

Deliberazione N. 0000355 del 27/02/2026

Struttura Proponente: UOSD Rischio Clinico

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000434 del 25/02/2026

Oggetto:

AGGIORNAMENTO DELLA RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 6 “PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O AL PARTO” E N. 16 “PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO > 2500 GRAMMI”:
IMPLEMENTAZIONE SECONDO DETERMINA REGIONE LAZIO N. G1485 DEL 10/11/2025

IL DIRETTORE GENERALE (*)
Angelo Aliquò

L'Estensore: **Luca Casertano**

Data 25/02/2026

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Luca Casertano**

Data 25/02/2026

Il Direttore della Struttura Proponente: **Luca Casertano**

Data 25/02/2026

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 25/02/2026

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **f.f. Miriam Piccini**

Data 25/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 26/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: e03d498c9aefc3f7e11b20dbcce4fc75d8f25f1a19d9e6bc56f2674dd449e830

(*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

IL RESPONSABILE UOSD RISCHIO CLINICO

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- la deliberazione aziendale n. 1353 del 18-8-2025 recante oggetto “Affidamento dell’incarico di direttore ad interim della struttura “UOSD Rischio Clinico” nell’ambito della Direzione Sanitaria al dott. Luca Casertano, ai sensi dell’art. 25 comma 4 CCNL 2019-2021 dell’area sanità”;

VISTA

l’atto di autonomia aziendale approvato con Delibera n. 150 del 3 febbraio 2025, che stabilisce che:

la Direzione Sanitaria e le strutture in staff ad essa afferenti monitorino le attività sanitarie ed agiscano sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;

al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, nonché i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi, a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l’integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance;

l’Azienda cura la stesura, revisione di PDTA e Procedure, per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure;

VISTO

il D.M. 2 aprile 2015, n. 70, recante “Regolamento sugli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”

VISTO

l’Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010 concernente le “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita”

VISTA

la Raccomandazione n. 6 del 2008 del Ministero della Salute “Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto”

VISTA

la Raccomandazione n. 16 del 2014 del Ministero della Salute “Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”

VISTA

la Determinazione n. G1485 del 10/11/2025 della Regione Lazio, recante “Documento di indirizzo per l’implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 e n. 16”;

- VISTA** la deliberazione aziendale n.313 del 07/03/2019 recante oggetto “Raccomandazione Ministero Salute n. 6 "prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto" e n. 16 "Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi": aggiornamento secondo determina Regione Lazio n. G09765 del 31/07/2018. Il Provvedimento non comporta oneri di spesa.”;
- RITENUTO OPPORTUNO** aggiornare i provvedimenti aziendali di recepimento ed attuazione delle Raccomandazioni Ministeriali n.6 e n.16 alla luce del nuovo documento di indirizzo dalla Regione Lazio in materia (Determinazione n. G1485 del 10/11/2025);
- VISTO** l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, «Raccomandazione Ministeriale N. 6 “Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025» che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
- RITENUTO OPPORTUNO** modificare la deliberazione aziendale n.313 del 07/03/2019, adottando l'allegato documento citato al capoverso precedente in luogo di quello approvato con deliberazione aziendale n.313 del 07/03/2019;
- CONSIDERATO** che le procedure aziendali saranno oggetto di periodica revisione triennale e che le procedure saranno rese accessibili e consultabili da tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul portale intranet di questa Azienda, nella pagina dedicata al Risk Management e alla Qualità;
- VERIFICATO** che il presente provvedimento non comporta nessuna ulteriore spesa a carico dell'Azienda;
- ATTESTATO** che il presente provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

di modificare la deliberazione aziendale n.313 del 07/03/2019, adottando l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, «Raccomandazione Ministeriale N. 6 “Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025» che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori coinvolti, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

IL RESPONSABILE U.O.S.D. RISCHIO CLINICO
(Dott. Luca Casertano)

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00018 del 12 febbraio 2025
- VISTA** la propria deliberazione n. 316 del 6 marzo 2025;
- LETTA** la proposta di delibera, «aggiornamento della Raccomandazione Ministeriale N. 6 “Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025» presentata dal Responsabile della UOSD Rischio Clinico;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

di modificare la deliberazione aziendale n.313 del 07/03/2019, adottando l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, «Raccomandazione Ministeriale N. 6 “Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025» che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di unità operativa delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori coinvolti, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro delle Procedure Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Angelo Aliquò)

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 1 di 68

	Gruppo di Lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Firma
REDAZIONE	Staff di coordinamento: Marco Mastrucci Fabio Del Duca	UOSD Rischio Clinico	Infermiere	Firmato
			Medico	Firmato
	Coordinatore: Salerno Maria Giovanna	Dipartimento Donna Bambino	Direttore Dipartimento	Firmato
	Componenti: Anna Rita Camilli	UOC Ostetricia e Ginecologia	Medico	Firmato
	Elisabetta Campagna	UOS Blocco Parto e Sala Operatoria	Coordinatrice Ostetrica	Firmato
	Grazia Cascavilla	UOC Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale - Patologia Neonatale	Infermiera	Firmato
	Francesco Cuomo	DIPRO	Posizione Organizzativa	Firmato
	Annalicia De Gregorio	UOC Anestesia e Rianimazione	Medico	Firmato
	Gaia Giorgini	UOC Ostetricia e Ginecologia	Ostetrica	Firmato
	Luca Maggio	UOC Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale - Patologia Neonatale	Direttore	Firmato
	Antonella Muzzi	UOC Ostetricia e Ginecologia	Medico	Firmato
	Stefania Nichinonni	DIPRO	Dirigente Prof.San. Ostetriche	Firmato
	Francesco Rasi	UOS Ostetricia UOC Ostetrica e Ginecologia	Ostetrico	Firmato

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 2 di 68

	Cristina Ravazzi	UOC Ostetricia e Ginecologia	Coordinatrice Ostetrica	Firmato
	Donatella Tagliaferri	UOS Accettazione e Pronto Soccorso Ostetrico Ginecologico	Coordinatrice Ostetrica	Firmato
	Valentina Ventura	UOS Nido Osservazione - Rooming In	Coordinatrice Infermieristica	Firmato

FIRMA

VERIFICA	Dott. Luca Casertano Responsabile UOSD Rischio Clinico	Firmato
APPROVAZIONE	Dott. Gerardo De Carolis Direttore Sanitario Aziendale	Si veda atto deliberativo
VALIDAZIONE	Dott. Angelo Aliquò Direttore Generale	Si veda atto deliberativo

Rev.	Data	Causale della redazione e delle modifiche	Codifica
02	25/02/2026	Aggiornamento secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	a cura del Responsabile UOSD Rischio Clinico

TRASMESSO IL : 25/02/2026	CODIFICATO IL : 25/02/2026	DISTRIBUITO IL :
----------------------------------	-----------------------------------	-------------------------

Lista di distribuzione (I livello)	
✓ Direttore Sanitario	✓ Direttore Amministrativo
✓ Direttori di Dipartimento	✓ Direttori di U.O.C.
✓ Direttori di U.O.S.D	✓ Responsabili di U.O.S.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 3 di 68

INDICE

1.	PREMESSA	5
2.	SCOPO	5
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	6
4.	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	6
5.	TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI	7
6.	MODALITA' OPERATIVE	9
6.1	<i>RISCHIO OSTETRICO</i>	13
6.2	<i>TRIAGE OSTETRICO</i>	14
6.3	<i>GESTIONE DEL PARTO VAGINALE A BASSO RISCHIO/FASE TRAVAGLIO-PARTO</i>	16
6.4	<i>GESTIONE DEL PARTO VAGINALE A BASSO RISCHIO/FASE DEL POST-PARTUM</i>	19
6.5	<i>GESTIONE DEL PARTO AD ALTO RISCHIO</i>	19
6.6	<i>GESTIONE DEL PARTO CHIRURGICO/FASE TRAVAGLIO/PARTO</i>	20
6.7	<i>GESTIONE DEL PARTO CHIRURGICO/FASE POST-PARTUM</i>	23
6.8	<i>COMUNICAZIONE INTERNA</i>	24
6.9	<i>LA COMUNICAZIONE CON LA DONNA ASSISTITA</i>	26
6.10	<i>PIANO DEL RISCHIO</i>	27
6.11	<i>CARTELLA CLINICA OSTETRICA INTEGRATA</i>	29
6.12	<i>INCIDENT REPORTING IN CASO DI EVENTO SENTINELLA MORTE MATERNA</i>	29
6.13	<i>PERCORSO DEL NEONATO</i>	30
6.14	<i>PERCORSO NEONATALE – FASE 1 SALA PARTO</i>	30

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 4 di 68

6.15	PERCORSO NEONATALE – FASE 2 TRASFERIMENTO AL NIDO/ROOMING-IN	31
6.16	PERCORSO NEONATALE – FASE 3 DIMISSIONE	32
6.17	PERCORSO NEONATALE – FASE 4 PRIMA VISITA POST DIMISSIONE	32
6.18	INCIDENT REPORTING IN CASO DI EVENTO SENTINELLA MORTE NEONATALE	33
7.	RESPONSABILITA’	33
8.	EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE	34
9.	REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E RIMOZIONE DELLE COPIE OBSOLETE	34
10.	CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE	34
11.	REQUISITI E CRITERI DI ECCEZIONE	34
12.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	34
13.	ALLEGATI	36
1	Scheda anamnestica e monitoraggio cardiocografico	37
2	Scheda valutazione rischio travaglio/parto	39
3	Scheda valutazione e monitoraggio post-partum	41
4	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	42
5	Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte o Grave Danno in Neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie genetiche	43
6	Cause più frequenti ed efficacemente prevenibili di morte materna	44
7	Partogramma	65

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 5 di 68

1. PREMESSA

Nei Paesi con sistemi sanitari moderni ed avanzati, esiste una percentuale di mortalità e morbosità materne correlate al travaglio e/o al parto e morti o disabilità permanenti del neonato sano con peso > 2500 grammi, che potrebbero essere evitate migliorando gli standard assistenziali.

Fermo restando le problematiche esistenti legate alla variabilità clinica e alle innumerevoli deviazioni dal percorso fisiologico dell'evento gravidanza/parto/puerperio, nel rispetto dell'autonomia delle diverse professionalità coinvolte, è necessario delineare un percorso metodologico condiviso che permetta di tracciare i momenti salienti del processo di cura alla diade.

I test point, nella sequenza del processo di cura, comprendono:

- 1) informazioni riguardanti Scheda anamnestica e monitoraggio cardiocografico (Allegato 1),
- 2) criteri per l'attribuzione della classe di rischio ostetrico all'ingresso, scheda valutazione rischio travaglio/parto (Allegato 2),
- 3) parametri e tempistica del monitoraggio post-partum, Scheda valutazione e monitoraggio post-partum (Allegato 3),

La morte materna è un evento drammatico, indicatore complesso dello stato di salute della popolazione e correlato talvolta a standard assistenziali inappropriati. Infatti, nonostante l'avanzamento e lo sviluppo dei sistemi sanitari e delle cure ostetriche, l'adozione di misure organizzative ed assistenziali al di sotto dello standard ritenuto adeguato (Ministero della Salute, 2013), può contribuire al determinismo dell'evento.

2. SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di aggiornare le procedure Aziendali riguardanti le raccomandazioni n° 6 del Ministero della Salute "Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto" e Raccomandazione n° 16 del Ministero della Salute "Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi", alla luce della determina Regione Lazio n. G1485 "Documento di **indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte Materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi**" (novembre 2025) contestualizzandola alle caratteristiche organizzative e clinico-assistenziali del percorso nascita dell'A.O. San Camillo-Forlanini, con l'intento di fornire ai professionisti che vi operano uno strumento di governo di competenza e responsabilità che permetta di:

- migliorare i flussi informativi e la comunicazione tra gli operatori che operano nel percorso nascita con ambiti di competenze e responsabilità diversificati;
- implementare l'appropriatezza nella valutazione del rischio ostetrico e la tempestività nell'individuazione delle potenziali complicanze in cui potrebbe incorrere la diade;
- favorire la tempestività della diagnosi e del trattamento attraverso un processo di rivalutazione dinamico del rischio ostetrico associato ad una adeguata e continuativa sorveglianza del benessere materno - feto - neonatale;
- implementare la qualità delle informazioni clinico-assistenziali attraverso l'utilizzo di un sistema informativo integrato.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 6 di 68

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura, si applica alle gestanti e ai neonati assistiti presso la UOC Ostetricia e Ginecologia e la UOC Neonatologia del Dipartimento Salute per la Donna e per il Bambino dell'AOSCF, nelle quali si eroga assistenza in gravidanza, durante il travaglio, il parto, il post-partum, il puerperio e le prime ore e giorni di vita del neonato.

L'elemento caratterizzante che differenzia il percorso nascita dell'AOSCF è l'elevata specializzazione e l'alta tecnologia in ambito ostetrico-perinatale che la colloca secondo l'Accordo Stato-Regioni 16 Dicembre 2010 “ Linee di Indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”), tra le strutture di II Livello e secondo le indicazioni del Piano di riordino della rete perinatale della Regione Lazio (Decreto del Commissario ad Acta 2 n° 56, 2 Luglio 2010), tra gli HUB di riferimento (nel nostro caso per gli spoke della Macroarea 3).

A CHI	La procedura è rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza, in travaglio-parto e dei loro neonati
DOVE	La procedura deve essere utilizzata dalle strutture di accoglienza del Pronto Soccorso Ostetrico e nelle Unità Operative in cui viene presa in carico la gestante, la puerpera ed il neonato
PER CHI	Il documento è a tutela di tutte le donne in gravidanza assistite per l'espletamento del parto e nel post-partum e dei loro neonati nelle fasi di accettazione, ricovero e dimissione della coppia madre-neonato, nonché degli operatori sanitari e delle strutture

4. RIFERIMENTI NORMATIVI

- Raccomandazione n°6 Ministero della Salute. (2008), " Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto".
- Raccomandazione n° 16 Ministero della Salute. (2014), "Prevenzione morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi".
- Determinazione Regione Lazio G09765. (2018), "Documento di indirizzo per l'implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi.
- Deliberazione della Giunta Regionale Emilia-Romagna 21 aprile 2008, n. 533, Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita.
- CRRC, documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 7 di 68

morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi - seconda revisione del 3 novembre 2025

Rispetto ai riferimenti normativi, è opportuno precisare che nel luglio 2024 il Ministero della Salute ha pubblicato il nuovo *Protocollo per il Monitoraggio degli Eventi Sentinella* (ES) e rinominato gli ES 7 e 8. L'ES 7 è attualmente definito come: *Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza*, mentre quello 8 è diventato: *Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥37 settimane) non correlata a malattie congenite*.

5. TERMINOLOGIA E ABBREVIAZIONI

CTG	CARDIOTOCOGRAFIA
BCF	BATTITO CARDIACO FETALE
DIADE	UNITÀ MADRE-BAMBINO NELLE VARIE FASI DEL SUO SVILUPPO, DAL CONCEPIMENTO AL PARTO
MORTE MATERNA	MORTE DI UNA DONNA DURANTE LA GRAVIDANZA O ENTRO 42 GIORNI DAL TERMINE DELLA GRAVIDANZA PER QUALSIASI CAUSA CORRELATA O AGGRAVATA DALLA GRAVIDANZA O DAL SUO TRATTAMENTO
PARTOGRAMMA	STRUMENTO DI DESCRIZIONE DELL'ANDAMENTO DEL TRAVAGLIO
RISCHIO OSTETRICO	CONDIZIONE DINAMICA CHE DETERMINA AZIONI ASSISTENZIALI APPROPRIATE ED INDIVIDUALIZZATE
SUBSTANTARD CARE MAGGIORE	QUANDO IL MANAGEMENT CONTRIBUISCE IN MODO SOSTANZIALE ALLA MORTE DELLA DONNA
SUBSTANTARD CARE MINORE	QUANDO IL MANAGEMENT CONTRIBUISCE IN MODO NON RILEVANTE ALLA MORTE DELLA DONNA
SUBSTANDARD CARE INCIDENTALE	QUANDO UN MANAGEMENT DIVERSO NON AVREBBE COMUNQUE CAMBIATO L'ESITO FINALE
TRIAGE OSTETRICO	STRUMENTO DI SELEZIONE E CLASSIFICAZIONE IN BASE AL GRADO DI URGENZA E ALLE CONDIZIONI CLINICHE DELLA DONNA/DIADE
MORTE O GRAVE DANNO IN NEONATO SANO A TERMINE (≥37 SETTIMANE) NON CORRELATA A MALATTIE CONGENITE	MORTE NEONATALE O DISABILITÀ PERMANENTE NON CORRELATA A CONDIZIONE CONGENITA IN NEONATO DI PESO SUPERIORE A 2.500 GRAMMI.
BMI	BODY MASS INDEX (INDICE DI MASSA CORPOREA)
BPM	BATTITI PER MINUTO

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 8 di 68

DDI	DECISION TO DELIVERY INTERVAL (INTERVALLO TEMPORALE TRA LA DECISIONE CLINICA E LA NASCITA)
EBPM	EPARINA A BASSO PESO MOLECOLARE
GBS	STREPTOCOCCO BETA-EMOLITICO DI GRUPPO B
HELLP	HEMOLYSIS, ELEVATED LIVER ENZYMES AND LOW PLATELETS (EMOLISI, ENZIMI EPATICI ELEVATI E PIASTRINE BASSE)
HIV	HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS
IUGR	INTRAUTERINE GROWTH RESTRICTION (RITARDO DI CRESCITA INTRAUTERINA)
LCG	LABOR CARE GUIDE
MAF	MOVIMENTI ATTIVI FETALI
NST	NON STRESS TEST
PN	PUNTO NASCITA
PROM	PREMATURE RUPTURE OF MEMBRANES (ROTTURA PREMATURE DELLE MEMBRANE)
RPS	RAPPORTO PRONTO SOCCORSO
SDO	SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA
SIMES	SISTEMA INFORMATIVO PER IL MONITORAGGIO DEGLI ERRORI IN SANITÀ
SIRES	SISTEMA REGIONALE DI SEGNALAZIONE
SSC	SKIN TO SKIN CONTACT (CONTATTO PELLE A PELLE)
TEV	TROMBOEMBOLISMO VENOSO
TMV	TASCA MASSIMA VERTICALE
TORCH	TOXOPLASMA, OTHERS (ALTRE INFEZIONI, COME SIFILIDE, HIV, EPATITE B, PARVOVIRUS B19, ECC.), ROSOLIA, CITOMEGALOVIRUS E HERPES SIMPLEX.
UFC	UNITÀ FORMANTI COLONIE
WHO	WORLD HEALTH ORGANITATION

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 9 di 68

6. MODALITA' OPERATIVE

I servizi ostetrici per l'accoglienza, il controllo e la presa in carico delle donne in gravidanza devono avere come obiettivi prioritari:

- A) il monitoraggio della fisiologia;
- B) la definizione dei fattori di rischio;
- C) il riconoscimento e l'invio tempestivo allo specialista di pertinenza delle situazioni non fisiologiche;
- D) l'offerta di informazioni che permetta alla donna l'attivazione del processo di empowerment e la possibilità di scelta consapevole che trova successivamente espressione nel consenso informato, qualora si verifichi la necessità di intervenire nel processo della gravidanza e/o della nascita con azioni terapeutiche.

Le condizioni della madre prima e durante la gravidanza condizionano la salute e la sicurezza del feto e del neonato; la prevalenza dei fattori di rischio per la morbilità e mortalità neonatale devono includere oltre che un'assistenza alla gravidanza e al parto basata su linee guida e standard stabiliti, anche interventi preventivi da effettuare in fase preconcezionale.

Le linee guida della gravidanza fisiologica (SNLG-ISS 1/2023 e 1/2025) definiscono gli obiettivi assistenziali generali del percorso della gravidanza, dai quali si possono estrapolare i seguenti obiettivi specifici, più affini con la tramatura della Raccomandazione Ministeriale in oggetto e di conseguenza con la sua implementazione nel contesto aziendale:

- 1) identificare le donne che necessitano di assistenza diversa da quella appropriata per la gravidanza fisiologica e in questo caso ridefinire il piano d'assistenza precedentemente delineato;
- 2) eseguire test e accertamenti raccomandati (SNLG-ISS 1/2023 e 1/2025);
- 3) esaminare e discutere con la donna i risultati degli esami eseguiti, registrandoli nella cartella clinica della donna;
- 4) fornire informazioni su argomenti giudicati rilevanti dalle donne, supportandole con materiale cartaceo o altro materiale.

Accertamenti ed interventi devono essere preceduti da un'accurata anamnesi attraverso cui possono essere raccolte informazioni su tutti gli elementi di salute rilevanti nella vita della donna, dando particolare enfasi agli eventi verificatesi nella gravidanza in corso o in quelle precedenti.

L'atto stesso di raccogliere l'anamnesi offre la possibilità di stabilire o rafforzare il legame e la relazione terapeutica tra donna-professionista.

Non sono disponibili informazioni sulla modalità ottimali di raccogliere l'anamnesi, né sull'efficacia dell'utilizzo di check list o di altri strumenti di standardizzazione di raccolta delle informazioni.

Per la categorizzazione del rischio può essere utilizzata la modalità proposta dall'OMS (1996, 2002): un elenco di criteri di selezione a risposta binaria (SI/NO), in cui alla comparsa di una o più condizioni/patologie, sposta la gestante da una categoria di basso rischio ad una di medio/alto rischio che determina una diversificazione del piano d'assistenza:

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 10 di 68

Criteria per la selezione delle gravidanze a basso rischio al 1° e 2° incontro/visita

Gravidanze Pregresse

Malformazioni uterine	SI	NO
Aborto abituale > di 3	SI	NO
Cerchiaggio, T.C.*	SI	NO
Morte fetale o morte perinatale - Aborto tardivo - Parto Pretermine - Progresso nato con basso peso alla nascita e ricoverato in T.I. neonatale	SI	NO
Ipertensione in gravidanza, Preeclampsia o Eclampsia, HELLP	SI	NO
	SI	NO
Isoimmunizzazione M/F	SI	NO
Emorragia del post-partum	SI	NO
Placenta ritenuta	SI	NO
Psicosi puerperale	SI	NO
Progresso nato anomalia congenita o patologia genetica*	SI	NO

Gravidanza attuale

Età < 16 e > 40*	SI	NO
Donne con crisi epilettiche o in terapia anticonvulsivante	SI	NO
Esposizione a raggi e farmaci nell'attuale gravidanza *	SI	NO
Perdite ematiche vaginali	SI	NO
Gravidanza multipla attuale	SI	NO
	SI	NO
Ogni altra patologia ostetrica o fetale presente o dubbia al momento del 1° colloquio o della 1^ visita	SI	NO

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 11 di 68

Condizioni o patologie presenti o sospette al momento del 1° colloquio o della 1^ visita

Malnutrizione BMI < 18. Obesità BMI > 35 attuali	SI	NO
Uso di droghe (come cocaina, crack, eroina, ecstasy) attuali o pregresse	SI	NO
Abuso di fumo o alcool attuali o pregresse	SI	NO
Patologie oncologiche attuali o pregresse	SI	NO
Condizione sociale sfavorevole*	SI	NO
Sifilide-HIV-MST attuali	SI	NO
Malattie eredo-familiari e congenite anche relative alla sua famiglia*	SI	NO
Epatopatie attive	SI	NO
Patologie psichiatriche attuali e pregresse	SI	NO
Endocrinopatie*	SI	NO
Malattie autoimmuni	SI	NO
Precedenti tromboembolici- coagulopatie attuali e pregresse	SI	NO
Iperensione attuale e pregressa	SI	NO
Diabete	SI	NO
Cardiopatie	SI	NO
Nefropatie-uropatie attuali	SI	NO
Ogni altra grave patologia o condizione di rischio specificare quale -----	SI	NO

Le gravide che presentano una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella dovranno seguire un piano assistenziale e protocolli diversi da quello previsto per le gravidanze a basso rischio.

* In presenza della condizione/patologia (criterio di esclusione) contrassegnata con un asterisco l'ostetrica attiva la consulenza del medico-ginecologo.

A seguito di tale consultazione la gestante potrà:

1. rientrare nel modello assistenziale previsto per le gravidanze a basso rischio;
2. essere inviata per consulenza specialistica (genetista, endocrinologo, infettivologo, ecc..) sulla base della quale verrà rivalutata;
3. passare ad un modello assistenziale diverso.

La check non sostituisce i dati anamnestici della cartella clinica adottata.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 12 di 68

Criteria per la selezione delle gravidanze a basso rischio ai controlli successivi al 1° e 2° incontro/visita

Controllo n° Epoca gestazionale settimane:

Uso di droghe (come cocaina, crack, eroina, ecstasy)	SI	NO
Abuso di fumo o alcool	SI	NO
Disagio sociale/disagio psichico	SI	NO
Patologie psichiatriche	SI	NO
Malattie autoimmuni	SI	NO
Isoimmunizzazione m-f	SI	NO
Dati di laboratorio anomali*	SI	NO
Asma severa	SI	NO
Malattie infettive sistematiche	SI	NO
Infezioni urinarie	SI	NO
Infezioni genitali	SI	NO
Tromboflebite	SI	NO
Iperensione	SI	NO
Preclampsia, eclampsia, HELLP	SI	NO
Diabete	SI	NO
Cardiopatie	SI	NO
Nefropatie/Uropatie	SI	NO
Malformazioni fetali	SI	NO
Ritardo di crescita intrauterina accertato o sospetto	SI	NO
Macrosomia fetale	SI	NO
Presentazione anomala dopo la 32° settimana	SI	NO
Oligo-polidramnios	SI	NO
Fibromiomi uterini sintomatici	SI	NO
Masse pelviche sintomatiche	SI	NO
Sanguinamenti anomali	SI	NO
Ogni altra grave patologia o condizione di rischio specificare quale _____	SI	NO

A seguito di tale consultazione la gestante potrà:

- rientrare nel modello assistenziale previsto per le gravidanze a basso rischio;
- essere inviata per consulenza specialistica (genetista, endocrinologo, infettivologo, ecc..) sulla base della quale verrà rivalutata;
- passare ad un modello assistenziale diverso.

La check non sostituisce i dati anamnestici della cartella clinica adottata.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 13 di 68

6.1 Rischio ostetrico

In ostetricia il concetto di rischio ha un ruolo fondamentale nella pianificazione dei percorsi clinico-assistenziali di presa in carico della donna.

Il concetto di rischio non è una condizione statica, ma dinamica, sia per lo stato che determina che per le azioni che né conseguono nell’assistenza alla gravidanza, (Regione Emilia-Romagna, 2008); la peculiarità del rischio ostetrico è quella di essere dinamico e coinvolgere due soggetti, madre e nascituro.

“La valutazione del rischio ostetrico non è solo misura, ma un processo continuo attraverso la gravidanza e il travaglio. In ogni momento, infatti, possono esserci complicazioni della gravidanza che possono indurre ad applicare alla donna un livello di cure più intensivo”, (OMS, 1996).

Tale definizione induce i professionisti ad inquadrare la valutazione del rischio e del suo livello come requisito fondamentale per pianificare e attuare una sorveglianza clinica appropriata e sicura, procedendo, altresì, a definire processi assistenziali sulla base dei livelli di rischio evidenziati e applicando procedure evidence based obstetric come criterio per l’agire clinico, (Regione Emilia-Romagna, 2008).

Tutte le gestanti con patologie precedenti la gravidanza devono essere prese in carico da professionisti esperti coordinati da un singolo clinico di riferimento e tutte le donne che presentano complicazioni mediche in gravidanza devono essere prese in carico da un team assistenziale multidisciplinare per evitare problemi di comunicazione tra professionisti di diverse discipline e/o strutture assistenziali.

La progettazione di un percorso di cura integrato tra i servizi territoriali e la nostra azienda è garanzia di appropriatezza e personalizzazione delle cure ostetriche per la gravidanza ma in modo particolare finalizzato alla pianificazione di una appropriata assistenza al travaglio e al parto e all’identificazione del corretto timing della nascita.

L’adozione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali specifici (PDTA) congruenti con il livello e la classe di rischio, costituisce garanzia di sicurezza per la salute del feto/neonato che tiene conto delle più aggiornate conoscenze biomediche e della loro applicazione clinica da parte di tutti i professionisti coinvolti nel percorso nascita.

È essenziale infatti, per garantire la salute della diade, il mantenimento di un continuum assistenziale in tutte le fasi del percorso di cura attraverso strategie organizzative e comunicative.

In particolar modo si identificano come peculiari tre fasi:



Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 14 di 68

6.2 Triage ostetrico

L'avvio del percorso richiede la corretta valutazione iniziale delle caratteristiche del travaglio al fine di attribuire la corrispondente classe di rischio (BASSO o ALTO). Per far questo è necessario eseguire 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

- **TRIAGE OSTETRICO:** anche in ambito ostetrico il triage, ossia l'attribuzione del codice di priorità di accesso alla visita in pronto soccorso (PS), si effettua secondo il Triage Modello Lazio (TML), sezione Triage in ambito ostetrico e ginecologico. Nei PS dove in triage oltre all'infermiere è prevista la presenza dell'ostetrica formata secondo i criteri del TML, la donna gravida che accede in PS per problematiche legate alla gravidanza deve essere valutata dall'ostetrica. Il codice di priorità di accesso alla visita in pronto soccorso esaurisce il suo significato con la presa in carico della donna.

- **VISITA DI ACCETTAZIONE:** La visita di accettazione viene effettuata di norma dall'ostetrica di guardia o dal medico ginecologo. La raccolta dati dell'anamnesi prevede un'accurata valutazione del decorso della gravidanza, della storia ostetrica pregressa, di eventuali terapie in atto e/o di patologie materne concomitanti. Ulteriori indagini saranno effettuate contestualizzando il caso e su esplicita prescrizione del medico che prende in carico la paziente. I requisiti minimi della visita di accettazione, oltre all'anamnesi, comprendono:

- a) esplorazione vaginale (ove necessario);
- b) misurazione dei parametri vitali;
- c) rilevazione del Battito Cardiaco Fetale (BCF).

- **CARDIOTOCOGRAFIA:** i parametri e i criteri per la valutazione del cardiotocogramma (CTG) sono riportati nella Tabelle 1 e 2, oltre che nell'Allegato 1 (Scheda anamnestica e monitoraggio cardiotocografico). Per poter consentire una valutazione, il CTG deve durare almeno venti minuti. Ove possibile, prima del CTG si consiglia di eseguire il controllo ecografico della posizione fetale, della placenta e del liquido amniotico. La valutazione del CTG deve essere distinta per le pazienti non in travaglio e per quelle in travaglio attivo.

Donne non in travaglio: L'NST viene definito "reattivo" quando la frequenza cardiaca è tra 110 e 160 bpm³, la variabilità è compresa tra 5 e 25 bpm, vi è presenza di almeno due accelerazioni, assenza di decelerazioni e sono presenti movimenti attivi fetali (MAF). La durata minima dell'esame è di venti minuti, ma se compaiono accelerazioni qualitativamente e quantitativamente sufficienti può essere interrotto. La presenza di una alternanza di fasi di quiete e di attività fetale (ciclicity) è da considerarsi un segno di benessere fetale. Se dopo 40 minuti non compaiono almeno due accelerazioni l'NST è definito "non reattivo" (Tabella 1).

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 15 di 68

Tabella 1 – Parametri per la classificazione del CTG NON in travaglio⁴: NST (Non Stress Test)						
FC BASALE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	MAF	ACCELERAZIONI*	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 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.

Donne in travaglio: si raccomanda di refertare l'esame classificandolo in tracciato di tipo 1, 2 o 3 sulla base della linea di base, della variabilità del BCF e della presenza di decelerazioni secondo quanto riportato nella Tabella 2. In alternativa, e in relazione alla complessità organizzativa e clinico-assistenziale del PN, sarà possibile utilizzare la classificazione fisiologica.

NB: è mandatorio che il PN adotti e utilizzi un unico metodo di classificazione e che il tracciato venga refertato in maniera univoca da tutta l'equipe assistenziale.

Tabella 2 – Parametri per la classificazione del CTG in travaglio⁶					
TIPO	FC BASALE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	DECELERAZIONI	INTERPRETAZIONE	GESTIONE CLINICA
1	110-160	±5/25 bpm rispetto alla linea di base	Nessuna decelerazione 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 fetale	Intervento volto alla correzione delle cause
3	<100	<5 per un tempo ≥50 min. oppure >15 per un tempo ≥30 minuti oppure Pattern sinusoidale per un tempo >50 minuti	Decelerazioni ripetitive* tardive o prolungate che si verificano per un tempo >50 min o >20 min in caso di variabilità ridotta oppure Una decelerazione prolungata per un tempo > 5min	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 contrazioni uterine. In presenza di decelerazioni precoci anche ripetitive il tracciato è da considerarsi di tipo 1.

• **ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO:** nella sezione documentale relativa al ricovero ostetrico, sulla base dei criteri riportati nella Tabella 3 e nell'Allegato 2 deve essere individuata la classe di rischio del travaglio/parto sia al momento del ricovero che all'ammissione in Sala Parto e, in base a questa, deve essere indicato in maniera esplicita il percorso assistenziale da attivare e a quali operatori sanitari

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 16 di 68

viene affidata la gestione del caso. L’attribuzione della classe di rischio va intesa in senso dinamico, in quanto è comunque necessario attuare tutte le misure necessarie per garantire la precoce rilevazione di qualsiasi deviazione clinica dal percorso atteso e il percorso assistenziale più idoneo alla gestione del caso.

Tabella 3 – Criteri per la classificazione della classe di rischio al momento del ricovero	
ANAMNESI OSTETRICA ATTUALE	
Epoca gestazionale >37 e <41 ⁺⁶ settimane Età materna >16 o <40 anni Parità <4 Feto singolo in posizione cefalica Peso fetale stimato ecograficamente >2500 e <4500 g Placenta normalmente inserita Liquido amniotico in normale quantità con valutazione ecografica della tasca massima verticale (TMV): assenza di oligoamnios (TMV <30mm), assenza di polidramnios (TMV >80 mm)	Membrane integre o PROM < 24h con liquido 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, ecc.) - Assenza di infezione materna TORCH, lue, HIV - Assenza di isoimmunizzazione da Rh - Assenza di barriera linguistica
ANAMNESI OSTETRICA REMOTA	ANAMNESI PATOLOGICA
- 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)	- BMI pregravidico >18 o <35 - Assenza di patologie renali con proteinuria >20 mg/dL e/o batteriuria > 100.000 UFC - Emoglobina >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
NB: per poter essere classificato come travaglio/parto a basso rischio, devono essere soddisfatti <u>tutti</u> i criteri sopra elencati.	

6.3 Gestione del parto vaginale a basso rischio/ Fase Travaglio-Parto

La gestione del travaglio e parto a basso rischio è di competenza del personale ostetrico. In caso di deviazione dalla norma dei parametri fisiologici del decorso del travaglio, il personale ostetrico è tenuto a darne tempestiva comunicazione al medico per l’opportuna rivalutazione clinica.

Posta la diagnosi di travaglio attivo (Tabella 4), la gestante viene accompagnata nel Blocco Parto per la presa in carico da parte del personale ostetrico.

Tabella 4 – Criteri per la diagnosi di travaglio in fase attiva
a) Almeno tre contrazioni in 10 minuti di durata superiore o uguale a 40 secondi b) Dilatazione maggiore di 4 cm

Subito prima dell’invio, o comunque al momento dell’ammissione al Blocco Parto, deve essere rivalutata la classe di rischio, al fine di confermare il percorso assistenziale scelto per la gestione del parto.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 17 di 68

Nel parto a basso rischio, la presa in carico da parte del personale ostetrico deve essere formalizzata tramite la compilazione del partogramma (allegato n. 7). L'uso di tale strumento è indispensabile per la trasmissione di informazioni tra operatori e la visualizzazione immediata della progressione del travaglio. È inoltre uno degli strumenti di controllo del rispetto delle procedure e della qualità dell'assistenza.

È mandatorio che il partogramma monitori almeno i seguenti parametri:

- Dilatazione della cervice;
- Livello della parte presentata (PP) fetale rispetto al canale del parto;
- Rilevazione del Battito Cardiaco Fetale (BCF);
- Colore del liquido amniotico;
- Durata e frequenza delle contrazioni uterine;
- Somministrazione di ossitocina o di altri farmaci;
- PA e FC materna;
- Diuresi materna ed eventuale presenza di proteine o di acetone.

La diagnosi di travaglio in atto coincide con l'inizio della compilazione del partogramma, sul quale vanno segnalate eventuali remissioni del travaglio.

NB: il partogramma deve essere compilato in tempo reale al fine di permettere in qualsiasi momento un controllo sull'andamento del travaglio.

Nel corso dell'assistenza a un travaglio/parto a basso rischio, il personale ostetrico dovrà eseguire le seguenti attività, lasciandone opportuna evidenza nella documentazione clinica:

- Controllo dei parametri vitali della donna;
- Controllo del Battito Cardiaco Fetale (BCF);
- Assistenza al periodo espulsivo;
- Inizio della seconda fase del travaglio (dilatazione completa);
- Inizio spinte materne (pushing);
- Clampaggio del funicolo;
- Assistenza al secondamento;
- Valutazione della perdite ematiche per la rilevazione di perdite superiori ai 500 ml.

Perché possa proseguire nel percorso assistenziale previsto per basso rischio, è necessario che il personale ostetrico monitori i parametri riportati nella Tabella 5.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 18 di 68

Tabella 5 – Criteri per la valutazione del rischio intrapartum e la prosecuzione del percorso a basso rischio

- Assenza di alterazioni dei parametri vitali materni
- Assenza di anomale perdite ematiche vaginali
- Liquido amniotico chiaro
- Presentazione cefalica (assenza di modifiche della posizione del feto singolo)
- Assenza di alterazioni del BCF all’auscultazione intermittente confermata dalla CTG^A
- 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^B

NB: il mancato soddisfacimento anche di uno solo dei parametri elencati comporta l’immediata uscita della donna dal percorso a basso rischio.

A - Sé la CTG è normale per venti minuti, si può proseguire con l’auscultazione intermittente.

B - L’impossibilità di garantire l’assistenza ostetrica 1:1 comporta l’uscita dal percorso a basso rischio.

Il personale medico e/o ostetrico che ha seguito il travaglio/parto deve trasmettere al pediatra/neonatologo qualsiasi informazione clinica o anamnestica relativa alla madre che possa avere ricadute sulla salute del neonato.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 19 di 68

6.4 Gestione del parto vaginale a basso rischio/ Fase del Post-partum

Prima di trasferire la puerpera in reparto, è necessario effettuare un periodo di osservazione e monitoraggio della durata di almeno due ore. Si precisa che l’inizio di questo periodo di osservazione e monitoraggio non parte dal momento della espulsione del feto, ma dal termine delle attività relative all’assistenza al parto (ad esempio: secondamento, sutura dell’episiotomia, ecc.). In questo periodo l’ostetrica deve monitorare almeno i seguenti parametri:

- Pressione arteriosa;
- Frequenza cardiaca;
- Frequenza respiratoria;
- Saturazione di ossigeno;
- Temperatura corporea;
- Dolore;
- Diuresi;
- Perdite ematiche;
- Fondo dell’utero;
- Globo di sicurezza;
- Ispezione del perineo (per la ricerca di trombo genito-puerperale e la valutazione, ove presente, della sutura delle lacerazioni perineali o dell’episioprafia).

La FASE 3 del parto a basso rischio si conclude con il trasferimento della puerpera nel reparto di degenza e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi sia disponibile la seguente evidenza:

1. Documentazione clinica della valutazione e monitoraggio post partum.

6.5 Gestione del parto ad alto rischio

Il parto deve essere classificato come ad alto rischio quando non sono soddisfatti tutti i criteri di appropriatezza previsti o quando anche uno solo dei parametri clinici risulta alterato. In questi casi, può rendersi necessario ricorrere all’induzione del travaglio o al potenziamento con ossitocina, sempre nel rispetto dell’epoca gestazionale e delle evidenze scientifiche. La gestione del parto ad alto rischio richiede un’organizzazione strutturata della sala parto, adeguata a garantire la sicurezza materna e feto-neonatale, con l’obiettivo, ove possibile, di favorire il parto vaginale. La gestione clinica deve prevedere l’assistenza dedicata di un’ostetrica e di un medico ginecologo, nonché il monitoraggio continuo del benessere fetale mediante CTG intrapartum, associato all’analisi del partogramma. L’intervento del ginecologo è necessario qualora emerga indicazione al parto vaginale operativo o al taglio cesareo (TC). Al momento dell’espulsione del feto deve essere garantita la presenza del neonatologo, preventivamente informato. Dal punto di vista strutturale, deve essere sempre disponibile una sala operatoria H24 per la gestione delle urgenze ed emergenze ostetriche. Non tutti i parti ad alto rischio esitano in un TC; tuttavia, poiché la gestione non chirurgica rientra in una variabilità clinica non completamente standardizzabile, il documento prende in considerazione esclusivamente i parti ad alto rischio che esitano con taglio cesareo. Il taglio cesareo può essere eseguito in elezione, urgenza o emergenza, sulla base di criteri clinici di appropriatezza o di gravità. Prima dell’intervento è necessaria la valutazione degli esami preoperatori, la verifica dei tamponi per Streptococco β-emolitico di gruppo B, l’acquisizione dei consensi informati e la corretta compilazione della checklist di sala operatoria. Nei casi di TC per autodeterminazione è obbligatorio documentare l’avvenuto counselling sui benefici del parto vaginale. Infine, per ridurre il rischio infettivo, la

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 20 di 68

tricotomia deve essere evitata salvo necessità e, se eseguita, deve avvenire immediatamente prima dell'intervento con clipper elettrici. La profilassi antibiotica perioperatoria va somministrata in dose unica 30-60 minuti prima dell'incisione, evitando dosi aggiuntive non giustificate clinicamente.

6.6 Gestione del parto chirurgico/ Fase travaglio/parto

Nonostante le evidenze disponibili confermino che il TC rappresenti un fattore di rischio indipendente per la morbosità e la mortalità materna, il ricorso a questa modalità di espletamento del parto nel Lazio è ancora eccessivamente elevato. Questo dato è, almeno in parte, riconducibile a molteplici fattori relativi ad aspetti strutturali, organizzativi e culturali, tutti elementi indipendenti dalle necessità cliniche del singolo caso. Pertanto, si raccomanda a tutte le strutture di intraprendere ogni iniziativa utile per ridurre l'inappropriatezza legata al ricorso al TC come modalità di esecuzione del parto. Il TC è una modalità di espletamento del parto che può essere decisa sulla base di criteri di appropriatezza (vedi Tabella 6) e/o dal carattere di urgenza-emergenza (vedi Tabella 7), oppure in regime di elezione programmata nel rispetto del timing gestazionale e delle indicazioni previste dalle evidenze scientifiche.

In caso di prematurità e/o patologia fetale accertata in epoca prenatale, ai fini di una valutazione integrata del singolo caso, deve essere recepito il parere del medico pediatra/neonatologo.

Tabella 6 - Criteri di appropriatezza per il TC	
<ul style="list-style-type: none"> • Sproporzione feto-pelvica • Macrosomia fetale • Presentazione anomala • Distocia del primo stadio⁷ • Distocia del secondo stadio⁷ • 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

Classificazione del TC

L'esecuzione del TC deve essere preceduta dalla valutazione degli esami di laboratorio, clinici e strumentali preoperatori di routine e dal controllo dei referti dei tamponi vaginali e rettali per Streptococco emolitico di gruppo B (GBS). Occorre inoltre:

- Ottenere i consensi informati da parte della paziente (intervento chirurgico, anestesia, emotrasfusione);
- Nel caso in cui il percorso clinico-assistenziale preveda la fase di preospedalizzazione (TC in autodeterminazione o elezione) occorre fornire alla donna le informazioni relative alla corretta preparazione all'intervento;
- In caso di autodeterminazione va prodotta in documentazione sanitaria l'evidenza dell'avvenuta informazione (counselling) circa i benefici di un parto spontaneo rispetto ad un TC, con proposta ed eventuale accettazione del "travaglio di prova" in caso di pregresso TC.
- Garantire la corretta e completa compilazione della Checklist di sala operatoria secondo la specifica procedura locale.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 21 di 68

La Tabella 7 riporta i criteri per la classificazione del TC.

Tabella 7 – Classificazione del TC⁸	
CODICE BIANCO Cesareo in ELEZIONE (Categoria 4 NICE)	Parto da inserire nella lista operatoria in base alle disponibilità del punto nascita.
CODICE VERDE Cesareo in URGENZA DIFFERIBILE (Categoria 3 NICE)	Assenza di compromissione delle condizioni materne e/o fetali, ma necessità di anticipare il parto.
CODICE GIALLO Cesareo in URGENZA (Categoria 2 NICE)	Compromissione delle condizioni materne e/o fetali che non costituisce un immediato pericolo di vita. DDI < 75 minuti
CODICE ROSSO Cesareo in EMERGENZA (Categoria 1 NICE)	Pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto. (per es.: sospetta rottura d’utero, distacco di placenta maggiore, prolasso di funicolo, ipossia fetale, bradicardia fetale persistente) DDI < 30 min

NB: Al di fuori delle condizioni di emergenza, nel caso in cui decida di eseguire un TC per la presenza di condizioni cliniche potenzialmente legate a un esito sfavorevole del parto vaginale, il medico dovrà darne esaustiva evidenza nella documentazione sanitaria.

Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio

Tricotomia area sovra pubica

A meno che i peli nell’area di incisione interferiscano significativamente con l’esecuzione dell’intervento, va evitata la tricotomia. Ove necessario, deve essere effettuata mediante l’uso di clipper elettrici. Va assolutamente evitato l’utilizzo del rasoio a lame.

La tricotomia va eseguita immediatamente prima dell’intervento utilizzando esclusivamente rasoi elettrici (clipper) e solo nei casi in cui sia strettamente necessaria.

Antibiotico profilassi perioperatoria

La contaminazione del campo operatorio è un evento frequente nel corso di ogni intervento chirurgico e richiede l’utilizzo della profilassi antibiotica. Un uso inappropriato di tale profilassi, tuttavia, può causare un aumento delle antibioticoresistenze.

Nel caso del TC la somministrazione dell’antibiotico deve avvenire in unica dose 30-60 minuti prima dell’incisione

. La scelta del tipo di antibiotico e della posologia è di competenza dello specialista sulla base delle valutazioni cliniche del caso. La somministrazione di dosi addizionali dopo la fine dell’intervento non si è dimostrata efficace nel ridurre ulteriormente la frequenza di infezioni e va pertanto evitato, a meno di particolari necessità cliniche valutate dallo specialista.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 22 di 68

Prevenzione del rischio tromboembolico

Le donne che partoriscono con TC presentano un rischio di tromboembolismo venoso superiore di 2-3 volte a quello delle donne che partoriscono con parto vaginale. Tale rischio aumenta di circa 4 volte nelle pazienti che subiscono un TC in urgenza. È pertanto fortemente raccomandata, da parte del medico ginecologo, la valutazione precoce del rischio tromboembolico nelle donne che si avviano al percorso del parto con TC al fine di attuare gli opportuni interventi (Tabella 8).

Tabella 8 – Fattori di rischio per il tromboembolismo venoso (TEV)¹⁰		
FATTORI DI RISCHIO	CLASSIFICAZIONE	PROFILASSI
<ul style="list-style-type: none"> • Precedente episodio tromboembolico • Trombofilia ad alto^A o basso rischio^B • Ogni indicazione alla profilassi prenatale 	≥ 1 FATTORE RISCHIO ALTO	EBPM PER 6 SETTIMANE
<ul style="list-style-type: none"> • Taglio cesareo in travaglio • BMI ≥ 40 • Ricovero prolungato in puerperio (> 3 giorni) • Procedure chirurgiche in puerperio (esclusa lacerazione) • Patologie croniche concomitanti^C 	≥ 3 FATTORI RISCHIO ALTO	EBPM PER 6 SETTIMANE
	< 3 FATTORI RISCHIO MEDIO	EBPM PER 10 GIORNI
<ul style="list-style-type: none"> • Età > 35 anni • BMI ≥ 30 • Parità >3 • Fumo • Taglio cesareo elettivo • Storia familiare (in parenti di primo grado)^D • Varici voluminose • Infezioni sistemiche • Immobilità (> 3 giorni a letto) • Preeclampsia • Gravidanza multipla • Parto pretermine (< 37 settimane) • Nato morto • Parti operativi rotazionali o allo scavo medio • Travaglio prolungato > 24 ore • Emorragia post partum (> 1 L) o trasfusione 	≥ 2 FATTORI RISCHIO MEDIO	EBPM PER 10 GIORNI
	1 FATTORE RISCHIO BASSO	NESSUNA

^A**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).

^B**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).

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

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

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 23 di 68

Per tutte le donne sottoposte a TC, in assenza di controindicazioni, andrebbe presa in considerazione la tromboprofilassi con eparina a basso peso molecolare (EBPM) per dieci giorni dopo il parto, ad eccezione di quelle sottoposte a TC di elezione. Per queste ultime la trombo profilassi con EBPM per dieci giorni dopo il parto andrebbe presa in considerazione solo in presenza di fattori di rischio aggiuntivi. In pazienti selezionate ad alto rischio di TEV, nelle quali fattori di rischio significativi persistano durante il puerperio, si suggerisce di continuare la tromboprofilassi farmacologica per sei settimane dopo il parto.

1. È obbligatorio eseguire la valutazione della classe di rischio tromboembolico e darne evidenza in documentazione sanitaria
2. Per le pazienti già in terapia si raccomanda la sospensione di EBPM almeno 12 ore prima dell'esecuzione del TC e di riprendere la somministrazione 8-12 ore dopo l'intervento chirurgico
3. La somministrazione di EBPM non controindica l'allattamento al seno.

Anestesia ed organizzazione dell'intervento chirurgico

La valutazione preoperatoria della paziente candidata a TC da parte dell'anestesista, oltre a quanto normalmente previsto per ogni intervento chirurgico, deve valutare tutte le possibili alterazioni parafisiologiche presenti nella donna gravida che, sulla base delle evidenze disponibili, possano modificare il rischio anestesilogico.

La FASE 2 del parto ad alto rischio si conclude con l'esecuzione del TC e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Partogramma (in caso di travaglio di prova)
2. Cardiotocografia
3. Valutazione rischio tromboembolico
4. Checklist di sala operatoria

6.7 Gestione del parto chirurgico/ Fase Post-partum

Prima di trasferire la puerpera in reparto, è necessario effettuare un periodo di osservazione e monitoraggio della durata di almeno due ore.

Si precisa che l'inizio di questo periodo di osservazione e monitoraggio non parte dal momento della espulsione del feto, ma dal termine delle attività relative all'assistenza al parto (ad esempio: secondamento, sutura dell'episiotomia, ecc.). In questo periodo l'ostetrica deve monitorare almeno i seguenti parametri (Allegato 3 - Scheda di valutazione e monitoraggio post partum):

- Pressione arteriosa;
- Frequenza cardiaca;
- Frequenza respiratoria;
- Saturazione di ossigeno;
- Temperatura corporea;
- Dolore;
- Diuresi;
- Perdite ematiche;
- Fondo dell'utero;
- Globo di sicurezza;
- Ispezione del perineo (per la ricerca di trombo genito-puerperale);
- Ferita chirurgica.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 24 di 68

Per la valutazione del dolore si suggerisce l'utilizzo di scale come la NRS (Numerical Rating Scale), dove si chiede alla paziente di valuta 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 e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi sia disponibile la seguente evidenza:

1. Documentazione clinica della valutazione e monitoraggio post partum

Si rimanda al contenuto del punto 6.1.4 e all'utilizzo dell'Allegato 3.

6.8 Comunicazione interna

Un approccio organico alla gestione del rischio in ambito ostetrico prevede innanzitutto attenzione all'informazione, alla comunicazione e all'interazione positiva " paziente-operatore" e "struttura-professionista", attraverso modalità e strumenti che possano mettere in relazione tutti gli attori del processo.

L'ambito clinico - assistenziale ostetrico è caratterizzato da un'elevata complessità determinata da caratteristiche peculiari ed uniche; infatti, "... il settore ostetrico offre la rappresentazione di una disciplina che coniuga le caratteristiche dell'ambito chirurgico con quelle delle tecnologia perinatale, in una concertazione di stretta interazione operativa tra diverse figure professionali ...", (Turillazzi et al., 2007): medico ginecologo, ostetrica, neonatologo, anestesista e qualsiasi altro professionista sia necessario per affrontare specifici bisogni/problemi di salute della diade.

E inoltre: "l'assistenza ostetrica sintetizza l'insieme delle diverse professionalità tecniche in grado di esprimere un complesso di competenze individuali che pur confluendo nel gruppo non si confondono né si annullano, risultandone al contrario, esaltate le singole professionalità", (Turillazzi et al., 2007). In una situazione di questo tipo, la comunicazione interna, intesa come quella intercorrente tra i professionisti all'interno del gruppo di lavoro, tra le diverse unità operative e le diverse strutture sanitarie che in momenti diversi prendono in carico la diade, costituisce un sistema strategico per il raggiungimento degli obiettivi di cura attraverso il coinvolgimento di tutti i professionisti e lo scambio di informazioni con l'uso di opportune modalità.

La comunicazione interna, quindi, ricopre un ruolo centrale nella garanzia della sicurezza delle donne e dei bambini poiché costituisce un processo che può influire sull'efficacia, l'efficienza e la produttività dei processi e dell'organizzazione che li produce, prevenendo l'insorgenza di fattori di rischio e di possibili complicanze.

In alcune situazioni ostetriche (emergenze/urgenze, necessità di intervenire con tempestività per assicurare il benessere materno - fetale), è necessario ridurre il peso delle gerarchie formali favorendo una comunicazione aperta ed orizzontale che valorizzi l'espressione rapida delle competenze individuali a prescindere dalla collocazione dei singoli nella struttura organizzativa.

Infatti, quando la comunicazione esprime un conflitto tra ruoli si può rischiare di rallentare i tempi di intervento, di gestire inappropriatamente gli interventi e di generare nei genitori diffidenza nell'efficienza del sistema di cure.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 25 di 68

Inoltre, l'atto terapeutico è un atto relazionale all'interno del quale le parole degli operatori possono condizionare il raggiungimento dell'obiettivo terapeutico poiché si possono avere ricadute sull'organizzazione dei professionisti coinvolti, sull'assistenza erogata, sui comportamenti della donna ed i vissuti della coppia, (Ragusa, Crescini, 2015).

Uno strumento indispensabile per promuovere una comunicazione interna efficace, appropriata e produttiva che dica chi fa cosa, come e con quali tempistiche, può essere lo strumento procedura/protocollo, ma anche il **piano della comunicazione** che ne regola le modalità:

- a) all'interno delle unità operative in forma longitudinale,
- c) tra unità operative diverse in forma trasversale,
- d) tra professionisti della struttura organizzativa prevista dal modello assistenziale.

Il piano strutturato della comunicazione interna deve riguardare tutti i processi sia assistenziali che organizzativi, mettendo in evidenza gli aspetti cruciali della rapporto comunicazione/cura e comunicazione tra i professionisti.

Per quanto riguarda gli aspetti distintivi nel rapporto comunicazione/cura è necessario che la modalità di comunicazione esprima il grado di controllo della situazione e che sia allenata negli eventi di emergenza/urgenza più comuni e frequenti attraverso esercitazioni di gruppo, sostenute dalla disponibilità visiva di flow-chart operative appese nelle diverse U.O. Ostetriche.

La capacità di comunicare può ridurre, soprattutto nelle situazioni di emergenza/urgenza, il rischio di contenzioso poiché l'impressione che si trasmette alla donna e alla coppia è quella di professionisti capaci di risolvere le situazioni critiche e di assumere decisioni.

Nella comunicazione tra professionisti è necessario condividere l'epicrisi del caso che aiuta non solo ad affrontare la situazione ma anche a delineare un nuovo percorso terapeutico ed assistenziale qualora vi sia una modificazione del livello di rischio ostetrico.

La compilazione del partogramma in tempo reale, la garanzia della continuità assistenziale e descrittiva può aiutare a cogliere i progressivi peggioramenti e i passaggi da situazioni di benessere a quelle di patologia.

I punti chiave della comunicazione tra professionisti, in modo particolare nelle situazioni di emergenza/urgenza ostetrica, sono (Ragusa, Crescini, 2015):

- 1) individuare il team leader che a sua volta esprimerà l'autorevolezza necessaria per la gestione dell'intervento assistenziale,
- 2) parlare uno alla volta,
- 3) ricercare il consenso della donna e del partner assicurando tranquillità e chiarezza verbale,
- 4) valutare l'evoluzione della situazione clinica considerando l'efficacia degli interventi e la comprensione degli accadimenti da parte della donna,
- 5) utilizzare modalità non allarmanti ma appropriate di descrizione degli eventi,
- 6) non cadere nei conflitti di ruolo,
- 7) essere coerenti nella comunicazione tra operatori e con la donna e la coppia,
- 8) non sminuire o contraddire ciò che la donna afferma di sentire.

La comunicazione comprende anche la descrizione in cartella clinica degli eventi clinico-assistenziali, di cui si rimanda per la dissertazione al punto 6.1.10.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 26 di 68

6.9 La comunicazione con la donna assistita

I processi di comunicazione interna comprendono anche l’informazione fornita alla donna assistita e la coppia; è un momento necessario per aiutare le persone a comprendere il progetto di cura, sulla base delle evidenze disponibili e metterli nella condizione di partecipare consapevolmente ai processi decisionali.

Ogni atto sanitario deve essere preceduto e accompagnato da un’esauriente azione informativa, di cui ogni professionista si fa garante per il suo ambito di competenza e responsabilità.

È opportuno illustrare tutte le possibili alternative percorribili nella gestione del problema/bisogno di salute, in modo particolare nelle situazioni di rischio ostetrico modificato e per valutare i rischi/risultati ad esso connessi.

Deve essere scelto da parte dei professionisti il momento più opportuno per dare l’informazione in modo che venga garantito alla donna il tempo per la riflessione ed elaborazione che coinvolgerà anche la famiglia.

In caso di donna straniera, la possibilità di scarsa comprensione delle informazioni ed i risvolti culturali che le pratiche assistenziali potrebbero comportare, rende indispensabile la presenza del mediatore culturale, la cui attività deve essere documentata nel consenso informato.

La comunicazione con la donna realizzata con queste modalità è indispensabile per la determinazione del rapporto fiduciario che promuove la partecipazione della donna, la sua compliance al trattamento terapeutico e l’efficacia del processo di cura.

La comunicazione deve essere personalizzata utilizzando messaggi positivi ed evitando di trattare ogni situazione come se fosse a rischio.

I punti chiave della comunicazione dei professionisti con la donna/coppia, in modo particolare nelle situazioni di emergenza/urgenza ostetrica, sono (Ragusa, Crescini, 2015):

- 1) essere coerenti nella comunicazione con la donna e la coppia,
- 2) non sminuire o contraddire ciò che la donna afferma di sentire,
- 3) usare con la donna e la coppia termini semplici, propositivi e rafforzativi del sé, accompagnati anche da atteggiamenti empatici,
- 4) mostrare competenza e controllo della situazione evitando invece atteggiamenti paternalistici, che minimizzano il problema,
- 5) descrivere alla donna e alla coppia cosa si sta facendo, perché e come lo si fa,
- 6) non prospettare il peggio a priori.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 27 di 68

6.10 Piano del rischio

A fronte del piano strutturato della comunicazione deve essere elaborato il **piano del rischio** contestualizzato alle caratteristiche e peculiarità del percorso nascita dell’A.O., dei near miss segnalati, delle segnalazioni pervenute e delle evidence based obstetric disponibili.

Attraverso l’utilizzo della metodologia del “Trigger Tool Methodology” (Institute for Healthcare Improvement, 2011), strumento sviluppato nell’ambito della gestione del rischio clinico, è possibile identificare gli eventi critici legati al processo del travaglio/parto che possono implicare complicanze per la madre e il nascituro, (Regione Toscana, 2009):

INCIDENTI LEGATI ALLA MADRE	INCIDENTI LEGATI AL FETO O AL NASCITURO	INCIDENTI ORGANIZZATIVI
Parto podalico	Nati morti > 500 gr	Non disponibilità della cartella clinica
Distocia di spalla	Morte neonatale	Ritardo nel rispondere ad una richiesta d'assistenza
Emorragia > 1500 ml	Indice Apgar < 7 dopo 5 minuti	Parto a casa non pianificato
Ritorno in SO	Trauma alla nascita	Attrezzatura non adeguata
Eclampsia	Lacerazione fetale nel parto cesareo	Conflitti nella gestione del caso
Isterectomia/laparotomia	Ph del cordone > 7.05 arterioso o < 7.1 venoso	Potenziale reclamo dell'utente
Complicanze anestesilogiche	Apoplezia neonatale	Errore in terapia
Ammissioni in terapia intensiva	Neonato a termine ammesso in neonatologia	Ritenzione di garza o strumento
Tromboembolismo venoso	Anomalie fetali non diagnosticate	Infezione legata all'assistenza
Embolismo polmonare	Anomalie congenite europee e Gemellari (Eurocat)	Violazione dei protocolli
Lacerazioni di terzo/quarto grado		
Forcipe o ventosa adoperata senza successo		
Rottura d'utero		
Riammissione della madre		

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 28 di 68

Per migliorare la sicurezza e dare garanzia alla gestante di appropriatezza clinico-assistenziale nella presa in carico è opportuno garantire una serie di azioni di seguito specificate:

In gravidanza:

Selezione delle gravidanze attraverso la valutazione del rischio ostetrico
Presa in carico tempestiva delle gestanti (italiane e straniere) con gravidanza a rischio negli ambulatori aziendali dedicati
Informazione comprensibile e compresa a tutte le gestanti prese in carico anche attraverso materiale multilingue
Sostenere l'autonomia della donna e promuovere la consapevolezza nelle sue scelte attraverso un'informazione evidence based obstetric
Monitoraggio appropriato della gravidanza a termine e oltre il termine
Attivazione STEN in caso di necessità
Ricovero appropriato per l'assistenza al travaglio
Riduzione induzione travaglio (secondo le Classi di Robson)

Durante il travaglio ed il parto:

Offrire alla donna un'assistenza conforme alle aspettative maturate	Presenza di persona di fiducia, metodi naturali di contenimento del dolore, posizioni libere per travaglio/parto, parto analgesia
Rispetto dei meccanismi fisiologici del travaglio/parto e valutazione dinamica del rischio ostetrico	Rispetto dell'evoluzione fisiologica del processo e del profilo di rischio definito
Monitoraggio del benessere materno-fetale in relazione al grado di rischio ostetrico	Esecuzione controlli CTG e auscultazione intermittente BCF secondo le Linee Guida sul monitoraggio del benessere fetale in travaglio di parto (Regione Emilia-Romagna, 2004)
Riduzione del taglio cesareo nelle categorie a basso rischio (Classe I, II, V di Robson)	Attuazione di un'assistenza personalizzata e continuativa
Promuovere il benessere materno in travaglio	Presenza di persona di fiducia, modalità di contenimento del dolore, posizioni libere per travaglio/parto, parto analgesia
Aumentare il benessere materno nel parto	Riduzione del ricorso all'episiotomia, prevenzione lacerazioni perineali di 3°-4°, controllo perdita ematica post - partum
Aumentare il benessere neonatale al parto	Promozione dell'adattamento fisiologico extra uterino, contatto precoce pelle a pelle, taglio tardivo del cordone ombelicale, attacco precoce al seno, profilassi del distress respiratorio neonatale in caso di minaccia di parto pretermine
Adeguate presenze di professionisti in sala parto per i parti a rischio	Tempestività della chiamata e dell'intervento terapeutico, tempi in intervento < 30 minuti

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 29 di 68

6.11 Cartella clinica ostetrica integrata

La cartella clinica ha un ruolo fondamentale nella documentazione dell'atto sanitario; una corretta accezione di cartella clinica deve prevedere spazio di espressione per le competenze mediche e per quelle delle professioni sanitarie che partecipano al processo di cura, (Turillazzi et al., 2007).

In quest'ottica, la **cartella clinica ostetrica integrata** rappresenta lo strumento con cui si dà visibilità alla logica della partecipazione attiva ed autonoma dei professionisti alle cure complessive (Rodriguez, 2004) della diade. Nel percorso nascita la cartella clinica integrata documenta il percorso nel suo insieme valorizzando la continuità assistenziale, utilizzando un lessico appropriato alle cure ostetriche, migliorando la definizione dei dati da registrare e l'elaborazione statistica (Serafini, Mollo, 2006), concorrendo altresì alla definizione di un midwifery minimum data set con cui è possibile valutare gli esiti sensibili e la qualità dell'assistenza erogata. Gli eventi di emergenza/urgenza ostetrica necessitano di accurata descrizione delle procedure messe in atto per la loro risoluzione anche in considerazione che in alcuni casi la situazione può ancora aggravarsi ed è importante sapere cosa è stato fatto e come, per possibili contenziosi nei quali la descrizione attenta e precisa degli atti è segnale positivo di diligenza professionale e best practice.

6.12 Incident reporting in caso di evento sentinella morte materna

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, l'elaborazione di un piano di miglioramento e la segnalazione sul SIRES, al fine di consentire la corretta alimentazione del flusso ministeriale SIMES.

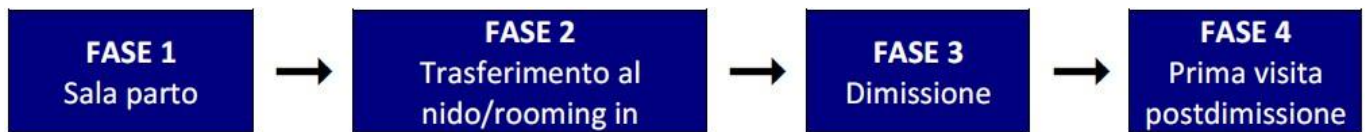
In caso di "morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza", pertanto, occorre:

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 e inviarla alla UO Rischio Clinico;
6. Predisporre, a cura del responsabile della UO Rischio Clinico, gli strumenti di risk analysis più idonei al caso.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 30 di 68

6.13 Percorso del neonato

In analogia con il percorso definito per il travaglio ed il parto, anche il percorso neonatale è suddiviso in fasi con la costante di mantenere un continuum assistenziale in tutte le fasi del percorso di cura attraverso strategie organizzative e comunicative:



6.14 Percorso neonatale- Fase 1 Sala Parto

In sala parto deve avvenire l'identificazione madre-neonato (vedi Procedura aziendale) ed è necessaria, inoltre, la valutazione dei seguenti parametri, di cui dovrà essere data opportuna evidenza nella documentazione clinica materna e neonatale:

- a) Punteggio Apgar superiore a 7 al quinto minuto;
- b) Assenza di malformazioni maggiori;
- c) Frequenza respiratoria fra 40 e 60 atti/minuto;
- d) Frequenza cardiaca fra 100 e 180 battiti/minuto;
- e) Saturazione di ossigeno superiore a 92%;
- f) Emogasanalisi su sangue arterioso del funicolo (ove eseguita);
- g) Parametri antropometrici al di sopra del decimo percentile.

Nel caso in cui uno o più di questi parametri non siano nella norma, il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie sulla base delle specifiche cliniche, del setting assistenziale e delle evidenze scientifiche.

Se tutti i parametri rientrano nella norma, si avvia il contatto "pelle a pelle" (SSC- Skin to Skin Contact) precoce e continuo (almeno un'ora se le condizioni della diade lo consentono), salvo diverse indicazioni dello specialista. Nel corso delle prime due ore di vita del neonato, occorre attuare una periodica valutazione di tutte le diadi, non solo di quelle che praticano lo SSC in sala parto. Occorre che di questa attività di monitoraggio periodico sia data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria. Al termine del periodo di monitoraggio, se tutti i parametri rientrano nella norma, è possibile passare alla fase successiva. In caso contrario, il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie sulla base delle specificità cliniche, del setting assistenziale e delle evidenze scientifiche.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 31 di 68

La FASE 1 del percorso neonatale si conclude con il trasferimento del neonato al nido/Rooming in e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Punteggio di Apgar
2. Frequenza respiratoria
3. Frequenza cardiaca
4. Saturazione di ossigeno
5. Emogasanalisi su sangue arterioso del funicolo (ove eseguita)
6. Sintetica descrizione morfobiometrica del neonato

6.15 Percorso neonatale- Fase 2 Trasferimento al Nido/Rooming-in

Il miglioramento della qualità di vita madre-neonato, attraverso un iter assistenziale di accompagnamento nel post nascita, è un obiettivo sanitario prioritario, evidenziato dal Ministero della Salute (Linee Guida 2024).

Il percorso nascita richiede la adozione di interventi assistenziali specifici, attraverso un approccio individualizzato che tenga conto anche dei fattori sociali, emotivi e delle condizioni di rischio della intera famiglia e non solo della donna, mediante un coinvolgimento diretto nel processo decisionale di assistenziale e di cura (NICE 2021).

Il modello della maternal health literacy (Wagner 2020) tanto nella gravidanza a basso rischio, quanto in quella a rischio, vuole fortificare le capacità di accedere, comprendere ed utilizzare, le informazioni riguardanti la salute e fornire sostegno alla genitorialità promuovendo il self-empowerment materno. Il Rooming in, standard assistenziale di riferimento, prevede che la mamma ed il neonato permangano e siano assistiti nei giorni successivi al parto, in una stessa stanza, da figure professionali identificate e specificatamente qualificate, aventi ruolo di supervisione e supporto; il modello presenta comprovati benefici e vantaggi oltre a richiedere la rispondenza a specifici criteri di eleggibilità.

Vantaggi del Rooming in:

1. Migliorare la competenza materna nell'accudimento neonatale, promuovendo la relazione madre neonato e favorendo il legame fisico sensoriale (bonding);
2. Favorire la acquisizione delle abilità genitoriali fortificando la competenza consapevole (empowerment);
2. Ridurre il rischio di infezioni ospedaliere e rafforzare il sistema immunitario in ragione della colonizzazione con i germi materni;
3. Identificazione precoce di difficoltà nella gestione neonatale da parte della puerpera, perfezionando la appropriatezza della dimissione, favorendo la relazione con le strutture territoriali;
4. Favorire l'avvio ed il mantenimento dell'allattamento al seno, restituendo valore alla relazione madre-neonato, indipendentemente dalla tipologia di alimentazione scelta o possibile, in vista del raggiungimento di un sano sviluppo;
5. Favorire la acquisizione di un ritmo respiratorio, cardiaco ottimale;
6. La presenza del partner o di altro caregiver, costituendo un sostegno perdurante alla madre nell'accudimento neonatale, favorisce il consolidamento ed il mantenimento del Rooming in;
7. Raggiungimento di valori glicemici più elevati e migliore termo-controllo.

Si veda la procedura: LA GESTIONE DEL ROOMING IN: PRESA IN CARICO DELLA DIADE PG/901/G0DG43/26/01

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 32 di 68

6.16 Percorso neonatale- Fase 3 Dimissione

Accertati i criteri indicati nella fase precedente, si dimette il neonato e contestualmente si programma la data per la prima visita ambulatoriale post-dimissione; è opportuno dare evidenza nella documentazione sanitaria delle seguenti attività:

- a) Valutazione della bilirubina in occasione del prelievo di sangue effettuato per gli screening praticati in seconda-terza giornata;
- b) Saturimetria pre- e post-duttale per lo screening delle cardiopatie congenite;
- c) Promozione dell’allattamento materno;
- d) Istruzioni ai genitori sull’allattamento e l’igiene del neonato comprendenti un recapito telefonico per eventuali consultazioni nel periodo intercorrente fra la dimissione e la prima visita ambulatoriale post-dimissione;
- e) Raccomandazioni per la promozione di ambiente sicuro per il sonno;
- f) Informazioni sul calendario vaccinale;
- g) Informazioni sulla possibile integrazione vitaminica (ad esempio: vitamine D e K);
- h) Indicazioni per la prevenzione della displasia evolutiva dell’anca;
- i) Informazioni sugli screening attivi (neonatale esteso; uditivo; oftalmologico; Atrofia Muscolare Spinale).

La FASE 3 del percorso neonatale si conclude con la programmazione della prima visita ambulatoriale post-dimissione e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Informazione della madre sull’allattamento esclusivo, sulle raccomandazioni igienico sanitarie valide per la madre e il neonato e recapito telefonico per eventuali consultazioni con i sanitari
2. Cartellino o lettera di dimissione.

6.17 Percorso neonatale- Fase 4 Prima visita post-dimissione

È auspicabile che la prima visita post-dimissione sia effettuata dagli operatori del reparto di dimissione; nel caso in cui questo non sia possibile, la prima visita post-dimissione dovrà essere effettuata presso i servizi territoriali o il pediatra di libera scelta.

Durante il controllo deve essere effettuata valutazione dei seguenti parametri:

- Rilievo dei dati biometrici,
- Rilievo dell’incremento ponderale,
- Rilievo delle condizioni generali del neonato: colorito, attività cardiaca, segni neurologici, stato dell’idratazione, oltre tutte le condizioni potenzialmente interferenti con la creazione di una normale relazione madre-neonato.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 33 di 68

Nel caso uno o più di questi parametri non siano nella norma il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie sulla base delle specificità cliniche, del setting assistenziale e delle evidenze scientifiche.

Se tutti i parametri rientrano nella norma, si conclude il percorso nascita.

6.18 Incident reporting in caso di evento sentinella morte neonatale

Nei caso si verifichi una morte neonatale occorre:

- 1) garantire la massima attenzione agli aspetti comunicativi con i parenti assicurando privacy, conforto e presenza empatica degli operatori;
- 2) acquisire relazioni dettagliate da parte degli operatori sanitari che hanno assistito il neonato;
- 3) acquisire copia integrale della documentazione clinico-assistenziale;
- 4) compilare, a cura del responsabile della U.O. coinvolta, la specifica scheda di incident reporting ed inviarla all'UO Risk Management;
- 5) predisporre a cura del Responsabile della UOSD Rischio Clinico gli strumenti di risk analysis più idonei.

7. RESPONSABILITA'

FASE	ATTIVITÀ	Ginecologo	Ostetrica/o	Anestesista
1	Rischio ostetrico	R	C	I
2	Triage ostetrico attribuzione codice	C	R	
3	Triage ostetrico valutazione clinica	R	C	
4	Ipertensione-Preeclampsia aspetti clinici ostetrici ginecologici	R	C	C
5	Ipertensione-Preeclampsia aspetti clinici anestesiológicos	C	C	R
6	Malattia trombo embolica aspetti clinici ostetrici ginecologici	R	C	C
7	Malattia trombo embolica aspetti clinici anestesiológicos	C	C	R
8	Emorragia post partum aspetti clinici ostetrici ginecologici	R	C	C
9	Emorragia post partum aspetti clinici anestesiológicos	C	C	R
10	Sepsi aspetti clinici ostetrici ginecologici	R	C	C
11	Sepsi aspetti clinici anestesiológicos	C	C	R
12	Morte materna dovuta ad anestesia	C	C	R
13	Identificazione madre/neonato alla nascita		R	

R = Responsabile; **C** = Coinvolto; **I**= informato

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 34 di 68

8. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE

La presente Raccomandazione deve essere disponibile in forma cartacea presso tutte le UU.OO. di Ostetricia e presso la Direzione Sanitaria, in formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Risk Management.

9. REVISIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E RIMOZIONE DELLE COPIE OBSOLETE

La presente Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornata in base alle evidenze scientifiche emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

10. CRITERI E STRUMENTI DI VALUTAZIONE

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Documentazione correttamente distribuita	100%	Direttore U.O.
Documentazione correttamente archiviata	100%	Coordinatore
Disponibilità della documentazione nei luoghi ove la documentazione stessa deve essere applicata.	100%	Coordinatore

11. REQUISITI E CRITERI DI ECCEZIONE

I requisiti, gli standard e gli impegni della raccomandazione, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente

12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Agency for Healthcare Research and Quality, (2011). The Emergence of the Trigger Tool as the Premier Measurement Strategy for Patient Safety. U.S. Department of Health and Human Services. - Associazione Italiana Preeclampsia. (2007), Linee guida per il management dell'ipertensione in gravidanza.

- Associazione Ostetrici Ginecologici Ospedalieri Italiani. (2009), Emorragia post-partum: linee guida per la prevenzione, la diagnosi ed il trattamento.

- Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani. (2013), Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio- Raccomandazioni.

- Intensive Care Medicine. (2008), Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for management of severe sepsis and septic shock.

- Kassebaum NJ, Bertozzi-Villa A, Coggeshall MS, Shackelford KA, Steiner C, Heuton KR, Gonzalez-Medina D, et al., Global, regional, and national levels and causes of maternal mortality during 1990-

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 35 di 68

2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013, Lancet. 2014 May 2. pii: S0140-6736(14)60696-6.

- 4th National audit Project (NAP4)- The Royal College of Anaesthetists, Section 3, (2011).
- Ragusa A., Crescentini C. (2015), Urgenze ed emergenze in sala parto. Piccin.
- Regione Emilia-Romagna Progetto 3. La sorveglianza del benessere fetale in travaglio di parto. Linea guida fondata su prove di efficacia. Bologna; 2004.
- Regione Toscana, (2009). Buone pratiche per la sicurezza del paziente in Ginecologia ed Ostetricia.
- SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese, (2014). Gestione multidisciplinare dell'emorragia post-partum.
- Sistema Nazionale Linee Guida-ISS, (2011). Linee guida per la gravidanza fisiologica. Ministero della Salute.
- Turillazzi E., Neri M., Riezzo I., (2007). Metodologia accertativa medico-legale in ostetricia e ginecologia: valutazione degli eventi e delle responsabilità. Giuffrè Editore.
- World Health Organization, Department of reproductive health and research RHR. WHO Antenatal Care Randomized Trial: Manual for Implementation of the New Model. WHO/RHR/01.30. Geneva: WHO; 2002.
- Bharti, B., Singh, A., & Kapoor, S. (2023). Implementation challenges of the WHO Labour Care Guide in low-resource settings. BMC Pregnancy and Childbirth, 23(1), 102. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05499-1>
- Boerma, T., Ronsmans, C., Melesse, D. Y., Barros, A. J., Barros, F. C., Juan, L., ... & Temmerman, M. (2018). Global epidemiology of use of and disparities in caesarean sections. The Lancet, 392(10155), 1341–1348. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31928-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31928-7)
- FIGO. (2021). Guidelines for respectful maternity care and intrapartum monitoring. International Federation of Gynecology and Obstetrics.
- Jolivet, R. R., Gausman, J., & Sharma, J. (2021). Respectful maternity care and the WHO Labour Care Guide: A step towards quality intrapartum care. The Lancet Global Health, 9(5), e598–e599. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00088-0](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00088-0)
- Miller, S., Abalos, E., Chamillard, M., et al. (2021). Beyond too little, too late and too much, too soon: A pathway towards evidence-based, respectful maternity care worldwide. The Lancet, 388(10056), 2176–2192. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31472-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31472-6)
- Vogel, J. P., Bohren, M. A., Oladapo, O. T., et al. (2021). The WHO Labour Care Guide: Rationale and user guide. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 128(5), 793–798. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16470>

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 36 di 68

- Vogel, J. P., Bohren, M. A., Tunçalp, Ö., Oladapo, O. T., & Gülmezoglu, A. M. (2016). Promoting respect and preventing mistreatment during childbirth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(5), 671–674. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13750>
- White, J., Meherali, S., & Johnston, J. (2022). Clinical decision-making and the WHO Labour Care Guide: A systematic review. *Midwifery*, 109, 103315. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2022.103315>
- World Health Organization. (2018). WHO recommendations: Intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550215>
- World Health Organization. (2020). WHO Labour Care Guide: User manual. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/337695>
- Determina Regione Lazio n. G09765 del 31/07/2018
- CRRC, documento di indirizzo per l’implementazione delle raccomandazioni ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi - seconda revisione del 3 novembre 2025

13. ALLEGATI

N°	TITOLO
ALLEGATO 1	Scheda anamnestica e monitoraggio cardiocografico
ALLEGATO 2	Scheda valutazione rischio travaglio/parto
ALLEGATO 3	Scheda valutazione e monitoraggio post-partum
ALLEGATO 4	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
ALLEGATO 5	Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte o Grave Danno in Neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie genetiche
ALLEGATO 6	Cause più frequenti ed efficacemente prevenibili di morte materna
ALLEGATO 7	Partogramma

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 37 di 68

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	

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 38 di 68

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

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 39 di 68

ALLEGATO 2 Scheda 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	

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 40 di 68

Alle ore (HH:MM)	— : —	La paziente è affidata a:	Nominativo operatore:	Qualifica <input type="checkbox"/> OSTETRICA <input type="checkbox"/> MEDICO
FIRMA E MATRICOLA DELL'OSTETRICA CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE		TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE		
FIRMA E MATRICOLA 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)	
FIRMA E MATRICOLA DELL'OSTETRICA CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE	

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 41 di 68

ALLEGATO 3 Scheda 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
Parametri					
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)		_ / _ / _ : _			
FIRMA E MATRICOLA DELL'OSTETRICA					

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 42 di 68

ALLEGATO 4 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

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

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

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 43 di 68

ALLEGATO 5 Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte o Grave Danno in Neonato sano a termine (≥37 settimane) non correlata a malattie genetiche

Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte o Grave Danno in Neonato sano a termine (≥37 settimane) non correlata a malattie genetiche

Numero SDO o RPS (se disponibile)			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	__/__/__	Ora della nascita (HH:MM)	__ : __
Nazionalità della madre			

NB: Barrare la casella relativa alla sezione d'interesse (Morte o Grave Danno Neonatale)

A) MORTE NEONATALE			
Data del decesso (GG/MM/AAAA)	__/__/__	Ora del decesso (HH:MM)	__ : __

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

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

B) GRAVE DANNO NEONATALE	
GRAVE DANNO COME RIPORTATO NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE	

CRONOLOGIA DELL'EVENTO	
(Indicare in maniera sintetica la sequenza dei fatti o, nel caso di disabilità, l'evoluzione clinica avversa)	

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

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 44 di 68

ALLEGATO 6 Cause più frequenti ed efficacemente prevenibili di morte materna

6.1 Aspetti clinico - assistenziali

Le cause più frequenti ed efficacemente prevenibili di morte materna nei paesi occidentali sono rappresentate da: malattia tromboembolica, emorragia del post-partum, ipertensione - preeclampsia, sepsi, morte dovuta ad anestesia, (RCOG, 2004). In tutti i quadri clinici citati si devono attuare misure terapeutiche ed assistenziali che hanno l'obiettivo di integrare gli interventi, assicurare la continuità clinico-assistenziale, rendere appropriata l'informazione e documentare con qualità gli eventi sulla cartella clinica.

6.2 Disturbi ipertensivi in gravidanza

I disturbi ipertensivi della gravidanza complicano fino al 10% delle gravidanze, rappresentando una delle principali cause di mortalità e morbilità materna e neonatale. Essi rappresentano uno spettro di molteplici fenotipi clinici a cui corrispondono cause e sviluppi fisiopatologici diversi. La loro incidenza è in progressivo aumento data la maggiore prevalenza di condizioni predisponenti, quali diabete mellito, obesità e sindrome metabolica, causando oltre la metà delle morti materne nel mondo. Nel nostro Paese i disturbi ipertensivi rappresentano la terza causa di morte materna (18,7%, cioè 10 decessi su 100.000 nati vivi) dopo l'emorragia ostetrica e la sepsi. L'identificazione dei soggetti a rischio, la diagnosi precoce e la tempestiva attuazione di percorsi terapeutici risultano quindi fondamentali.

DIAGNOSI E CLASSIFICAZIONE

Diagnosi

- Ipertensione

PA sistolica ≥ 140 mmHg e/o diastolica ≥ 90 mmHg in 2 misurazioni allo stesso braccio, a distanza di almeno 15 minuti e confermata a distanza di 4-6 ore.

- Emergenza ipertensiva/Ipertensione severa

PA sistolica ≥ 160 mmHg e/o PA diastolica ≥ 110 mmHg, richiede un trattamento farmacologico entro 30 - 60 minuti dalla diagnosi (rischio di emorragia cerebrale)

- Ipertensione resistente

Condizione in cui è necessaria la somministrazione di 3 farmaci antipertensivi per raggiungere un buon controllo pressorio

Confermare un riscontro di pressioni arteriose fuori dei range di norma ai controlli ambulatoriali con metodi di misurazione della PA estesi nel tempo:

- Diario pressorio domiciliare
- Holter pressorio nelle 24 ore

CLASSIFICAZIONE

- **Ipertensione arteriosa nota prima della gravidanza o presente < 20 settimane di gestazione: IPERTENSIONE CRONICA (o pre-gestazionale):**

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 45 di 68

diagnosticata prima della gravidanza o ai controlli ambulatoriali < 20 settimane di gestazione o, nel caso queste due condizioni non si siano potute dimostrare, quando la forma di ipertensione permane oltre le 12 settimane (3 mesi) dal parto.

o Primaria (o essenziale):

maggioranza dei casi, di solito accompagnata da una storia familiare e spesso associata a diabete mellito, obesità e sindrome metabolica

o Secondaria:

meno comune, tra le cause più frequenti riconosciamo disturbi del parenchima renale (nefropatia o glomerulonefrite), iperplasia fibromuscolare delle arterie renali o iperaldosteronismo primario. Non è consigliata l'esecuzione di test di screening per cause secondarie d'ipertensione, in assenza di manifestazioni cliniche specifiche di queste condizioni.

Il 25% delle pazienti affette da ipertensione pre-gestazionale sviluppa una forma di preeclampsia sovrapposta al disturbo ipertensivo.

- Ipertensione arteriosa insorta de novo \geq 20 settimane:

6.2.1 IPERTENSIONE GESTAZIONALE:

E' definita dall'insorgenza di ipertensione arteriosa de novo \geq 20 settimane gestazionali in assenza di una diagnosi di preeclampsia. Si risolve entro le prime 12 settimane dal parto. Se l'ipertensione arteriosa viene riscontrata a partire dalla 20° settimana di gestazione con valori precedenti di PA sconosciuti, la paziente dovrebbe essere gestita come un caso di ipertensione gestazionale e nel post-partum dovrebbero essere eseguite indagini adeguate a escludere o determinare un'ipertensione cronica sottostante. Quanto più precoce è l'epoca gestazionale al momento della diagnosi d'ipertensione gestazionale tanto più frequente è l'associazione con un'insufficienza placentare precoce e restrizione di crescita fetale. L'evoluzione in preeclampsia avviene nel 25% dei casi globalmente, probabilità che arriva al 50% in caso d'insorgenza prima delle 32 settimane di gestazione. In presenza di sindrome metabolica materna la preeclampsia si può sviluppare anche dopo le 37 settimane di gestazione. E' associata allo sviluppo di patologie cardiovascolari a lungo termine 7-10 nella vita della donna. Sia l'ipertensione cronica che l'ipertensione gestazionale possono assumere carattere di emergenza configurando il quadro della ipertensione severa e quello della ipertensione resistente.

6.2.2 PREECLAMPSIA

È una condizione d'ipertensione in gravidanza (cronica o gestazionale) associata alla comparsa di una o più delle manifestazioni sottoelencate

- Segni di danno renale:

o proteinuria

o creatinina \geq 1mg/dl

NB: L'acido urico sierico non è un criterio diagnostico di preeclampsia, ma elevati livelli sierici sono associati ad outcomes materni e fetali peggiori;

- Segni di danno epatico:

o aumento delle transaminasi (\geq 40 UI)

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 46 di 68

o dolore in ipocondrio destro o epigastrio (“dolore a barra”)

- Segni e sintomi di danno neurologico:

- o alterazione dello stato mentale
- o scotomi persistenti (def: alterazione parziale del campo visivo caratterizzata da macchie cieche scure o colorate, fisse o scintillanti come punti luminosi o flash, percepita come area di minore efficienza visiva, senza alterazione della visione circostante)
- o amaurosi fugace (def: cecità o grave diminuzione della vista, da lesioni retiniche o del nervo ottico o del sistema nervoso centrale)
- o cefalea grave
- o convulsioni
- o segni di emorragia cerebrale;

- Indici di laboratorio di danno endoteliale e del microcircolo:

- o piastrinopenia (< 100.000)
- o emolisi (calo dell’emoglobina, aumento LDH e bilirubina indiretta)
- o coagulazione intravascolare disseminata;

- Indici di disfunzione utero-placentare:

- o FGR (restrizione della crescita fetale);
- o morte fetale endouterina

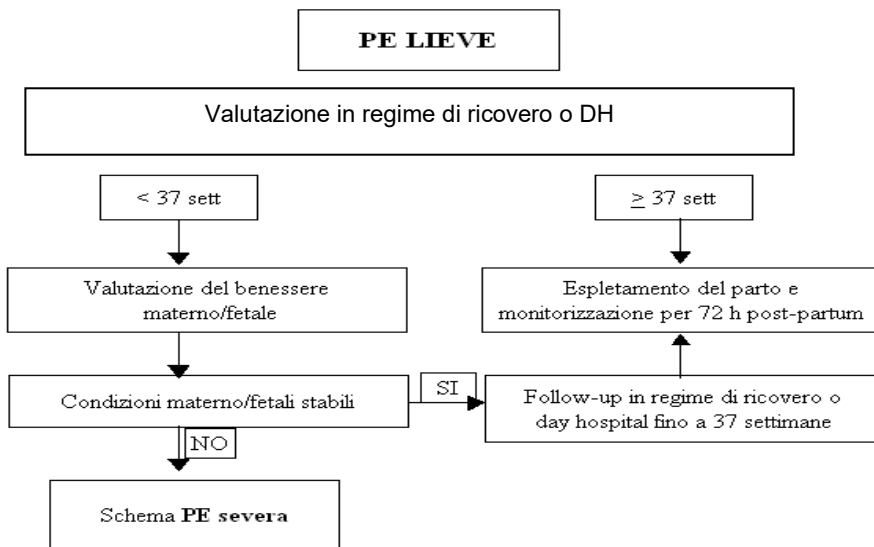
6.2.3 PRECLAMPSIA SOVRAPPOSTA AD IPERTENSIONE CRONICA

La diagnosi si pone in caso di:

- comparsa ex novo di segni di disfunzione d’organo tipici della preeclampsia in una donna affetta da ipertensione cronica essenziale;
- in assenza di malattia renale con proteinuria preesistente, la comparsa di proteinuria è in grado di indicare una preeclampsia sovrapposta.

Nelle donne con malattia renale e proteinuria preesistente, un aumento della proteinuria nel corso della gravidanza non è sufficiente per diagnosticare una preeclampsia **sovrapposta**. **NB: La** restrizione della crescita fetale o l’alterazione della velocimetria Doppler materno-fetale devono far sospettare il rischio di sviluppo di preeclampsia ma non costituiscono di per sé criteri diagnostici di preeclampsia sovrapposta, in quanto possono essere parte della condizione di ipertensione cronica in gravidanza di per sé.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 47 di 68



TERAPIA ANTIPERTENSIVA

L'alfa-metildopa, il labetalolo e la nifedipina a rilascio ritardato o prolungato rappresentano i farmaci di prima linea per il controllo dell'ipertensione in gravidanza.

GESTIONE DELLA PAZIENTE CON IPERTENSIONE GESTAZIONALE

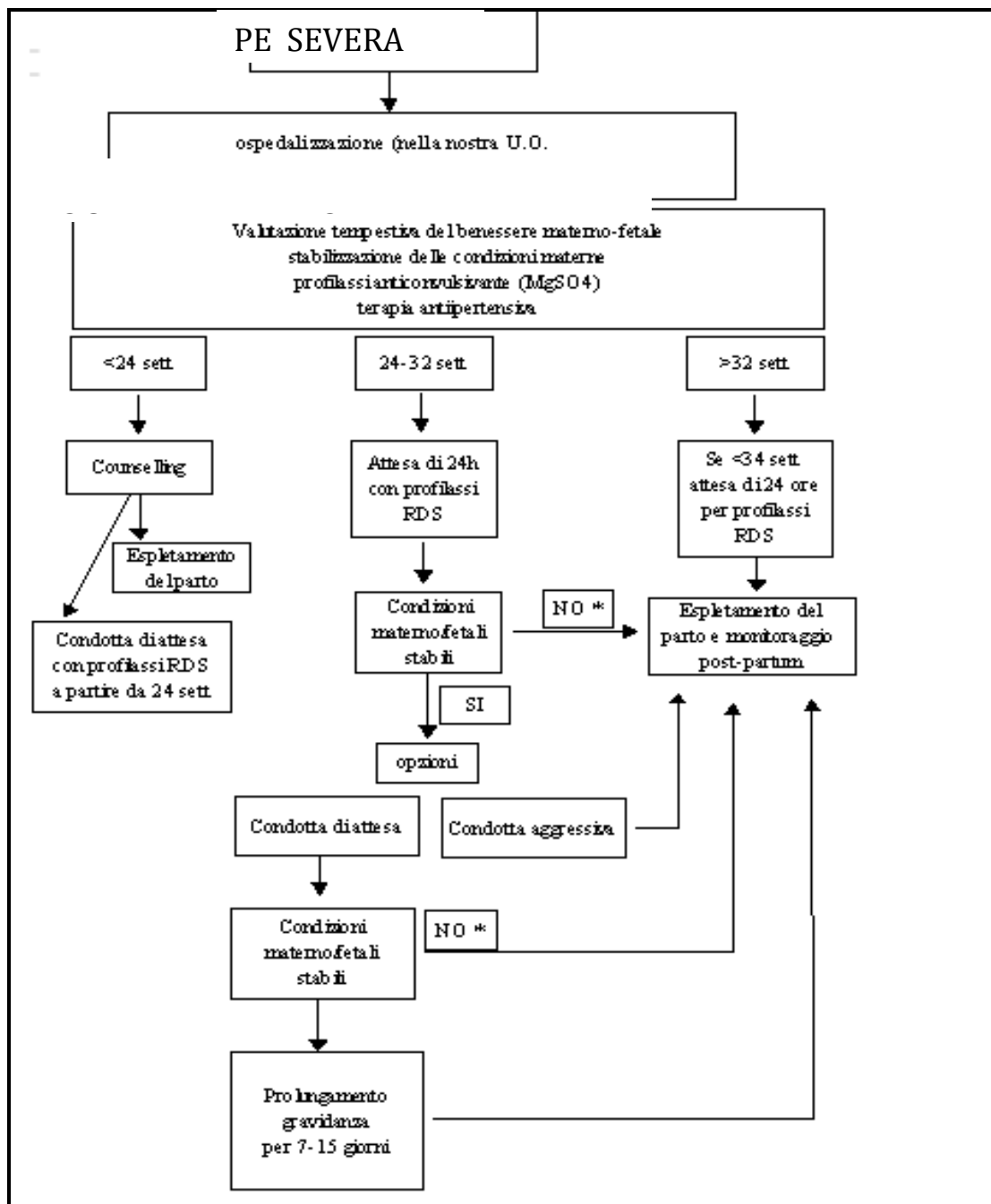
Il ricovero ospedaliero è indicato in caso di:

- ipertensione severa (PA ≥ 160/100);
- diagnosi di preeclampsia;
- scarsa compliance della paziente alle indicazioni mediche e alla terapia antipertensiva;
- FGR secondo indicazioni del protocollo dedicato

Timing del parto

- In caso d'ipertensione gestazionale in buon compenso emodinamico e ottimo controllo pressorio con la terapia antipertensiva il parto dovrebbe essere pianificato tra 38 e 39+0 settimane di gestazione.
- In caso di ipertensione gestazionale scarsamente compensata con terapia antipertensiva il parto dovrebbe essere anticipato valutando il caso specifico.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 48 di 68



Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 49 di 68

Gestione della paziente con diagnosi di preeclampsia

Management prenatale e timing del parto

È indicato il ricovero alla diagnosi di preeclampsia, per la valutazione iniziale delle condizioni cliniche e laboratoristiche e per un monitoraggio intensivo materno/fetale. Solo se il quadro clinico e laboratoristico si mantiene stabile nel tempo, la gestione può diventare ambulatoriale, informando la donna, prima della dimissione, dei rischi, della gestione ostetrica, dell'importanza del controllo domiciliare della pressione arteriosa e dei sintomi di "allarme". Il monitoraggio materno comprende:

- diario pressorio;
- monitoraggio quotidiano del peso corporeo;
- monitoraggio quotidiano del bilancio idrico (valutazione della quantità urine);
- valutazione clinica quotidiana dei sintomi di 'allarme';
- esami ematochimici (emocromo con conta piastrinica, AST, ALT, creatininemia, uricemia, PT, aPTT, fibrinogeno, LDH, esame urine con ricerca di proteinuria) da eseguire due volte a settimana, salvo cambiamenti delle condizioni cliniche; NB: per le tempistiche di monitoraggio della proteinuria nelle 24 ore in base al valore della stessa vedi capitolo dedicato sulle complicanze nefrologie
- valutazione cardiologica con ecocardiogramma nel sospetto di scompenso emodinamico. Dopo aver posto diagnosi di preeclampsia, valori pressori $\geq 160/110$ mmHg sono considerati marcatori di gravità.

Secondo l'ISSHP e l'AIPE non è raccomandata alcuna distinzione tra preeclampsia lieve o severa nella pratica clinica; ogni caso di preeclampsia andrebbe trattato come una condizione potenzialmente ingravescente. In caso di una proteinuria nelle 24 ore superiore a 3.5 gr dovrebbe essere valutata la profilassi anti-trombotica con eparina a basso peso molecolare.

Timing del parto

Si dovrebbe pianificare il parto sulla base dell'epoca gestazionale e delle condizioni materno-fetali

È raccomandata la somministrazione della terapia corticosteroidica per l'induzione della maturità polmonare fetale in caso di espletamento del parto tra 23+0 e 34+6 settimane con betametasone 12 mg IM ripetuto a distanza di 24 h.

È raccomandata la somministrazione di solfato di magnesio a scopo di neuroprotezione fetale, in pazienti in cui è indicato l'espletamento del parto ad epoche gestazionali comprese tra 24+0 e 32+6 settimane. In caso di preeclampsia associata ad ipertensione grave ($\geq 160/110$ mmHg) e/o presenza di segni premonitori di eclampsia come cefalea, ripetuti scotomi visivi o clono, sussiste l'indicazione alla somministrazione di solfato di magnesio come neuroprotezione materna.

6.2.4 ECLAMPSIA

DIAGNOSI

Con il termine di eclampsia si intende la comparsa di uno o più episodi convulsivi, che non abbiano altre conosciute origini (es. epilessia), in una gravida, o puerpera entro 14 giorni dal parto, che presenti anche solo uno dei segni e sintomi della preeclampsia. Talvolta le convulsioni non vengono testimoniate, e la paziente viene trovata in uno stato di incoscienza (stato post-critico): anche in questo caso si deve sospettare l'avvenuta crisi eclamptica

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 50 di 68

L'eclampsia si può manifestare sia prima del parto (45% dei casi) che in travaglio (19%) o dopo il parto (36%). Il 90% dei casi in gravidanza avviene dopo la 28° settimana; l'1% circa dei casi avviene prima della 20° settimana ed è associato alla presenza di una patologia del trofoblasto (mola).

TRATTAMENTO FARMACOLOGICO

La crisi eclamptica può essere per sé causa diretta di morte materna per arresto cardiorespiratorio. Per questo motivo non bisogna mai lasciare da sola la gravida/puerpera con le convulsioni: se si è stati testimoni della crisi convulsiva, bisogna subito attivarsi per essere pronti a prestare una eventuale adeguata assistenza rianimatoria.

Fare profilassi con solfato di magnesio: carico iniziale: 4 fiale (4 gr) in 60 cc di soluzione fisiologica dopo aver tolto 40 cc dalla stessa flebo (si ripristinano i 100 cc).

Procedere ad infusione e.v. in pompa alla velocità di 300 ml/h (20 minuti per completare il carico); mantenimento: diluire 20 fiale (20 gr) in 300 cc di soluzione fisiologica dopo aver dalla stessa flebo tolto 200 cc (si ripristinano i 500 cc).

Procedere ad infusione e.v. in pompa alla velocità di 25 ml/h (1 gr/h).

Somministrare terapia antipertensiva se necessario, con l'obiettivo di ridurre e mantenere i valori della pressione arteriosa tra 130-150/90-100 mmHg. In caso di pressione arteriosa superiore o uguale a 160/110 mmHg vi è un maggior rischio di emorragia cerebrale.

Porre la gestante in decubito laterale e aspirare vomito o secrezioni dal cavo orale,

Per l'acidosi respiratoria dare ossigeno (circa 6 lt/min al 40%),

Controllo infusione di liquidi non superiore a 75-80 ml/ora,

Controllo diuresi oraria.

Procedere sempre all'espletamento del parto, a stabilizzazione materna, anche con un apparente totale miglioramento delle condizioni materne e fetali, a qualunque epoca gestazionale si sia manifestata l'eclampsia. Non è mai indicato eseguire un taglio cesareo, anche con segnali di sofferenza fetale, prima di aver stabilizzato le condizioni emodinamiche materne, di aver instaurato la profilassi con MgSO4 e di aver controllato farmacologicamente l'ipertensione, pena il rischio di favorire emorragie cerebrali.

HELLP

La sindrome HELLP è una manifestazione severa della preeclampsia caratterizzata da emolisi (Hemolysis), aumento degli enzimi epatici (Elevated Liver enzyme levels) e riduzione della conta piastrinica (Low Platelet count). È una condizione che complica lo 0.1-0.2 % delle gravidanze ed il 10-20 % delle gravidanze complicate da preeclampsia.

DIAGNOSI

Emolisi, anomalie striscio periferico:

- bilirubina totale > 1,2 mg/dl ,
- lattico deidrogenasi (LDH) > 600 U/L.

Aumento degli enzimi epatici:

- AST >70 U/L,
- LDH > 600 U/L.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 51 di 68

Piastrinopenia:

- conta piastrinica < 100.000.

La sindrome HELLP è associata ad un rischio di mortalità materna dell'1% nonché ad un rischio di morbidità materna variabile in rapporto al tipo di complicanza:

- coagulazione intravascolare disseminata (CID) (15%)
- distacco intempestivo di placenta (9%)
- edema polmonare (8%)
- insufficienza renale acuta (3%)
- insufficienza ed emorragia epatica (1%)
- sindrome da distress respiratorio dell'adulto (<1%)
- sepsi (< 1%)
- stroke (< 1%)

MANAGEMENT

Le pazienti in cui si sospetta una sindrome HELLP devono essere ospedalizzate ed osservate con controllo semi-intensivo. Il trattamento iniziale prevede:

- profilassi con Magnesio Solfato per prevenzione dell'eclampsia (ogni epoca gestazionale) e per eventuale neuroprotezione fetale (23+0 – 32+6 settimane);
 - eventuale terapia antipertensiva;
 - prelievo di laboratorio almeno ogni 12 ore: emocromo con conta piastrinica, enzimi epatici (AST/ALT), LDH, bilirubina sierica, creatinina, glicemia, aptoglobina e striscio di sangue periferico (se disponibile)
 - diagnosi differenziale con altre microangiopatie trombotiche trombocitopeniche
 - decisione sul timing e modalità del parto per condizioni materne fetali ed epoca gestazionale
- Posta diagnosi di sindrome HELLP è necessario procedere a:
- ✓ stabilizzazione delle condizioni materne: pressione arteriosa e coagulazione;
 - ✓ valutazione dello stato fetale: cardiocografia, valutazione del liquido amniotico e Doppler-velocimetria dei vasi uterini e fetali.

Espletamento parto (il parto deve essere espletato in tutte le pazienti con epoca gestazionale <24 e >32 settimane ed in presenza di sofferenza fetale o in presenza di complicanze materne (eclampsia, CID, distacco di placenta, insufficienza renale acuta, distress respiratorio).

Nelle pazienti con EG tra 24 e 34 settimane è necessario eseguire ciclo per la maturità polmonare fetale e il parto deve essere espletato entro le 24 ore successive alla somministrazione dell'ultima dose.

Prendere in considerazione il TC per: < 30 settimane non in travaglio e con Bishop score sfavorevole; TC raccomandato: < 32 settimane in presenza di restrizione della crescita fetale o oligoidramnios. Induzione del travaglio di parto con: EG>30 settimane, <30 settimane con score di Bishop favorevole. La trasfusione piastrinica è raccomandata sia prima che dopo il parto in tutte le pazienti in presenza di sanguinamenti anomali, in quelle con conta piastrinica < 20.000 oppure < 40.000 in caso di taglio cesareo.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 52 di 68

CONTROLLI SUCCESSIVI AL PARTO

Dopo il parto monitorare:

- i parametri vitali per 48 ore,
- infusione e output di liquidi per 48 ore,
- parametri di laboratorio per 48 ore.

6.3 Malattia tromboembolica

Le gravide presentano un aumentato rischio di tromboembolismo venoso (TEV) 4-5 volte maggiore rispetto alle non gravide.

La predisposizione a sviluppare una TEV è in parte conseguenza di uno stato di "ipercoagulabilità" proprio della gravidanza (AOGOI, 2013), a cui si associa una diminuzione del tono venoso dovuto al progesterone, compressione delle vene pelviche ed altri fattori di rischio quali età (> 35 anni), familiarità, pregressa TEV, BMI, fumo, trombofilia congenita o acquisita o mista, varici, immobilità prolungata, malattie infiammatorie, ecc...

E' fondamentale la valutazione del rischio che deve essere personalizzata al fine di programmare eventuali approfondimenti e consulenze e mettere in atto misure di prevenzione appropriate.

La valutazione del rischio deve essere dinamica (vedi punto 6.1.1): all'inizio della gravidanza, nei ricoveri in gravidanza (vedi scheda TEV Pre-parto), nel post-partum (vedi scheda TEV post-partum). Gli strumenti per la valutazione del rischio sono l'anamnesi personale e familiare, eventuali esami, scheda TEV ostetricia pre-parto; per tutte le donne che entrano in ospedale per il parto occorre favorire e incoraggiare la mobilizzazione (anche in travaglio di parto) ed evitare la disidratazione.

La scheda per la valutazione del rischio TEV deve essere compilata dal medico ginecologo in caso di:

- 1) ricoveri ostetrici senza parto imminente e se necessario si prescrive la terapia,
- 2) al momento del ricovero per il parto,
- 3) dopo il parto compilando la scheda TEV post-partum e se necessario prescrivere la terapia in cartella.

Circa il 40% dei casi di TEV in gravidanza si manifesta nel primo trimestre per cui, se si ritiene che la profilassi sia necessaria, occorre iniziarla il primo possibile; se una donna è in terapia profilattica in gravidanza, la si sospende a inizio travaglio o in caso di perdite ematiche e la riprende 6 h dopo il parto.

Se la donna è candidata al TC elettivo l'ultima dose profilattica deve essere la sera prima dell'intervento, cioè 12 ore prima del blocco neuroassiale e ripresa 12 ore dopo la rimozione del cateterino per la spinale, in caso di anestesia locoregionale.

Nel caso in cui la gestante è a rischio di emorragia la profilassi va fatta con le sole calze elastiche; le donne a rischio di sanguinamento sono quelle che presentano i seguenti fattori di rischio:

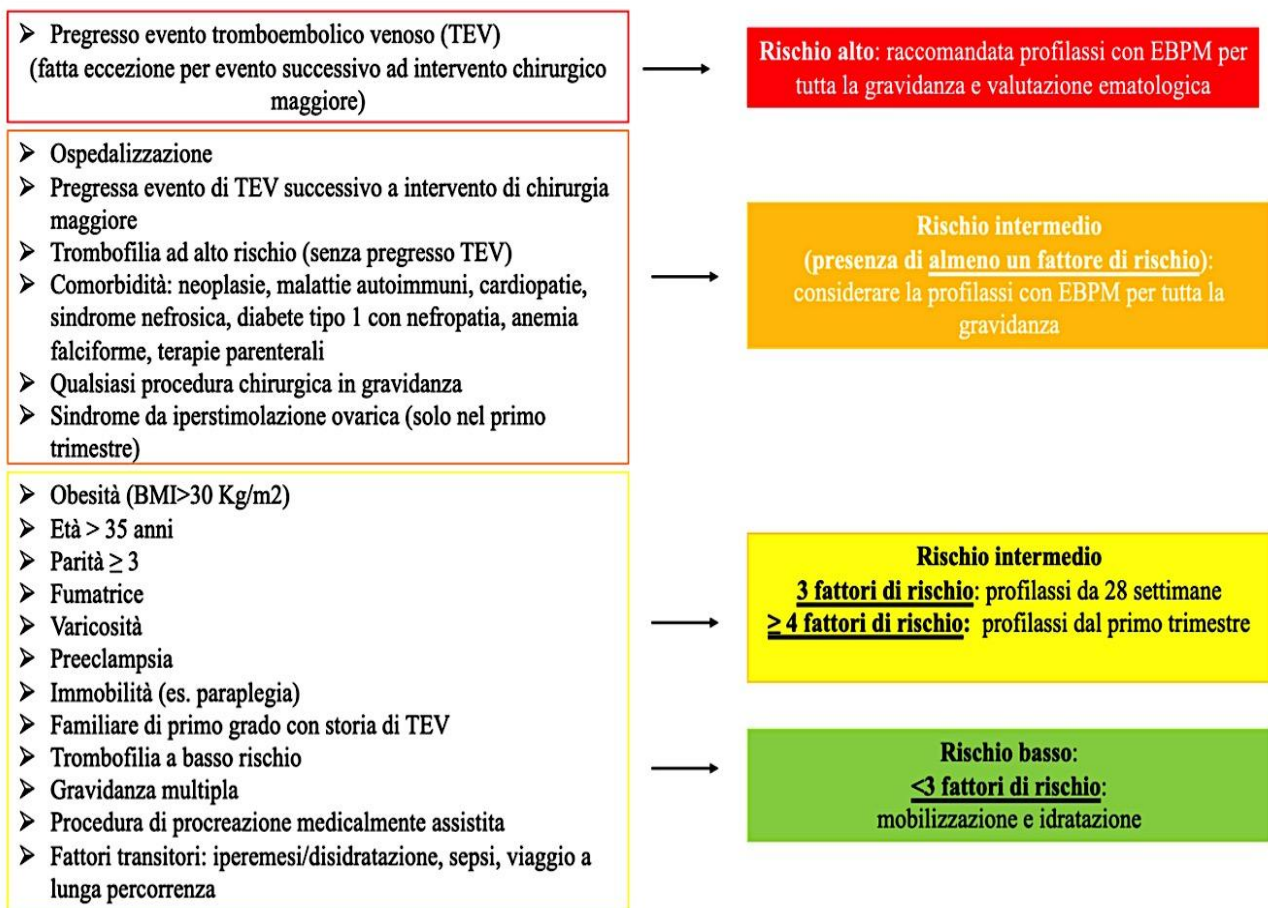
- 1) donne con sanguinamento prenatale o post-partum,
- 2) donne considerate ad elevato rischio di emorragie maggiori (come placenta previa),
- 3) donne con diatesi emorragica, come la malattia di von Willebrand, emofilia o coagulopatia acquisita,
- 4) donne con trombocitopenia (conta piastrinica inferiore a 75 migliaia/ml),
- 5) ictus acuto nelle ultime 4-5 settimane (ischemico o emorragico),
- 6) grave malattia renale (GFR < 30 ml/min),

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 53 di 68

- 7) malattia epatica grave (tempo di protrombina sopra range di normalità o varici note),
- 8) ipertensione non controllata (pressione arteriosa sistolica superiore a 200 mmHg o diastolica superiore a 120 mmHg).

In tutti i casi sopra indicati è opportuna una attenta valutazione del rischio e la promozione di misure preventive non farmacologiche quali idratazione, mobilizzazione, calza elastica o eventualmente l'utilizzo di eparina non frazionata.

Valutazione del rischio TEV in gravidanza (schema 1) e puerperio (schema 2)



Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 54 di 68

FATTORI di RISCHIO

<p>MAGGIORI (OR*>6) La presenza di almeno 1 fattore di rischio maggiore è suggestiva di un rischio TEV post partum > 3%</p>
<ul style="list-style-type: none"> · Immobilità prolungata (<1 settimana) · Emorragia post partum ≥ 1000 con intervento chirurgico · Precedente TEV · Preeclampsia con IUGR · Trombofilia (deficit ATIII, Leiden omozigote o eterozigote, protrombina omo o eterozigote) · LES · Malattie cardiache · Anemia falciforme · Emotrasfusioni · Infezione post partum
<p>MINORI (OR*>6 se combinati) La combinazione di 2 fattori o 1 fattore e TC in urgenza è suggestiva di un rischio TEV post partum >3%</p>
<ul style="list-style-type: none"> · BMI > 30 · Gemellarità · Emorragia post partum > 1000 ml · Fumo (>10 sigarette/die) · IUGR · Trombofilia (deficit proteina C o S) · Pre eclampsia

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 55 di 68

PROFILASSI IN BASE ALLA CLASSE DI RISCHIO

Classe del rischio	Combinazione dei fattori di rischio	Profilassi
RISCHIO BASSO	Nulla o un fattore minore	- Elastocompressione - Mobilizzazione precoce - Idratazione
RISCHIO INTERMEDIO	1 fattore maggiore o 2 o più minori o 1 minore con TC d’urgenza	Profilassi con EBPM nel postpartum durante il ricovero ospedaliero
RISCHIO ELEVATO	Profilassi EBPM per 6 settimane dopo il parto	

DOSAGGI DELLE PRINCIPALI EPARINE A BASSO PESO MOLECOLARE

Peso materno (Kg)	ENOXAPARINA (Clexane)	DALTEPARINA (Fragmin)	TINZAPARINA
< 50	20 mg/die	2’500U/die	3’500 U/die
50 – 90	40 mg/die	5’000U/die	4’500 U/die
91 – 170	40mg x 2	5’000U x 2	4’500 U x 2
> 170	0,3 mg/Kg x 2	40 U/kg x 2	40 U/kg x 2
Dose profilattica alta/intermedia (50-90 Kg)	40mg x 2	5’000U x 2	4’500 U x 2
Dose terapeutica	1 mg/kg x 2 gravidanza 1,5 mg/kg die puerperio	100 U/kg x 2 gravidanza 200 U/kg die puerperio	90 U/kg x 2 (gravidanza/puerperio)

NB: donne profilassate in gravidanza con LMWH per utilizzo abituale di anticoagulanti orali, soprattutto per TVP, considerare l’utilizzo di una dose profilattica intermedio/alta.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 56 di 68

Trombofilie e gravidanza

La tendenza a sviluppare trombosi di tipo venoso può verificarsi in caso di trombofilia, una condizione caratterizzata dalla predisposizione a manifestazioni trombotiche di tipo non solo venoso ma anche arterioso.

Essa può essere determinata da diversi gruppi di disturbi coagulativi che possono avere un'origine congenita, acquisita o mista:

- 1) forme congenite: le più frequenti sono le mutazioni del fattore II (protrombina), del fattore V (esempio la mutazione di Leiden che si traduce in una diminuita capacità di inattivare il fattore V attivato da parte del sistema della proteina C), deficit di anticoagulanti fisiologici come la proteina S, la proteina C e l'antitrombina III;
- 2) forme acquisite: la condizione più comune è la presenza di anticorpi antifosfolipidi (anti-LAC, anti-cardiolipina);
- 3) forme miste: in particolare si segnala l'iperomocisteinemia che può essere causata sia da fattori ambientali che genetici.

Negli ultimi anni è stata evidenziata una stretta associazione tra trombofilia materna ed esito avverso della gravidanza, con particolare coinvolgimento del distretto placentare.

In particolar modo le gestanti trombofiliche sembrerebbero esposte ad aumentato rischio di complicanze precoci (aborto I e II trimestre) o più tardive quali preeclampsia, insufficienza placentare cronica con restrizione di crescita fetale, insufficienza placentare acuta con morte endouterina fetale e distacco intempestivo di placenta normalmente inserita.

Oltre alla gravidanza, anche il puerperio rappresenta un momento sensibile poiché con il parto si assiste ad una accentuazione della ipercoaguabilità fisiologica dovuta alla liberazione di sostanze trombolitiche.

I test di screening per le trombofilie dovrebbero essere eseguiti al di fuori della gravidanza, in quanto alcuni valori possono essere falsati.

Lo scopo è quello di prevenire le complicanze ostetriche suggerendo in tempo utile stili di vita, rimedi farmacologici e terapeutici, modulando l'inizio, il tipo e la durata dei trattamenti profilattico-terapeutici.

Lo screening per la trombofilia viene effettuato secondo le Linee Guida della Società Italiana per lo Studio dell'Emostasi e Trombosi codificate nel Maggio 2008; i test sicuramente da includere sono:

- a) il dosaggio dell'antitrombina (AT),
- b) proteina C (PC),
- c) proteina S (PS),
- d) resistenza alla proteina C attivata (APCR) e fattore V di Leiden,
- e) fattore II (o PT o mutazione G20210A o protrombina anomala),
- f) omocisteina (HCY),
- g) ricerca dell'anticoagulante lupico (LAC) e degli anticorpi antifosfolipidi (APS, APL).

Le pazienti che necessitano di trattamento sono quelle con fattore V di Leiden mutato, fattore II mutato (anche se in eterozigosi), deficit proteina C, deficit proteina S (integrato con studio familiare, se in corso di gravidanza), deficit antitrombina (se < al 70%), iperomocisteinemia > 10 mmol/l specialmente se con MTHFR C677T, presenza di mutazioni con difetti combinati o doppi.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 57 di 68

La profilassi è indispensabile per le gravide ad alto rischio ed in particolare per la prevenzione delle recidive di preeclampsia ed HELLP (specialmente se insorta precocemente).

La profilassi deve essere somministrata prima del possibile concepimento per almeno 4 settimane, durante la gravidanza ed in puerperio per almeno 6-8 settimane.

Le strategie farmacologiche sono rappresentate da:

- Eparina a basso peso molecolare,
- Aspirina a basse dosi,
- Dosi profilattiche di EBPM + Aspirina a basse dosi (trattamento combinato),
- Antitrombina.

6.4 Emorragia del post-partum

L'emorragia del post-partum (EPP) è causa significativa di morbilità e morbidità materna sia nei Paesi con sistemi sanitari avanzati sia in quelli che definiremmo in via di sviluppo.

La prevenzione, il trattamento precoce e il tempestivo ed adeguato trattamento terapeutico, rappresentano i metodi più efficaci per minimizzare le complicanze; il personale addetto all'assistenza intrapartum deve mettere in atto in modo sistematico tutti gli interventi atti a prevenire e trattare l'EPP.

L'emorragia del post-partum si classifica quando è presente una perdita ematica fra 500 e 1000 ml, senza segni di shock; si parla di EPP maggiore con perdita ematica > 1000 ml o con perdita inferiore ma con segni di shock ostetrico.

Fattori di rischio per l'EPP sono:

- placenta ritenuta,
- mancata progressione nel periodo dilatante,
- placenta accreta,
- lacerazioni,
- parto operativo vaginale,
- neonati di peso > 4000 gr,
- disordini ipertensivi,
- induzione al travaglio,
- infusione di ossitocina.

Altri fattori di rischio possono essere : distacco di placenta, placenta previa, pregressi episodi di EPP, multiparità, gravidanza plurima, parto precipitoso, episiotomia (in particolare medio-laterale), etnia ispanica o asiatica, parto cesareo.

La prevenzione dell'EPP consiste innanzitutto nell'individuare e trattare appropriatamente tutte le cause predisponenti; nell'assistenza al secondamento è possibile un management attivo del secondamento che riduce il rischio di EPP del 60%, attuando la profilassi con X UI di Syntocinon i.m. post-partum prima del taglio del cordone ombelicale.

Procedura Generale

Cod. Doc.:
 PG/901/G0DG43/26/02

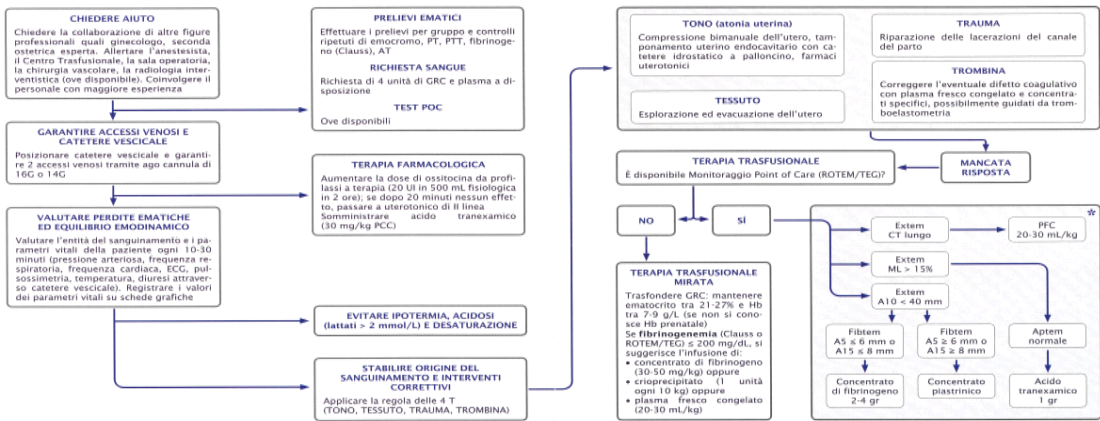
Raccomandazione Ministeriale N. 6 “Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025

**Rev. 0.2 del
 25/02/2026**

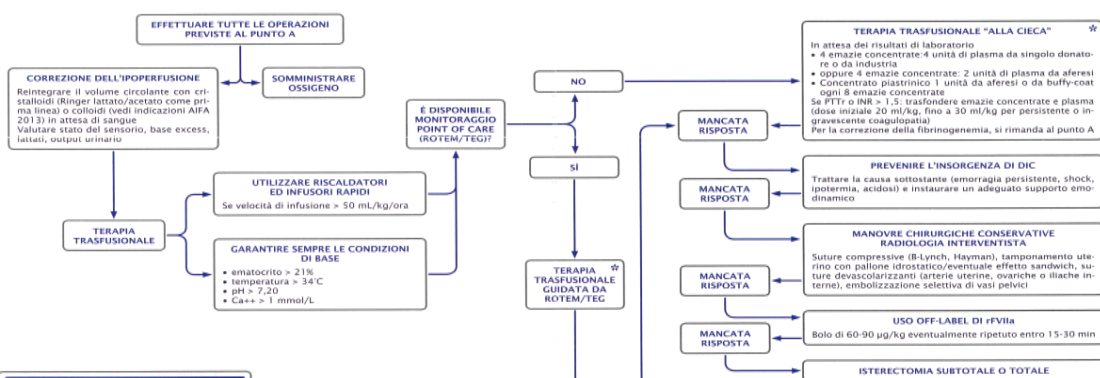
Pag. 58 di 68

EMORRAGIA POST-PARTUM. Proposta di algoritmo per la gestione multidisciplinare

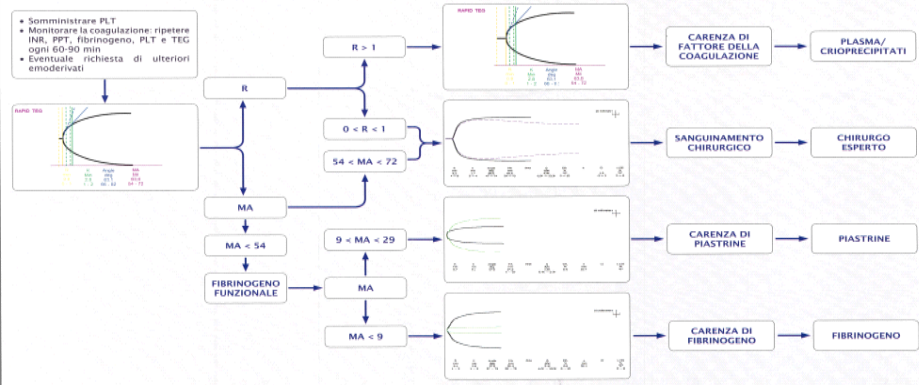
A) Perdite ematiche tra 500 e 1.000 mL, senza segni di squilibrio emodinamico



B) Perdite ematiche > 1.000 mL, in paziente emodinamicamente instabile



Terapia trasfusionale guidata da ROTEM/TEG



Tirato dal documento "Gestione multidisciplinare dell'emorragia post partum. Algoritmo", 05EE Ed 2014 www.edizioniseed.it

A cura di:
 C. Alfonsi, ADU Perugia
 V. Agostini, Osp. Bufalini, Casena
 A. Bruci, Clinica S. Maria, Bari
 L. Bucci, Osp. Pizzardi, Milano
 E. De Blasio, AO Saverio, Benevento
 MC Frigo, Osp. Fatebenefratelli, Roma
 C. Giorgini, ADU Perugia
 M. Messina, Osp. Dirm S. Anna, Torino
 FA. Raposo, Osp. Niguarda, Milano
 F. Sinmarco, AO Cardarelli, Napoli



Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 59 di 68

6.5 Sepsi

La sepsi è la risposta infiammatoria sistemica ad un processo infettivo, la sepsi severa è complicata da disfunzione d'organo (correlata ad ipotensione o ipoperfusione placentare), lo shock settico è caratterizzato da ipotensione sepsi-correlata e ipoperfusione tissutale sepsi-correlata, (Intensive Care Medicine, 2008).

Nella sepsi post - partum, la cui causa più frequente è l'endometrite, è raccomandato un approccio multidisciplinare ostetrico (ginecologo / anestesista / rianimatore / microbiologo / infettivologo / internista); l'esame obiettivo clinico deve escludere le possibili cause extragenitali: mastiti, infezioni urinarie, respiratorie, infezioni cutanee e dei tessuti molli, gastroenteriti e faringiti possono essere le principali cause extragenitali, meningite (causa rara).

Le emocolture sono gli esami chiave per l'impostazione del trattamento farmacologico e dovrebbero essere ottenute possibilmente prima della somministrazione degli antibiotici; tuttavia la stessa deve essere iniziata il prima possibile.

Fattori di rischio per la sepsi in puerperio sono:

- obesità,
- diabete,
- compromissione del sistema immunitario/ terapia immunosoppressiva,
- anemia,
- anamnesi di infezioni pelviche,
- amniocentesi ed altre procedure invasive,
- cerchiaggio cervicale,
- rottura spontanea provocata delle membrane,
- traumi vaginali,
- taglio cesareo,
- ematomi,
- residui placentari,
- infezioni da streptococco gruppo A beta emolitico (GAS) in contatti stretti parenti/famigliari,
- razza nera o origine minoranza etnica.

I microorganismi più frequentemente implicati nella sepsi puerperale sono:

- GAS (noto anche come Streptococcus pyogenes),
- Escherichia Coli,
- Stafilococcus aureus,
- Streptococcus pneumoniae,
- Staphylococcus aureus mecillino resistente (MRSA), Clostridium septicum, Morganella morganii.

In presenza di segni clinici di sepsi quali **febbre, ipotermia, tachicardia, tachipnea, ipossia, ipotensione, oliguria, alterazione della coscienza e necessariamente correlati alla gravità della sepsi e mancata risposta al trattamento**, si deve concretizzare il sospetto di sepsi.

Questi segni, compresa l'iperpiressia, possono non essere sempre presenti e non sono necessariamente correlati alla gravità della sepsi; la mastite non deve mai essere sottovalutata.

Nel puerperio va iniziata una terapia antibiotica EV in presenza di:

1. dolori addominali,
2. febbre (maggiore di 38 °C),

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 60 di 68

3. tachicardia (maggiore di 90 bpm).

FANS devono essere evitati per alleviare il dolore nei casi di sepsi in quanto impediscono la capacità di polimorfi di combattere le infezioni da GAS.

I parametri da valutare con particolare attenzione per controllare le donne con sospetta sepsi in puerperio sono:

Parametri da valutare	Range di normalità
Frequenza respiratoria	9-20 atti al minuto
SpO2	≥ 93% (in aria ambiente)
Temperatura corporea	36-38 °C
Pressione sistolica*	190-100 mmHg
Frequenza cardiaca	50-90 bpm
Neuro score	Allerta e Verbale
Dolore	Nesuno (VAS 0), Basso (VAS 1-3)
Oliguria	≥ 100 ml/4 ore

In puerperio i sintomi più comuni di sepsi sono: febbre e brividi, diarrea o vomito (che possono indicare la produzione di esotossine), ingorgo mammario e/o arrossamento della mammella, eruzione/rush cutaneo (di tipo maculo-papulare generalizzato), dolore e/o alterata sensibilità addominale/pelvica, infezione della ferita, perdite vaginali maleodoranti, ritardata involuzione uterina, aumento dei lochi, sintomi clinici di infezioni extragenitali (tosse produttiva, sintomi urinari, oppressione toracica, cianosi), sintomi generali aspecifici (letargia, scarso appetito, ecc...).

AZIONI DA ESEGUIRSI ENTRO 6 ORE DALLA DIAGNOSI/SOSPETTO DI SEPSI SEVERA

- Eseguire emocolture prima della somministrazione dell'antibiotico;
- Iniziare la terapia antibiotica entro una ora dalla diagnosi/sospetto di sepsi;
- Misurazione dei lattati, emocromo, urea, elettroliti, proteina C-reattiva (PCR);
- Esami radiodiagnostici per confermare l'origine dell'infezione: RX torace e ECO pelvica/TAC;
- Tamponi vaginali e cervicali, eseguire il tampone su di una cicatrice infetta, eseguire tampone faringeo se si sospetta una faringo - tonsillite;
- In caso di ipotensione o lattati > 4 mmol/L somministrare bolo di cristalloidi (20-40 ml/Kg);
- In caso di persistenza dell'ipotensione o della persistenza dei lattati > 4 mmol/L (segno di ipoperfusione di tissutale) posizionare una via centrale e o mantenere la pressione venosa centrale ≥ 8 mmHg o mantenere la saturazione venosa centrale ≥ 70%.

GESTIONE CLINICA DELLA SEPSI PUERPERALE

- Individuare e trattare il focus infettivo.
- Revisione della cavità uterina, drenaggio di ascesso/ferita alla mammella o alla pelvi.
- Somministrazione di antibiotici ad ampio spettro prima delle procedure chirurgiche.
- In presenza di shock o di disfunzione d'organo la donna deve essere ricoverata in terapia intensiva.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 61 di 68

Terapia antibiotica

La somministrazione di via endovenosa antibiotici ad ampio spettro entro 1 ora dal sospetto di sepsi grave, con o senza shock settico, è raccomandata come parte del **“Surviving Sepsis resuscitation care bundle”**.

Se si sospetta una sepsi del tratto genitale, il trattamento precoce e rapido con una combinazione di alte dosi di antibiotici per via endovenosa ad ampio spettro possono salvare la vita.

La combinazione di piperacillina / tazobactam o carbapenemi più clindamicina fornisce uno dei più ampi spettri di trattamento per sepsi grave.

MRSA (meticillin-resistant Staphylococcus aureus) possono essere resistenti alla clindamicina; quindi, se la donna è o è altamente probabile che sia MRSA positiva, un glicopeptide (vancomicina o teicoplanina) può essere aggiunto finché non si ha l'antibiogramma.

L'allattamento al seno limita l'uso di alcuni antimicrobici, e quindi il consiglio di un consulente microbiologo deve essere ricercata in una fase precoce:

Antimicrobici	Limitazioni
Amoxicillina + Ac Clavulanico	Non copre MRSA, Pseudomonas o organismi produttori di ESBL
Metronidazolo	Copre solo anaerobi
Clindamicina	Copre più streptococchi e stafilococchi, tra cui molti MRSA Non è escreta dal rene, non è nefrotossica
Piperacillina / Cazobactam e Carbapenemi	Copre maggior parte degli organismi, tranne MRSA, non sono nefrotossici (in contrasto con aminoglicosidi) Piperacillina / tazobactam non coprono produttori di ESBL
Gentamicina (come una singola dose di 3-5 mg / kg)	Non pone alcun problema se la funzione renale è normale. Se la dose viene ripetuta nel tempo monitorare la funzionalità renale

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/GODG43/26/02		Pag. 62 di 68

TERAPIA ANTIBIOTICA EV ENDOMETRITE

sospendere l'allattamento al seno		Negli allergici alle cefalosporine, penicillina e cefotaxime	
Gentamicina	Singola dose di 3-5 mg / kg Tempo di infusione: 30 – 60 minuti	Gentamicina	3-5 mg/kg al giorno da suddividersi ogni 8 ore. Dose giornaliera massima 6 mg/kg Tempo di infusione: 30 – 60 minuti
+		+	
Cefotaxime	La posologia di base è di 2 g al giorno (1 g ogni 12 ore) da somministrare per via endovenosa, se necessario può essere aumentata a 3-4 g. Dose giornaliera massima 12 g (suddivisa ogni 6-8 ore) Tempo di infusione: 20 minuti	Clindamicina	1200 - 2700 mg / die suddivisi in due, tre o quattro somministrazioni. Dose massima giornaliera 4800 mg Tempo di infusione: 30 minuti
+		+	
Metronidazolo 500 mg/100 ml	500 mg / 100 ml per infusione endovenosa ogni 8 ore Tempo di infusione: 20 minuti	Ciprofloxacina	Il dosaggio negli adulti è 200–400 mg di ciprofloxacina ogni 12 ore. Nelle infezioni molto gravi o ricorrenti 400 mg tre volte al dì. Dose massima giornaliera 1200 mg, suddivisa in 3 somministrazioni. Tempo infusione

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 63 di 68

TERAPIA ANTIBIOTICA EV SEPSI SEVERA

Prima scelta		Allergici* (sospendere l'allattamento al seno)	
Meropenem	500 mg – 1 gr ogni 8 ore Dose massima giornaliera 6 gr suddivisa in 3 somministrazioni Tempo di infusione: 15-30 minuti	Clindamicina	1200 - 2700 mg / die suddivisi in due, tre o quattro somministrazioni. Dose massima giornaliera 4800 mg Tempo di infusione: 30 minuti
+		+	
Clindamicina	1200 - 2700 mg / die suddivisi in due, tre o quattro somministrazioni. Dose massima giornaliera 4800 mg Tempo di infusione: 30 minuti	Gentamicina	3-5 mg/kg al giorno da suddividersi ogni 8 ore. Dose giornaliera massima 6 mg/kg Tempo di infusione: 30 – 60 minuti
+		+	
Gentamicina	Singola dose di 3-5 mg / kg Tempo di infusione: 30 – 60 minuti	Metronidazolo 500 mg/100 ml	500 mg / 100 ml per infusione endovenosa ogni 8 ore Tempo di infusione: 20 minuti
+		+	
Ciprofloxacina	Il dosaggio negli adulti è 200–400 mg di ciprofloxacina ogni 12 ore. Nelle infezioni molto gravi o ricorrenti 400 mg tre volte al dì. Dose massima giornaliera 1200 mg, suddivisa in 3 somministrazioni. Tempo infusione: 60 minuti		

* Negli Allergici/Ipersensibili:

- 1. A un qualsiasi altro agente antibatterico carbapenemico**
- 2. Ipersensibili (per esempio reazione anafilattica, reazione cutanea grave) a qualsiasi altro tipo di antibatterico betalattamico (per esempio penicilline o cefalosporine)**

La donna con sepsi deve essere isolata in una camera singola con bagno interno per ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione.

Gli operatori sanitari (medici, ostetriche, infermieri, anestesisti, OSS, ecc.) devono indossare dispositivi di protezione individuale quali guanti, mascherine, camici monouso.

Le ferite che compromettono l'integrità cutanea della paziente o dei famigliari devono essere coperte con una medicazione impermeabile.

Per ciò che concerne il neonato, deve essere valutato con il neonatologo il rischio di trasmissione dell'infezione e l'eventuale trattamento antibiotico per il neonato.

Quando il trattamento antibiotico prevede la somministrazione Metronidazolo, l'allattamento al seno è controindicato; durante la terapia con tale farmaco il seno deve essere svuotato (così da stimolare la normale stimolazione del seno) e il latte andrà eliminato.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 64 di 68

6.6 Morte materna dovuta ad anestesia

Le morti materne direttamente riconducibili all'anestesia sono rare e prevalentemente legate al mancato controllo delle vie aeree in anestesia generale per taglio cesareo.

Il tasso di mortalità è pari a 3 per milione di maternità, in caso di taglio cesareo il tasso di mortalità sale a 1 per 100.000 tagli cesarei; la percentuale di substandard care riportato dal Report Anglossasone è pari al 100%.

In ostetricia la maggior parte dei decessi da imputarsi all'anestesia è legata alla esecuzione di un'anestesia generale e deriva da ipossia legata a due cause principali spesso presenti contemporaneamente :

a) l'inalazione del contenuto gastrico (Sindrome di Mendelson),

b) l'impossibilità di intubazione e/o intubazione esofagea misconosciuta.

Nello studio di Warric et al. (2015) si evidenzia come sia efficace eseguire il taglio cesareo , sia in elezione che in urgenza , in anestesia spinale in quanto si riducono dei rischi non trascurabili sia per la partoriente che per il nascituro.

Nei casi in cui è indicata l'anestesia generale nella gravida a termine, bisogna considerare che le fisiologiche modificazioni nell'apparato respiratorio possono esporre all'ipossiemia a causa di una riduzione della CFR, di un aumentato consumo di ossigeno associato allo stato gravidico(20% più alto nella paziente a termine di gravidanza rispetto alla paziente non gravida) e circa un terzo delle gravide (la metà quindi) in posizione supina va incontro a chiusura delle vie aeree durante la respirazione normale (Volume corrente). Infine, può essere presente edema delle vie aeree specialmente nella paziente pre-eclamptica, (Balestrieri et al.,2009 ; Doyle ,2015).

I fattori aggravanti sono il contesto dell'urgenza e i fattori strutturali di organizzazione e di coordinamento dell'equipe (vedi attività 6.1.3); per i tagli cesarei eseguiti in urgenza il rischio è quadruplicato.

La sicurezza della madre viene attualmente ben garantita dal continuo diffondersi dell'uso dell'anestesia regionale: l'anestesia di scelta per il taglio cesareo è oggi rappresentata infatti dall'anestesia subaracnoidea o dall'anestesia combinata.

E' indispensabile per le donne con gravidanze patologiche (preeclampsia, diabete, minaccia di parto pretermine), accedere alla visita anestesiológica dalla 32° settimana di EG presso gli ambulatori divisionali previo appuntamento.

Questo per poter predisporre piani di trattamento anestesiológico ed intensivistico adeguati alla gravità del caso (tecniche di monitoraggio invasivo, tecniche particolari di intubazione, ricoveri post operatorio in area intensiva).

Qualora si dovesse ricorrere all'anestesia generale è necessario che l'anestesista conosca e applichi le linee guida esistenti per un adeguato controllo delle vie aeree.

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 65 di 68

ALLEGATO 7 PARTOGRAMMA

La scheda di partogramma è stata elaborata tenendo conto delle indicazioni dell'OMS - Labour Care 2020. Quest'ultimo è uno strumento aggiornato per il monitoraggio del travaglio, introdotto per favorire un'assistenza più rispettosa, sicura e personalizzata per le donne in travaglio (World Health Organization [WHO], 2020). Adotta un modello più flessibile che tiene conto della variabilità fisiologica del travaglio, riconoscendo che ogni donna ha tempi diversi. Inoltre, valorizza la partecipazione attiva della donna nelle decisioni (WHO, 2020). Fa parte di un più ampio cambio di paradigma promosso dalle linee guida OMS sull'esperienza positiva del parto (WHO, 2018).

Il partogramma Labour Care 2020 è strutturato in tre sezioni:

1. Benessere materno: valuta il dolore, il supporto emotivo, la nutrizione, la mobilità e le preferenze della donna.
2. Benessere fetale: monitora la frequenza cardiaca fetale, il liquido amniotico e i movimenti del feto.
3. Progresso del travaglio: documenta la dilatazione cervicale, la posizione fetale e le contrazioni uterine, senza imporre tempi fissi di progressione (WHO, 2020).

L'obiettivo è migliorare la qualità dell'assistenza ostetrica promuovendo un'esperienza positiva del parto, con meno interventi non necessari e maggiore rispetto per i diritti e i bisogni della donna (WHO, 2018; Vogel et al., 2016).

Il Labour Care Guide (LCG) 2020 rappresenta una rivoluzione culturale nell'assistenza ostetrica: sposta il focus dal controllo alla collaborazione e dalla standardizzazione alla personalizzazione (WHO, 2020). In questo modo, l'OMS intende promuovere un parto sicuro, rispettoso e centrato sulla donna.

Vantaggi

Uno dei principali vantaggi del LCG è la promozione di un'assistenza più personalizzata e rispettosa. Il LCG enfatizza il rispetto dei tempi fisiologici del travaglio, in particolare nella fase latente, abbandonando la "regola della dilatazione di 1 cm/ora", ritenuta troppo rigida e spesso causa di interventi non necessari (Vogel et al., 2021).

Inoltre, il LCG integra elementi di sorveglianza clinica e benessere della donna, come l'interazione con il personale, la libertà di movimento e la possibilità di avere un accompagnatore, promuovendo così una migliore esperienza di parto (WHO, 2020).

Dal punto di vista clinico, il LCG è strutturato per una valutazione continua della progressione del travaglio e delle condizioni materno-fetali, migliorando il processo decisionale basato sull'evidenza (White et al., 2022).

Procedura Generale	Raccomandazione Ministeriale N. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “ Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025	Rev. 0.2 del 25/02/2026
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02		Pag. 66 di 68

Modifiche apportate al LCG WHO 2020

La seconda revisione del 03/11/2025 della Raccomandazione Ministeriale n. 6 “ Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto”, cita a pag. 11, la possibilità di apportare modifiche al partogramma in base alle specificità locali nel rispetto dei minimi contenuti nella raccomandazione. Per tale motivo, al fine di rendere il Labour Care Guide 2020 uno strumento più in linea con le attività e l’assistenza ostetrica della sala parto, sono state apportate le seguenti modifiche:

- “Caput” e “Modellamento” sono stati sostituiti con “Tumore da parto” e una sua valutazione quantitativa alla visita ostetrica espressa in +, ++, +++.
- “Minzione” diviene uno strumento utile per il controllo della frequenza di svuotamento vescicale da parte della paziente, o attraverso cateterismo vescicale estemporaneo se necessario, prestando attenzione ad una cadenza non inferiore alle 2-4 ore.
- La “discesa della Parte Presentata” viene espressa in terzi, in riferimento alle spine ischiatiche (-3, -2, -1, 0, +1, +2, +3).
- La dilatazione cervicale sul partogramma inizia all’occorrenza dai 3 cm. Cominciare eventualmente il partogramma ad una dilatazione inferiore ai 5cm è stata una scelta consona alle attività della nostra sala parto: essendo il nostro un punto nascita di II livello, spesso volte capita che le donne abbiano necessità assistenziali tali da dover essere prese in carico dalla sala parto in una fase “precoce” del travaglio di parto ed in taluni casi specifici, anche su espressa indicazione ginecologica, capita vi sia la necessità di un’analgesia peridurale anticipata

Procedura Generale
Cod. Doc.: PG/901/G0DG43/26/02

Raccomandazione Ministeriale N. 6 “Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto” e N. 16 “Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi”: implementazione secondo Determina Regione Lazio n. G1485 del 10/11/2025

Rev. 0.2 del 25/02/2026
Pag. 67 di 68

Nome e Cognome: _____ Parità: _____
 Inizio del travaglio di parto (fase attiva), data e ora: _____
 Travaglio spontaneo indotto Indicazione: _____ Modalità di induzione: _____
 Rottura delle membrane: indotto RAM - Rottura Artificiale delle Membrane Data e ora: _____
 RSM - Rottura Spontanea delle Membrane Data e ora: _____ Fattori di rischio: _____

FETO	FASE ATTIVA DEL PRIMO STADIO DEL TRAVAGLIO DI PARTO												SECONDO STADIO TRAVAGLIO		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3
ALLERTA															
<110bpm, ≥150bpm															
L (tardive)															
T (tinto), E (ematico)															
P (post.), T (trasm.)															
+++ (grave)															
FC															
PA SISTOLICA															
PA DIASTOLICA															
TC															
MINZIONE ⁵															
CONTRAZIONI IN 10'															
DURATA CONTRAZIONI															
DILATAZIONE CERVICALE (apporre X)															
	10cm														
	9cm														
	8cm														
	7cm														
	6cm														
	5cm														
Solo in caso di nullaosta per partoanalgesia	4cm														
	3cm														

*se in peridurale valutare cateterismo estemporaneo

