttamente? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:
5. È documentato il monitoraggio post-partum? <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	Note:

SEZIONE C – CAUSE DIRETTE DELLA MORTE O DEL GRAVE DANNO	
<input type="checkbox"/> Patologia trombotica/embolica	<input type="checkbox"/> Sepsis
<input type="checkbox"/> Emorragia ostetrica grave	<input type="checkbox"/> Pre-eclampsia e/o HELLP <i>syndrome</i>
<input type="checkbox"/> Problemi psichiatrici e/o sociali	<input type="checkbox"/> Altre cause ostetriche, mediche o chirurgiche (specificare nelle note)

Note:

SEZIONE D – ANALISI CRONOLOGICA

In questa sezione occorre costruire la linea temporale di successione degli eventi che hanno condotto alla morte materna, individuando per ogni fase i fattori contribuenti emersi dall'analisi e le azioni di miglioramento protettive e/o preventive individuate. Il gruppo di lavoro può scegliere una fra le tante tassonomie dei fattori contribuenti disponibili in letteratura, a patto che vengano analizzate tutte le seguenti categorie di fattori: (1) strutturali; (2) tecnologici; (3) organizzativi; (4) legati al personale; (5) legati al paziente

Successione degli eventi	Fattori contribuenti individuati	Azioni di miglioramento

Note:

SEZIONE E – CONCLUSIONI