

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e Gestione del Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2026
		Edizione: I ^a

Procedura Operativa
Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto
(Raccomandazione Ministeriale n.°6)

E

Procedura Operativa
Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso
>2500 grammi
(Raccomandazione Ministeriale n.°16)

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2026
		Edizione: I ^a
		Pag. 1 di 43

<i>Verificato dalla U.O.C. Risk Management Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico</i> <i>Dott.ssa Anna Bellissimo</i>
Redatto dal GRUPPO DI LAVORO
<i>Direttore U.O.C Ostetricia e Ginecologia P.O. Battipaglia</i> <i>Dott. Davide De Vita</i>
<i>Direttore U.O.C Ostetricia e Ginecologia P.O. Nocera</i> <i>Dott. Carlo Carravetta</i>
<i>Direttore del Dipartimento della salute della donna e del bambino</i> <i>Dott. Salvatore Ronsini</i> <i>Direttore U.O.C Ostetricia e Ginecologia P.O. Vallo della Lucania</i>
<i>Direttore U.O.C Ostetricia e Ginecologia P.O. Sarno</i> <i>Dott. Gennaro Casella</i>
<i>Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Polla</i> <i>Dott. Francesco De Laurentis</i>
<i>Dirigente Medico U.O. S. Ostetricia e Ginecologia P.O. Sapri Dott. Bruno Torsiello</i>
<i>Direttore U.O.S.D. Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e Neonatologia P.O. Nocera</i> <i>Dott. Giuseppe Marchesano</i>
<i>Dirigente Medico Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e Neonatologia P.O. Nocera</i> <i>Dott.ssa Cristina De Stefano</i>
<i>Infermiera Coordinatrice Terapia Intensiva Neonatale (TIN) e Neonatologia P.O. Nocera</i> <i>Dott.ssa Chiara Del Regno</i>
<i>Ostetrica Coordinatrice U.O.C Ostetricia e Ginecologia P.O. Battipaglia</i> <i>Dott.ssa Francesca Petito</i>
<i>Infermiera U.O.C Ostetricia e Ginecologia P.O. Sarno</i> <i>Dott.ssa Annarita Somma</i>

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2026
		Edizione: I ^a
		Pag. 2 di 43

INDICE

1.0 Introduzione e razionale dell'attività	3
2.0 Ambiti di applicazione	4
3.0 Definizioni e acronimi	5
4.0 FASE 1: Accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio	7-10
5.0 FASE 2 della gravidanza a basso rischio: Gestione travaglio/parto	11-12
6.0 FASE 3 della gravidanza a basso rischio: Post-partum	13
7.0 FASE 2 del parto ad alto rischio: Gestione travaglio/parto	15
7.1 Il taglio cesareo (TC)	15
7.1.1 Classificazione del TC	15
7.2 Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio	16
7.2.1 Tricotomia area sovra pubica	16
7.2.2 Antibiotico profilassi perioperatoria	16
7.3 Prevenzione del rischio tromboembolico	17
7.4 Anestesia e organizzazione dell'intervento chirurgico	18
8.0 FASE 3 della gravidanza a rischio: Post-partum	19
9.0 Complicazioni	20
9.1 Emorragia del Post Partum	20
9.2 Ipertensione - Preeclampsia	21
9.3 Malattia Tromboembolica	21
9.4 Sepsis	22
9.5 Prevenzione morte Materna da Anestesia	22
10.0 Segnalazione evento sentinella e alimentazione SIMENS	22
11.0 FASE 1 del percorso neonatale: Sala parto	23
11.1 FASE 2 del percorso neonatale: Trasferimento al nido/rooming in	24
11.2 FASE 3 del percorso neonatale: Dimissione	25
11.3 FASE 4 del percorso neonatale: Prima visita post-dimissione	26
12.0 Segnalazione evento sentinella e alimentazione NSIS	27
13.0 Matrice delle Responsabilità	28
14.0 Formazione	29
15.0 Monitoraggio e valutazione	29
16.0 Diffusione	29
17.0 Riferimenti bibliografici e normativi	30
18.0 Allegati	31

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2026
		Edizione: I ^a
		Pag. 3 di 43

1.0 INTRODUZIONE E RAZIONALE DELL'ATTIVITÀ

La promozione della salute riproduttiva, dalla fase che precede il concepimento fino all'espletamento del parto e al puerperio, rappresenta un tema particolarmente sensibile sia per gli aspetti sanitari che per quelli sociali. Nei paesi economicamente più avanzati, nonostante la mortalità e morbosità materna correlate al travaglio e/o al parto e le morti o disabilità permanenti del neonato sano di peso superiore ai 2500 grammi siano eventi sempre più rari, è possibile che una quota non trascurabile di tali eventi potrebbe essere evitata migliorando gli standard assistenziali. Si stima che nei Paesi che dispongono di sistemi di sorveglianza attiva, la percentuale di eventi evitabili nel caso delle morti materne arrivi al cinquanta per cento. Per questo motivo il Ministero della Salute ha pubblicato due raccomandazioni specifiche e una linea d'indirizzo sul tema, di seguito riportate:

- Raccomandazione n.6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto (2008);
- Raccomandazione n.16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita (2014).
- Tavolo Tecnico Linee di indirizzo Prevenzione Mortalità Materna (2017)

L'implementazione di tali raccomandazioni tramite l'adozione di procedure specifiche, tuttavia, si scontra con le difficoltà legate alla necessità di sintetizzare in un unico documento l'estrema variabilità clinica e le innumerevoli possibili deviazioni dal percorso fisiologico della gravidanza, del parto e del neonato. In altri termini, se per la gravidanza fisiologica che si conclude con un parto eutocico e per il neonato in buona salute è possibile ipotizzare un decorso prevedibile e uniforme, la deviazione dalla fisiologia può assumere moltissime forme che richiedono, ciascuna, decisioni clinico-assistenziali specifiche per la gestione del caso concreto, decisioni che rientrano nell'ambito della competenza e dell'autonomia degli operatori sanitari coinvolti nel processo.

Pertanto, con questo documento di indirizzo si è ritenuto opportuno evitare di entrare nel merito clinico e tecnico delle attività sanitarie legate a quello che potremmo genericamente definire il "percorso nascita", quanto piuttosto delineare metodologicamente una successione di *test point* (come, ad esempio: le informazioni riguardanti il monitoraggio cardiocotografico, la scheda di accettazione ostetrica e il monitoraggio post-partum) per il parto vaginale, per quello chirurgico, oltre che per il percorso neonatale, con l'obiettivo di aumentare la rilevabilità precoce delle deviazioni dal percorso atteso al fine di poter adottare tempestivamente le misure clinico-assistenziali più idonee per il singolo caso e limitare così i potenziali danni legati a ritardi, omissioni e/o inapproprietezze.

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*¹, mentre quello 8 è diventato: *Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥37 settimane) non correlata a malattie congenite*². Si resta in attesa dell'opportuno allineamento delle Raccomandazioni ministeriali a queste nuove definizioni.

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2026
		Edizione: I ^a
		Pag. 4 di 43

2.0 AMBITI DI APPLICAZIONE

Il documento è rivolto ad ottimizzare e delineare dei percorsi, ugualmente adottabili, da tutti i punti nascita dell'ASL Salerno afferenti al Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino, Direttore Ronsini Salvatore ed è stato verificato dalla UOC Risk Management, Direttore Anna Bellissimo:

- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia – Ospedale di Nocera Inferiore
- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia – Ospedale di Battipaglia
- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia – Ospedale di Sarno
- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia – Ospedale di Vallo della Lucania
- U.O.C. Ostetricia e Ginecologia – Ospedale di Polla
- U.O.S. Ostetricia e Ginecologia – Ospedale di Sapri

NB: Il documento rappresenta lo stato dell'arte delle conoscenze al momento della sua emissione e non esime gli operatori dalla necessità di un aggiornamento continuo sugli argomenti trattati.

¹ Nella versione precedente l'ES 7 era definito: *Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto.*

² Nella versione precedente l'ES 8 era definiti: *Morte/disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita*

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2026
		Edizione: I ^a
		Pag. 5 di 43

3.0 DEFINIZIONI E ACRONIMI

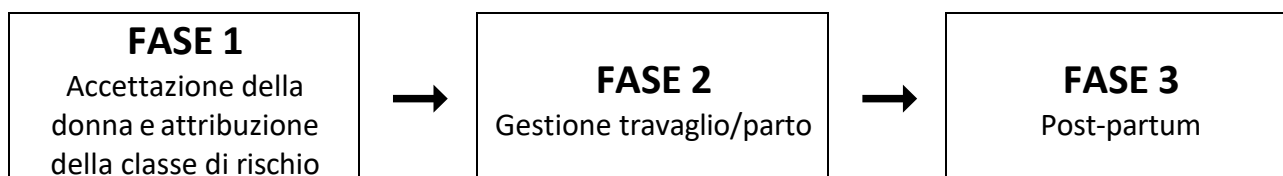
BCF	Battito Cardiaco Fetale
BMI	<i>Body Mass Index</i> (indice di massa corporea)
BPM	Battiti Per Minuto
CTG	Cardiotocogramma/Cardiotocografia
DDI	<i>Decision to Delivery Interval</i> (intervallo temporale tra la decisione clinica e la nascita)
EBPM	Eparina a Basso Peso Molecolare
GBS	Streptococco beta-emolitico di gruppo B
HELLP	<i>Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets</i> (emolisi, enzimi epatici elevati e piastrine basse)
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
IUGR	<i>Intrauterine Growth Restriction</i> (ritardo di crescita intrauterina)
MAF	Movimenti Attivi Fetali
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.
Morte neonatale o disabilità permanente	Morte neonatale o disabilità permanente non correlata a condizione congenita in neonato di peso superiore a 2.500 grammi.
NST	<i>Non Stress Test</i>
PN	Punto Nascita
PROM	<i>Premature Rupture Of Membranes</i> (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	<i>Skin to Skin Contact</i> (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

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2023
		Edizione: I ^a
		Pag. 6 di 46

Procedura Operativa

Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto

Sono stati individuati i requisiti di sicurezza minimi cogenti del parto a basso rischio e di quello chirurgico nelle seguenti fasi:

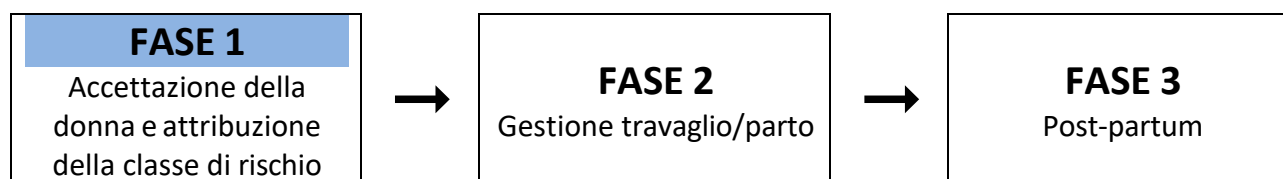


La FASE 1 e la FASE 3 sono comuni al parto a basso e ad alto rischio, mentre la FASE 2 riconosce attività specifiche per le due fattispecie.

Per ogni fase del processo il documento suggerisce un set di indicatori che è da considerarsi il livello mandatorio minimo per il monitoraggio e il controllo del percorso nascita.

Per **tutte le fasi** del processo si raccomanda di adottare strategie organizzative per garantire una **comunicazione efficace** con la donna assistita che tenga conto degli **aspetti sociali, culturali, religiosi e linguistici**, anche per il tramite di mediatori culturali appositamente formati, laddove presenti.

4.0 FASE 1: ACCETTAZIONE DELLA DONNA E ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO



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**

1. **TRIAGE OSTETRICO:** Presso gli ospedali territoriali sprovvisti di Pronto Soccorso ostetrico dedicato, ma dotati di Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia con ginecologi reperibili/in servizio e reparto in grado di effettuare consulenze urgenti, l'accesso della donna gravida o puerpera avviene tramite il Pronto Soccorso Generale. In tali strutture, il personale di triage del Pronto Soccorso Generale provvede alla **prima valutazione clinico-assistenziale** e all'attribuzione del **codice di priorità di accesso**, secondo i criteri vigenti, tenendo conto delle condizioni materne e, ove pertinente, fetali. Per tutte le pazienti che accedono per problematiche correlate alla gravidanza, al puerperio o a patologie ginecologiche urgenti, deve essere garantita la **tempestiva presa in carico specialistica** mediante percorsi interni formalizzati tra Pronto Soccorso Generale e Unità Operativa di Ostetricia e Ginecologia. A tal fine, si raccomanda l'adozione di un percorso specifico, o di altra procedura organizzativa equivalente, che preveda:
 - a) attivazione immediata del ginecologo di guardia/reperibile e dell'ostetrica nei casi indicati;
 - b) trasferimento rapido della paziente presso l'ambulatorio ginecologico, il reparto o altra area dedicata idonea alla valutazione specialistica;
 - c) integrazione operativa tra personale del PS Generale e specialisti ginecologi/ostetrici;
 - d) definizione condivisa dei criteri clinici di invio urgente;
 - e) nei casi in cui la paziente presenti sintomi o segni suggestivi di urgenza/emergenza ostetrica (es. emorragia, dolore addominale severo, travaglio avanzato, riduzione movimenti fetali, crisi ipertensiva, eclampsia, compromissione dei parametri vitali), la consulenza specialistica deve avvenire con **priorità immediata**;
 - f) Il codice di priorità attribuito in triage mantiene validità fino alla presa in carico della paziente da parte del medico del Pronto Soccorso e/o dello specialista ginecologo, che rivaluteranno il quadro clinico e aggiorneranno il percorso assistenziale in base all'evoluzione delle condizioni cliniche.

2. **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);
 - d) controllo ecografico.
3. **CARDIOTOCOGRAFIA:** I parametri e i criteri per la valutazione del cardiocotogramma (CTG) sono riportati nella Tabelle 1 e 2, oltre che nell'Allegato 1 (*Scheda anamnestica e monitoraggio cardiocotografico*). Per poter consentire una valutazione, il CTG deve durare almeno venti minuti. La valutazione del CTG deve essere distinta per le pazienti non in travaglio e per quelle in travaglio attivo.

Donne non in travaglio: Il Non Stress Test (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).

Tabella 1 – Parametri per la classificazione del CTG NON in travaglio ⁴ : NST (Non Stress Test)						
FC BASEALE (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 fisiologica⁵.

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 travaglio ⁶					
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.

4. **ECOGRAFIA PER LA VALUTAZIONE DELLA QUANTITÀ DI LIQUIDO AMNIOTICO:** La valutazione ecografica della quantità di liquido amniotico contribuisce alla definizione della classe di rischio. Tale valutazione deve essere eseguita da personale adeguatamente formato (medico ginecologo) mediante metodiche standardizzate e validate. La stima del liquido amniotico può essere effettuata attraverso:

- Indice di Liquido Amniotico (AFI)**, ottenuto dalla somma delle misurazioni delle tasche nei quattro quadranti uterini;
- Massima tasca verticale (MVP)**, identificando la più ampia raccolta di liquido libera da parti fetali e cordone ombelicale.

La scelta della metodica deve essere coerente con i protocolli locali in essere. I valori ottenuti devono essere interpretati in relazione all'epoca gestazionale e al contesto clinico, al fine di identificare condizioni di:

- **Normalità tra 20 e 80 mm**, indicativo di una situazione fisiologica;
- **Oligoidramnios <20mm**, associato a una possibile compromissione del benessere fetale o a patologie materno-fetali;
- **Polidramnios >80 mm**, potenzialmente correlato a condizioni patologiche materne o fetali.

Nel corso dell'esame ecografico, si deve integrare la valutazione con ulteriori elementi (es. presentazione fetale, attività cardiaca fetale, localizzazione placentare), al fine di completare l'inquadramento clinico. In presenza di alterazioni della quantità di liquido amniotico, il dato deve essere tempestivamente comunicato al medico responsabile della presa in carico, al fine di orientare le successive decisioni assistenziali e l'eventuale attribuzione a classe di rischio elevato. Tutti i rilievi ecografici devono essere adeguatamente documentati nella cartella clinica.

³ Dato da integrare con l'età gestazionale, essendo più bassa a termine di gestazione.

⁴ American College of Obstetricians and Gynecologists. *Clinical Practice Guidelines Intrapartum fetal heart rate monitoring, interpretation, and management*. Obstet Gynecol 2025; 146:583-599

⁵ L'interpretazione fisiologica classifica la condizione del feto in: assenza di ipossia, ipossia cronica, ipossia in graduale evoluzione, ipossia subacuta, acuta, corioamniotite e altri patterns CTG anomali. Modificato da: Chandharan E et al.: *International expert consensus statement on physiological interpretation of cardiotocograph (CTG): First revision (2024)*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2024 302: 346-355. doi: 10.1016/j.ejogrb.2024.09.034.

⁶ American College of Obstetricians and Gynecologists. *Clinical Practice Guidelines Intrapartum fetal heart rate monitoring, interpretation, and management*. Obstet Gynecol 2025; 146:583-599

5. **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 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.	

La **FASE 1 si conclude con l'attribuzione della classe di rischio** (BASSO/ALTO) e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano **disponibili le seguenti evidenze:**

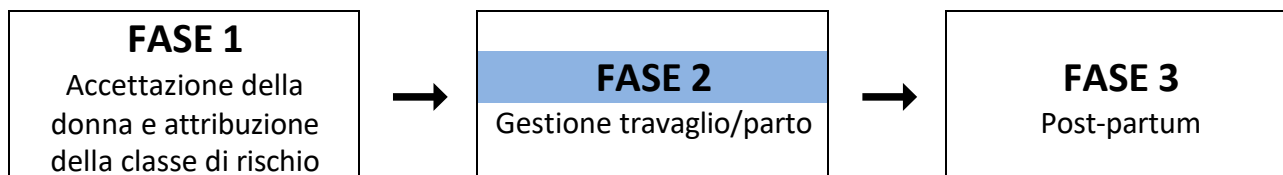
1. Triage ostetrico (per i ricoveri che accedono da PS)
2. CTG
3. Scheda di attribuzione della classe di rischio sul modello dell'Allegato 2

Indicatori di processo minimi suggeriti

- Presenza della scheda di attribuzione della classe di rischio;
- Refertazione CTG sul modello dell'Allegato 1;
- Compilazione sezione documentale relativa al ricovero ostetrico sul modello dell'Allegato 2

GESTIONE DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO

5.0 FASE 2 DEL PARTO A BASSO RISCHIO: GESTIONE 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 e lo documenta in cartella.

Posta la diagnosi di travaglio attivo (Tabella 4), la gestante viene accompagnata nella Sala 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.

Nel parto a basso rischio, la presa in carico da parte del personale ostetrico deve essere formalizzata tramite la compilazione del partogramma. 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.

Il modello di partogramma potrà essere adattato in relazione alle specificità organizzative locali, ma nel rispetto dei contenuti minimi sopra richiamati.

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 delle 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.

Tabella 5 – Criteri per la valutazione del rischio intra partum 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 parto-analgesia 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.

^ASe la CTG è normale per venti minuti, si può proseguire con l'auscultazione intermittente.

^BImpossibilità 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 **comunicare al pediatra/neonatologo qualsiasi informazione clinica o anamnestica relativa alla madre che possa avere ricadute sulla salute del neonato**.

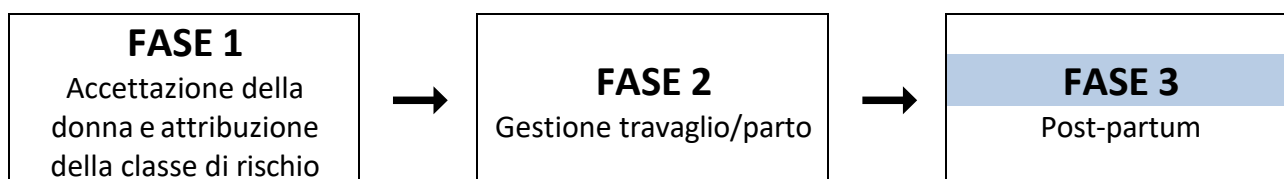
La **FASE 2** del parto a basso rischio **si conclude con l'espletamento del parto** e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano **disponibili le seguenti evidenze**:

1. Partogramma
2. CTG o auscultazione intermittente regolare del BCF

Indicatori di processo minimi suggeriti

- Compilazione partogramma;
- Refertazione CTG sul modello dell'Allegato 1.

6.0 FASE 3 DELLA GRAVIDANZA A BASSO RISCHIO: POST-PARTUM



Prima di trasferire la puerpera in reparto, è necessario effettuare un **periodo di osservazione e monitoraggio della durata di almeno due ore**. 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 e la valutazione, ove presente, della sutura delle lacerazioni perineali o dell'episiorrafia).

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
2. Monitoraggio post partum sul modello dell'Allegato 3

Indicatori di processo minimi suggeriti

- Compilazione scheda post partum sul modello dell'Allegato 3.

GESTIONE DELLA GRAVIDANZA A RISCHIO

Nel caso in cui non vengano soddisfatti tutti i criteri elencati nella Tabella 3, o ci sia il mancato soddisfacimento di anche uno solo dei parametri elencati nella Tabella 5, il parto deve essere classificato come ad alto rischio. In una certa percentuale di casi sarà necessario ricorrere all'induzione del travaglio (con metodiche meccaniche o mediche, nel rispetto del *timing* gestazionale e delle evidenze scientifiche) o al potenziamento del travaglio di parto con ossitocina.

Pertanto, l'organizzazione della sala parto dovrà essere adeguata all'assistenza dei parti ad alto rischio secondo modelli organizzativi definiti, con l'obiettivo di favorire il parto vaginale con criteri di sicurezza materna e feto-neonatale, fatte salve diverse considerazioni relative alla valutazione del caso concreto.

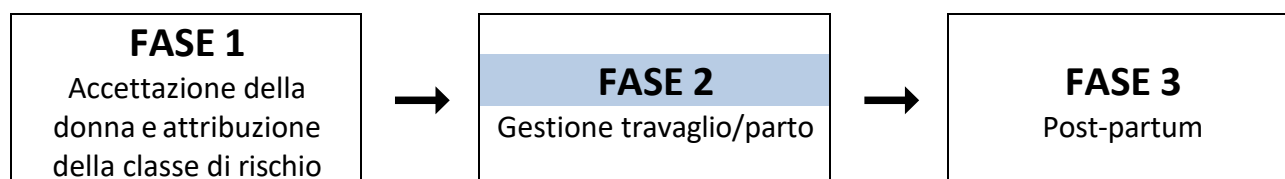
La gestione del travaglio e del parto nella gravidanza ad alto rischio si deve avvalere dell'assistenza dedicata di una ostetrica e di un medico ginecologo, del monitoraggio del benessere fetale da parte dell'equipe medica con l'ausilio della CTG in travaglio (e non della semplice auscultazione intermittente), associata all'analisi del partogramma.

La gestione del parto ad alto rischio richiede l'intervento del ginecologo quando si pone l'indicazione: al parto vaginale operativo (nel rispetto delle indicazioni e condizioni previste dalle evidenze scientifiche) e al taglio cesareo (secondo il percorso clinico-assistenziale di seguito definito).

Al momento dell'espulsione del feto dovrà essere garantita la presenza in sala parto del pediatra/neonatologo, che dovrà essere stato preventivamente informato.

Dal punto di vista strutturale dovrà essere garantita la disponibilità H24 di una sala operatoria dedicata per le urgenze/emergenze ostetriche.

7.0 FASE 2 DEL PARTO A RISCHIO: GESTIONE TRAVAGLIO/PARTO



7.1 Taglio Cesareo

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 in Campania 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

• Sproporzione feto-pelvica • Macrosomia fetale • Presentazione anomala • Distocia del primo stadio⁷ • Distocia del secondo stadio⁷ • Alterazioni del benessere fetale • Placenta previa	• 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
--	--

7.1.1 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 β 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

⁷ First and Second Stage Labor Management: ACOG Clinical Practice Guideline No. 8. Obstet Gynecol. 2024 Jan 1;143(1):144-162. doi: 10.1097/AOG.0000000000005447

ed eventuale accettazione del “travaglio di prova” in caso di pregresso TC. I contenuti minimi del *counselling* sono riportati nell’Allegato 4 (*Informativa parto con taglio cesareo in elezione*);

- Garantire la corretta e completa compilazione della *Checklist di sala operatoria* secondo la specifica procedura locale.

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

Tabella 7 – Classificazione del TC ⁸	
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 il medico decida di eseguire un TC per la presenza di condizioni cliniche potenzialmente legate a un esito sfavorevole del parto vaginale, dovrà darne esaustiva evidenza nella documentazione sanitaria.

7.2 Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio

7.2.1 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.

7.2.2 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 che sarà eseguita nell’U.O. di Ostetricia. Un uso inappropriato di tale profilassi, tuttavia, può causare un aumento delle antibioticoresistenze.

⁸ Modificata da LUCAS sec SNLG-ISS 2016, LG 22 e NICE Guidelines 2024

Nel caso del TC la somministrazione dell'antibiotico **deve avvenire in unica dose 30-60 minuti prima dell'incisione**⁹. 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 aggiuntive 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.

7.3 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
• Precedente episodio tromboembolico • Trombofilia ad alto^A o basso rischio^B • Ogni indicazione alla profilassi prenatale	≥ 1 FATTORE RISCHIO ALTO	EBPM PER 6 SETTIMANE
• 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
• 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

^ATrombofilie 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).

^BTrombofilie 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).

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

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

⁹ Linee Guida ACOG, RCOG.

¹⁰ LG Ministero Salute Emorragia post-partum 2016 https://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/SNLG_EPP-2016web_corrigere.pdf; RCOG: Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium, 2015 <https://www.rcog.org.uk/media/wi2lpc05/etg-37b-1.pdf>.

Per tutte le donne sottoposte a TC, in assenza di controindicazioni, andrebbe presa in considerazione la tromboprophilassi 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 tromboprophilassi farmacologica per sei settimane dopo il parto. (Vedi Cartella Ostetrica).

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

7.4 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**:

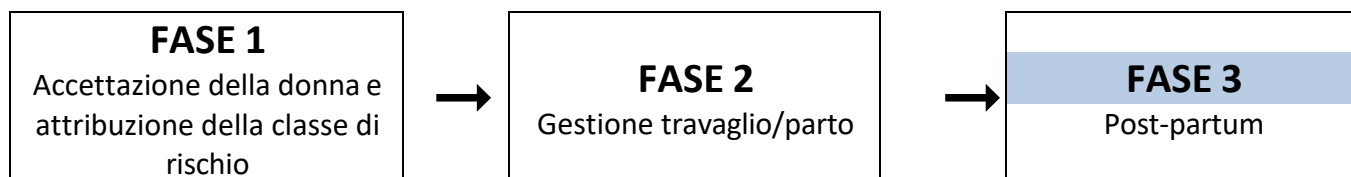
1. Partogramma (in caso di travaglio di prova)
2. Cardiotocografia
3. Valutazione rischio tromboembolico
4. Checklist di sala operatoria

Indicatori minimi di processo suggeriti

- Compilazione checklist di sala operatoria;
- Refertazione CTG sul modello dell'Allegato 1.



8.0 FASE 3 DELLA GRAVIDANZA A RISCHIO: POST-PARTUM



Analogamente a quanto previsto nel capitolo 7.0, prima di trasferire la puerpera in reparto, è necessario effettuare un **periodo di osservazione e monitoraggio della durata di almeno due ore**. 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.

Per la valutazione del dolore si suggerisce l'utilizzo di scale come la *Numerical Rating Scale* (NRS), dove si chiede alla paziente di valutare il dolore secondo una scala numerica che va da zero (assenza di dolore) a dieci (massimo dolore possibile) oppure la *Visual Analogue Scale* (VAS), 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**:

- Documentazione clinica della valutazione e monitoraggio post partum sul modello dell'Allegato 3

Indicatori di processo suggeriti

- Compilazione scheda post partum sul modello dell'Allegato 3.



9.0 COMPLICAZIONI DELLA GRAVIDANZA A RISCHIO

9.1 EMORRAGIA DEL POST PARTUM

Si definisce emorragia del post partum una perdita ematica > 500 ml entro 24 ore dal parto vaginale (o >1000 ml durante un TC). Si parla di emorragia massiva quando la perdita equivale al 30-40% della volemia della paziente. Può essere considerato uno degli eventi avversi più gravi nell'ambito dell'assistenza in sala parto con una stima tra il 5 e il 22% del totale dei parti e mortalità pari al 71% attribuibile a substandard care. Più della metà dei casi si verifica entro 24 ore dal parto; la morte avviene per shock emorragico spesso come ultimo effetto della coagulopatia da consumo.

La precisa definizione della quantità di sangue perso è determinante al fine di prevenire lo shock emorragico grave e ogni reparto di ostetricia dovrebbe predisporre una procedura per la stima della perdita ematica (es sacchetti raccoglitori di sangue + peso delle falde di raccolta del sangue perso); infatti l'emorragia può essere così repentina e grave da non permettere l'attesa di analisi ematologiche. Il riconoscimento delle cause è fondamentale per indirizzare il corretto trattamento. Alcuni casi si avvalgono con successo di provvedimenti chirurgici specifici, pertanto, in sala parto il ginecologo deve essere esperto in tutte le procedure necessarie: dalla riparazione dei diversi gradi di lacerazione genitale fino all'isterectomia. L'ipotonìa uterina (causa più frequente di emorragia post partum) prevede l'impiego di farmaci uterotonici e di manovre che mirano alla compressione dell'utero. Si consiglia di tenere sempre a disposizione in sala parto un kit per ipotonìa uterina.

Per prevenire l'emorragia post partum sono indicati:

1. gestione attiva del post partum;
2. stretta osservazione della paziente in presenza di fattori di rischio o perdita ematica > 500 cc;
3. definire una procedura per la stima della perdita ematica avendo rapidamente disponibili strumenti e materiali per la terapia;
4. definire un protocollo per la gestione dello shock emorragico condiviso con anestesisti e centro trasfusionale;
5. prevedere la formazione periodica dell'equipe chirurgica e verificare che ogni operatore sia in grado di eseguire le procedure chirurgiche appropriate;
6. analizzare e discutere periodicamente i casi per consentire a ogni operatore di intervenire prontamente; si raccomanda di prevedere, in ogni sala parto, la presenza di protocolli e procedure locali a cui ogni operatore possa rapidamente riferirsi identificando con chiarezza le azioni che gli competono.



9.2 IPERTENSIONE-PREECLAMPSIA

L'ipertensione indotta in gravidanza è pari all'8-10%. La preeclampsia complica il 3-4% delle gravidanze ed è causa diretta di morte materna nel 13-15% dei casi. La HELLP Sindrome (Hemolysis Elevated Liver enzyme low Platelet count) complica il 20% delle PE gravi con un tasso di mortalità pari a 7 casi per milione di maternità con una percentuale di substandard care intorno al 50 %. Attuare una prevenzione nei confronti della PE significa, innanzitutto, identificare le pazienti a rischio; in presenza di possibili fattori di rischio (preconcezionali e correlati alla gravidanza) le donne possono essere destinate a una sorveglianza prenatale intensiva e a interventi di profilassi (prevenzione secondaria). Alcuni fattori di rischio presentano un'associazione statisticamente significativa con lo sviluppo di PE. La ricerca dei fattori di rischio va compiuta fin dalle prime settimane di gravidanza al fine di poter indirizzare la paziente verso specifici e personalizzati percorsi assistenziali. Poiché la causa della PE non è a tutt'oggi nota e i test di screening rimangono non del tutto validati risulta difficile proporre strategie razionali per una prevenzione primaria.

Al contrario la prevenzione secondaria (rallentare o bloccare l'evoluzione della malattia) e terziaria (prevenzione delle complicanze della malattia conclamata) sono ormai consolidate nella pratica clinica attraverso specifici protocolli di sorveglianza prenatale.

Attuare una prevenzione nei confronti della preeclampsia significa identificare le pazienti a rischio. In presenza di evidenti fattori di rischio, la donna può essere destinata a un'intensiva sorveglianza prenatale e a interventi di profilassi.

9.3 MALATTIA TROMBOEMBOLICA

Rappresenta una delle cause principali di mortalità diretta (15 casi mortali per 1 milione di gravidanze). La principale raccomandazione riguarda la valutazione del profilo di rischio trombotico in occasione di ogni contatto della donna con la struttura ospedaliera (l'80% circa delle pazienti decedute per embolia polmonare presentava anamnesi positiva per specifici fattori di rischio tromboembolico). Gli aspetti di substandard care rilevati più frequentemente riguardano il mancato riconoscimento dei fattori di rischio, segni e sintomi della malattia tromboembolica e trattamenti di tromboprofilassi non sufficientemente tempestivi o con dosaggi inappropriati.

La raccomandazione principale riguarda la valutazione del profilo di rischio trombotico della donna in occasione di ogni contatto con la struttura ospedaliera. Deve essere valutato il rischio tromboembolico anche se la paziente non è in trattamento e un'eventuale profilassi ATA in base all'assenza o presenza dei fattori di rischio e alla previsione della data del parto. Se la paziente è in trattamento con farmaci antitrombotici e/o antiaggreganti la valutazione, frequentemente multidisciplinare, cambia in base all'epoca gestazionale, al motivo del ricovero e alla tipologia del trattamento in corso. Al momento del parto è necessario effettuare una ulteriore

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2026
		Edizione: I ^a
		Pag. 22 di 43

valutazione del rischio sempre in base all' assenza o presenza di uno o più fattori di rischio. Alla dimissione, se la paziente era in trattamento antitrombotico, prima del ricovero, può essere opportuno rivalutare la terapia in atto. Se, prima del ricovero, la paziente non era in trattamento è necessario valutare l'attuale rischio tromboembolico.

9.4 SEPSI

Rappresenta l'8-10% delle cause dirette di morte materna. In chirurgia ostetrica, la prevenzione della sepsi attraverso l'antibiotico profilassi e i tempi della somministrazione in rapporto al tipo di intervento, devono essere effettuati in base a protocolli condivisi al fine di ridurre la carica batterica e il rischio d'infezione del sito chirurgico, prevenire "Pelvic inflammatory disease "(PID), endometrite ed endocardite batterica.

9.5 PREVENZIONE MORTE MATERNA DA ANESTESIA

Le morti materne riconducibili direttamente all'anestesia sono ormai rare e dovute prevalentemente al mancato controllo delle vie aeree in anestesia generale per taglio cesareo. Il taglio cesareo elettivo è considerato un fattore di rischio per la mortalità materna pari a 3 volte quello associato al parto spontaneo (aumento sicuramente associato alla patologia che ha reso opportuno il cesareo). Si raccomanda pertanto di attenersi alle raccomandazioni dell'OMS e alle Linee guida per il TC nazionali e regionali.

10.0 Segnalazione evento sentinella (ES), attivazione del protocollo di monitoraggio ES e del sistema di sorveglianza mortalità materna

L'evento sentinella" *Morte materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto ed entro 42 giorni dal termine della gravidanza*" deve essere **immediatamente** segnalato alla Direzione Sanitaria di Presidio per l'attivazione dell'iter del protocollo ministeriale per il monitoraggio degli eventi sentinella e per la sorveglianza della mortalità materna.

In ogni caso di morte materna, avvenuta entro 42 giorni dal termine della gravidanza, il referente di struttura del sistema di sorveglianza segnala l'evento alla Direzione Medica di Presidio che procederà alla segnalazione all'Istituto Superiore di Sanità attraverso il seguente [link: itoss.iss.it/registrazione.aspx](https://itoss.iss.it/registrazione.aspx) entro 48 h dall'avvenuto decesso.

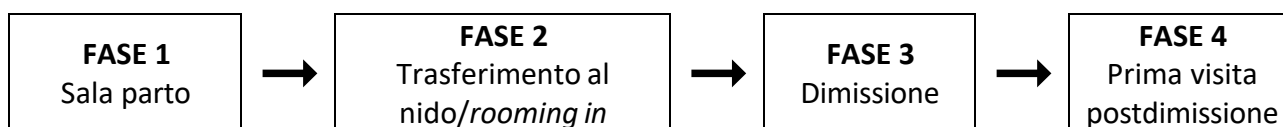


Procedura Operativa

Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi (Raccomandazione Ministeriale n.°16)

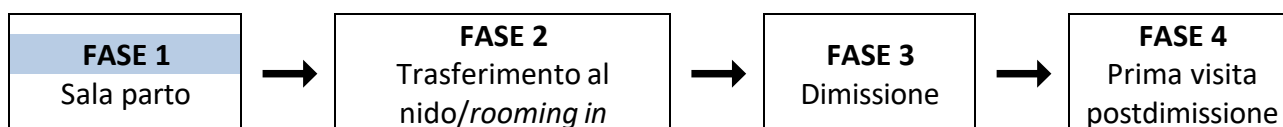
In analogia con quanto fatto per il percorso legato al travaglio e al parto, anche il percorso neonatale è stato suddiviso in fasi, al cui interno sono stati individuate le attività di cui bisogna obbligatoriamente produrre evidenza nella documentazione sanitaria, in tutti i contesti organizzativi che erogano assistenza neonatale.

Le fasi in cui è stato suddiviso il percorso neonatale sono le seguenti:



Per **tutte le fasi** del processo si raccomanda di adottare strategie organizzative per garantire una **comunicazione efficace** con la donna assistita che tenga conto degli **aspetti sociali, culturali, religiosi e linguistici**, anche per il tramite di mediatori culturali appositamente formati, laddove presenti.

11.0 FASE 1 DEL PERCORSO NEONATALE: SALA PARTO



In questa fase, oltre all'identificazione della coppia madre-neonato secondo le procedure aziendali vigenti è necessario che il pediatra/neonatologo acquisisca le informazioni cliniche e anamnestiche del caso dagli operatori che hanno seguito la donna durante il travaglio e il parto e dalla documentazione sanitaria. Le informazioni dovranno riguardare anche il periodo della gravidanza. Lo specialista, inoltre, dovrà valutare i seguenti parametri, di cui dare opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

- Punteggio Apgar superiore a sette al quinto minuto;
- Assenza di malformazioni maggiori;
- Frequenza respiratoria fra 40 e 60 atti/minuto;
- Frequenza cardiaca fra 100 e 180 battiti/minuto;
- Saturazione di ossigeno superiore a 92%;
- Emogasanalisi su sangue arterioso del funicolo;
- Parametri antropometrici al di sopra del decimo percentile.

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.

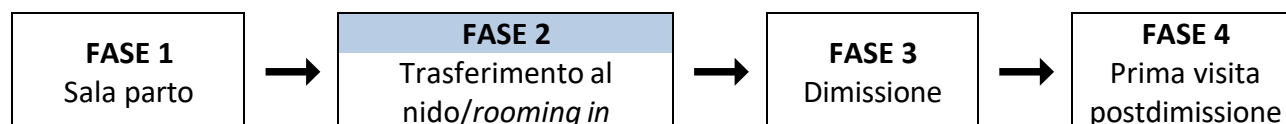
La **FASE 1** del percorso neonatale **si conclude con il trasferimento del neonato al nido/*rooming in*** e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano **disponibili le seguenti evidenze:**

- Punteggio di Apgar
- Frequenza respiratoria
- Frequenza cardiaca
- Saturazione di ossigeno
- Emogasanalisi su sangue arterioso del funicolo (ove eseguita)
- Sintetica descrizione morfobiometrica del neonato

Indicatori minimi di processo suggeriti

- Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti sopra descritti.

11.1 FASE 2 DEL PERCORSO NEONATALE: TRASFERIMENTO AL NIDO e/o al *ROOMING IN*



NB: il tema della sicurezza del neonato in regime di *rooming in* deve far parte delle informazioni trasmesse ai genitori mediante colloqui informativi, in occasione dei corsi di accompagnamento alla nascita, di visite alla sala parto o al momento del ricovero in reparto.

In questa fase è necessario effettuare un esame obiettivo accurato e completo del neonato, di cui andrà data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

- Nascita a termine (fra la 37ma e la 42ma settimana) con peso adeguato all’età gestazionale (superiore al decimo percentile secondo le curve SIN);
- Normale adattamento cardiorespiratorio alla vita extrauterina;
- Stabilità termica;
- Buone capacità nella suzione nutritiva e avvio efficace dell’alimentazione;
- Ittero, se presente, a basso rischio;
- Emissione registrata di meconio e urine.

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, è possibile passare alla fase successiva.



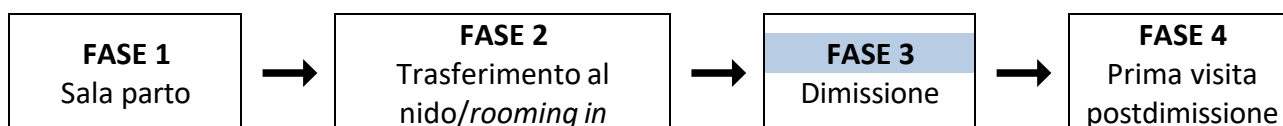
La **FASE 2** del percorso neonatale **si conclude con la dimissione** e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano **disponibili le seguenti evidenze**:

- Parametri vitali
- Valori relativi all'andamento ponderale del neonato
- Registrazione emissione di meconio e urine
- *Screening* per malattie metaboliche dopo 48 ore dalla nascita

Indicatori minimi di processo suggeriti

- Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti sopra indicati

11.2 FASE 3 DEL PERCORSO NEONATALE: DIMISSIONE



In questa fase, accertata la permanenza dei 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:

- Valutazione della bilirubina in occasione del prelievo di sangue effettuato per gli *screening* praticati in seconda-terza giornata;
- Saturimetria pre- e post-duttale per lo *screening* delle cardiopatie congenite;
- Promozione dell'allattamento materno;
- 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;
- Raccomandazioni per la promozione di ambiente sicuro per il sonno;
- Informazioni sul calendario vaccinale;
- Informazioni sulla possibile integrazione vitaminica (ad esempio: vitamine D e K);
- Indicazioni per la prevenzione della displasia evolutiva dell'anca;
- 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**:

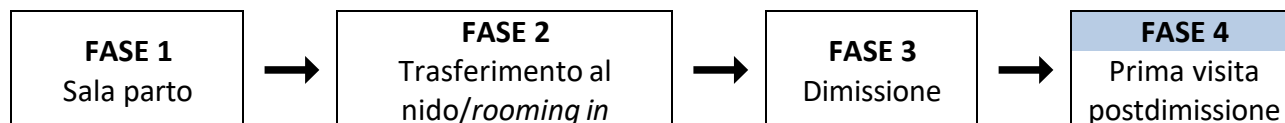
- Informazione della madre sull'allattamento esclusivo, sulle raccomandazioni igienico sanitarie valide per la madre e il neonato e recapito telefonico per eventuali consultazioni con i sanitari negli orari stabiliti

Indicatori minimi di processo suggeriti

- Evidenza nella documentazione sanitaria dell'avvenuta informazione della madre.



11.3 FASE 4 DEL PERCORSO NEONATALE: PRIMA VISITA POST DIMISSIONE



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

In questa fase è necessaria la valutazione dei seguenti parametri, di cui andrà data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

- Rilievo dei dati antropometrici;
- Rilievo dell'incremento ponderale;
- Rilievo delle condizioni generali del neonato (colorito, attività cardiaca, segni neurologici, stato dell'idratazione), oltre che di tutte le condizioni potenzialmente interferenti con la creazione di un normale rapporto fra la madre e il neonato.

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 specificità cliniche, del *setting* assistenziale e delle evidenze scientifiche.

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

La **FASE 4** del percorso neonatale **si conclude con l'esecuzione della prima visita ambulatoriale post-dimissione** e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano **disponibili le seguenti evidenze**:

- Esame obiettivo completo del neonato
- Esplicitazione presenza/assenza di condizioni problematiche nella relazione madre-neonato

Indicatori minimi di processo suggeriti

Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti sopra indicati.

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2026
		Edizione: I ^a
		Pag. 27 di 43

12.0 SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA (ES), ATTIVAZIONE DEL PROTOCOLLO DI MONITORAGGIO ES E DEL SISTEMA DI SORVEGLIANZA REGIONE CAMPANIA

La morte neonatale è uno specifico Evento Sentinella (*Morte o grave danno in neonato sano a termine (≥ 37 settimane) non correlata a malattie congenite*) che richiede, da parte della struttura coinvolta, l'adozione degli opportuni strumenti di analisi, l'elaborazione di un piano di miglioramento e la segnalazione al Ministero della Salute al fine di consentire la corretta alimentazione del flusso ministeriale SIMES. Nel caso si verifichi una morte neonatale **la segnalazione va inoltrata tempestivamente alla Direzione Medica di Presidio e alla Struttura Risk Management, che provvederà ad alimentare il flusso SIMES e predisporrà un audit con i professionisti sanitari coinvolti nel percorso assistenziale.**

13.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

FUNZIONE → ATTIVITÀ ↓	Ginecol	Ostet	Infermieri	Direttore UO Gin. /Ost	DMP	UO Neonat /Anest Rianim	Referente struttura sorveglianza MM	UOC R.M.
Valutazione del rischio	R	R	C	C	C	C		
Utilizzo protocolli e percorsi	R	R	R	R	C	R		
Comunicazione Paziente	R	C	C	R		R		
Comunicazione Interprofessionale	C	C	C	C	C	R		
Gestione ed organizzazione equipe	C	C	C	R	C	R		
Compilazione Documentazione Sanitaria	R	R	R	R	R	R		
Segnalazione sentinella	R	R	R	R	R	C		I
Attivazione Protocollo ES	I	I	I	I	I	I		R
Attivazione audit interno con gli operatori					R		R	R
Monitoraggio azioni miglioramento evento sentinella	C	C	C	R	R	R		R

R = Responsabile; C = Coinvolto; I = Informato



14.0 Formazione

Le attività formative relative a competenze specifiche ostetrico-ginecologiche devono essere inserite nel piano formativo aziendale costituendo un supporto all'implementazione dei protocolli clinici e alla gestione dell'emergenza che preveda un training specifico per il personale coinvolto in attività assistenziali in corso di travaglio e parto. È di fondamentale importanza che la formazione del personale per la gestione della donna assistita in emergenza venga prevista nell'ambito dell'aggiornamento continuo di tutto il personale coinvolto. Andrebbero organizzati audit sistematici e documentati mediante metodologie che permettano di confrontare le procedure assistenziali a degli standard riconosciuti al fine di valutarne l'appropriatezza e migliorare l'assistenza.

15.0 Monitoraggio e Valutazione

Il monitoraggio del processo è fondamentale per la determinazione del miglioramento continuo dello stesso. A tal fine vengono preliminarmente individuati i seguenti indicatori:

<u>INDICATORI</u>
➤ N. Morti Materne/Anno
➤ N. annuo di gravidanze a rischio pervenute al PS / Totale annuo donne gravide pervenute al PS
➤ N. di reinterventi/Totale dei TC anno

16.0 Diffusione

Il presente documento e la delibera di adozione sono disponibili sul portale aziendale sezione intranet, nella pagina dedicata a **GESTIONE RISCHIO CLINICO – PROCEDURE RIFERITE ALLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI**

La UOC Gestione Rischio Clinico diffonde la procedura con trasmissione di una copia elettronica alle strutture interessate attraverso delibera del Direttore Generale pubblicata sul sito aziendale e attraverso la piattaforma TaleteWeb.

Il Direttore del Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino assicura la diffusione del documento alle strutture di propria competenza ed effettua il monitoraggio della piena implementazione della procedura in tutte le UU.OO.

I Direttori di UU.OO. assicurano la diffusione del documento agli operatori interessati e la verifica della corretta applicazione della stessa.

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2026
		Edizione: I ^a
		Pag. 30 di 43

17.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

- Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG), Documento 17 - *Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto* (2008).
- SNLG Documento n. 19 - *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole* - Prima parte (2010).
- SNLG Documento n. 20 - *Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati* (2011).
- SNLG Documento n. 21 - *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole* - Seconda parte (2011).
- SNLG Linea Guida n. 20 - *Gravidanza Fisiologica* (2011).
- Linee Guida Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – SIGO (2010).
- Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio (2014).
- Royal College of Obstetrician & Gynaecologists: *Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium*. Green-Top Guideline No. 37a (2015).
- *Dimissione del neonato*. Documento della task force della Società Italiana di Neonatologia (2017).
- *Percorso nascita: Parto e puerperio - Assistenza al travaglio - Assistenza al parto a basso rischio*. Regione Emilia-Romagna (2008)
- *Istruzioni per la compilazione del cartogramma*. Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi – Firenze, Regione Toscana (2010).
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) - *Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico*. Linee Guida Nazionali di riferimento, Ministero della Salute (2004).
- UNICEF Italia - *Standard per le buone pratiche per gli ospedali*. Roma (2012).
- Ministero della Salute: *Raccomandazione n. 6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto* (2008).
- Ministero della Salute: *Raccomandazione n.16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita* (2014).
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 84: *Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism*. Obstet Gynecol 2007; 110: 429-40.
- Geerts WH et al. American College of Chest Physicians. *Prevention of Venous Thromboembolism*. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008; 133: S381-454.
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium*. Green-Top Guidelines n. 37, 2009.
- Raccomandazioni SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: *Cardiotocografia Ante Partum* (2021).
- <https://www.nhs.uk/conditions/baby/newborn-screening/physical-examination>
- <https://link.springer.com/article/10.1186/1824-7288-40-11>
- Romagnoli C, Barone G, Pratesi S, Raimondi E, Capasso L, Zecca E, Dani C, Task Force for Hyperbilirubinemia of the Italian Society of Neonatology. Italian guidelines for management and treatment of hyperbilirubinemia of newborn infant ≥ 35 weeks' gestational age. Italian J Pediatric. 2014;31(40):11.
- Tavolo Tecnico Linee di indirizzo Prevenzione Mortalità Materna: 2017_09_prevenzione_complicanze_in_gravidanza.pdf <https://share.google/Lq2KFSgBtKoxYFfZ3>

	Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino Sicurezza dei pazienti e gestione Rischio Clinico	Documentazione:
		Data emissione: 24/07/2026
		Edizione: I ^a
		Pag. 31 di 43

18.0 ALLEGATI

NB: gli allegati potranno essere adattati in relazione alle specificità organizzative locali, ma nel rispetto dei contenuti minimi previsti da questo documento.

Allegato 1 - *Scheda anamnestica e monitoraggio cardiotocografico*

Allegato 2 - *Scheda valutazione rischio travaglio/parto*

Allegato 3 - *Scheda valutazione e monitoraggio post-partum*

Allegato 4 - *Informativa parto con taglio cesareo in elezione*

Allegato 5- *Schema Audit Morte Materna o Grave Danno*

Allegato 6 - *Schema Audit Morte o Grave Danno Neonatale*

Allegato 7- *Diagramma di flusso uso MEOWS*

Allegato 8- *Scheda per il sistema di monitoraggio e allerta*

Allegato 1 – **Scheda anamnestica e monitoraggio cardiocotografico**

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

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

CTG NON IN TRAVAGLIO (NST)						
FC BASELE (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 ☐ 40 minuti se non sono presenti accelerazioni	☐ REATTIVO ☐ 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				
CRITERI CLASSIFICAZIONE		LINEA DI BASE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	DECELERAZIONI
☐	TIPO 1	☐ 110 – 160	☐ ± 5/25 rispetto alla linea di base	☐ Nessuna decelerazione ripetitiva*
☐	TIPO 2	☐ Assenza di almeno uno dei parametri di normalità del TIPO 1 ma senza nessun segno patologico del TIPO 3		
☐	TIPO 3	☐ <100	☐ <5 per un tempo ≥50 minuti ☐ >15 per un tempo ≥30 minuti ☐ 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 ☐ Una decelerazione prolungata per un tempo >5min

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

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

Allegato 2 - 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	☐ SÌ	☐ NO	
Età materna >16 o <40 anni	☐ SÌ	☐ NO	
Parità <4	☐ SÌ	☐ NO	
Feto singolo in presentazione cefalica	☐ SÌ	☐ NO	
Peso fetale stimato ecograficamente >2500 e <4500 g	☐ SÌ	☐ NO	
Assenza di patologia fetale nota	☐ SÌ	☐ NO	
Assenza di alterazioni della crescita fetale	☐ SÌ	☐ NO	
Placenta normalmente inserita	☐ SÌ	☐ NO	
Liquido amniotico in normale quantità (valutazione ecografica della TMV): assenza di oligoamnios (TMV <30mm), assenza di polidramnios (TMV >80 mm)	☐ SÌ	☐ NO	
Membrane integre o PROM < 24 con liquido limpido	☐ SÌ	☐ NO	
Temperatura corporea <38°C	☐ SÌ	☐ NO	
Assenza di patologie materne (es.: diabete, pre-eclampsia, ipertensione arteriosa, ipertiroidismo, ipotiroidismo non controllato)	☐ SÌ	☐ NO	
Assenza di infezione materna TORCH, lue, HIV	☐ SÌ	☐ NO	
Assenza di isoimmunizzazione da Rh	☐ SÌ	☐ NO	
Assenza di barriera linguistica	☐ SÌ	☐ NO	
ANAMNESI OSTETRICA REMOTA			
Assenza di pregresse patologie ostetriche (morte fetale/neonatale, grave disabilità neonatale, distocia di spalla, poliabortività)	☐ SÌ	☐ NO	
Aborti spontanei <3	☐ SÌ	☐ NO	
Assenza di pregressa chirurgia uterina (miomectomia, resezione setto uterino)	☐ SÌ	☐ NO	
ANAMNESI PATOLOGICA			
BMI pregravidico >18 o <35	☐ SÌ	☐ NO	
Assenza di patologie renali con proteinuria >20 mg/dL e/o batteriuria > 100.000 UFC	☐ SÌ	☐ NO	
Emoglobina >9 g/dL in emocromo con data inferiore a 30 giorni	☐ SÌ	☐ NO	
Assenza di patologie materne pre-gestazionali degne di nota	☐ SÌ	☐ NO	
Assenza di abuso di sostanze psicotrope	☐ SÌ	☐ NO	
CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO/PARTO			
☐ BASSO RISCHIO (Tutti i criteri sono soddisfatti)		☐ ALTO RISCHIO (Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto)	
La paziente viene inviata in:		☐ Blocco travaglio/parto ☐ Reparto di degenza	
Alle ore (HH:MM)	__:__	La paziente è affidata a:	Nominativo operatore: Qualifica ☐ OSTETRICA ☐ MEDICO
TIMBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE		TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE	
TIMBRO E FIRMA DELL'OPERATORE PER PRESA IN CARICO DELLA PAZIENTE			

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

Allegato 3 - 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	☐ Spontaneo ☐ TC in urgenza ☐ TC in elezione ☐ Vacuum		

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

Allegato 4 - Informativa parto con taglio cesareo in elezione

Gentile Signora,

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

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

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

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

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

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



Allegato 5- Schema Audit Morte Materna o Grave Danno

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

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

SEZIONE C – CAUSE DIRETTE DELLA MORTE O DEL GRAVE DANNO	
☐ Patologia trombotica/embolica	☐ Sepsì
☐ Emorragia ostetrica grave	☐ Pre-eclampsia e/o HELLP syndrome
☐ Problemi psichiatrici e/o sociali	☐ Altre cause ostetriche, mediche o chirurgiche (specificare nelle note)



Note:

SEZIONE D – ANALISI CRONOLOGICA

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

Successione degli eventi	Fattori contribuenti individuati	Azioni di miglioramento

Note:

SEZIONE E – CONCLUSIONI

Allegato 6 - *Schema Audit Morte o Grave Danno Neonatale*

SEZIONE A – DATI DELLA MADRE, DEL NEONATO E DI EVENTUALI PRECEDENTI	
Cognome e Nome della madre	
Data di nascita della madre (GG/MM/AAAA)	
Data e ora di nascita del neonato (GG/MM/AAAA - HH:MM)	
Data e ora di morte del neonato (GG/MM/AAAA - HH:MM) ovvero Data di riscontro del grave danno (GG/MM/AAAA)	
Precedenti gravidanze e descrizione fisiologia/patologia di precedenti nati (Se noti. Se non noti indicare i motivi per cui non è possibile raccogliere le informazioni)	

SEZIONE B – CHECK DEI REQUISITI DI BASE DELLE FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE	
1. È documentata l'attribuzione della classe di rischio del travaglio / parto? ☐ Sì ☐ No	Note:
2. Vi è evidenza della corretta trasmissione di informazioni anamnestiche tra ginecologi e neonatologi? ☐ Sì ☐ No	Note:
3. La prima valutazione neonatologica riporta le seguenti evidenze? - Punteggio di Apgar - Frequenza respiratoria - Sintetica descrizione morfobiometrica del neonato ☐ Sì ☐ No	Note:
4. Durante la permanenza nel reparto di Nipologia vi è evidenza di valutazione dei seguenti elementi di giudizio clinico assistenziale? - Parametri vitali - Andamento ponderale - Emissione di meconio e urine - Screening malattie metaboliche	Note:

☐ Sì
☐ No

SEZIONE C – CAUSE DIRETTE DELLA MORTE O DEL GRAVE DANNO

SEZIONE D – ANALISI CRONOLOGICA

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

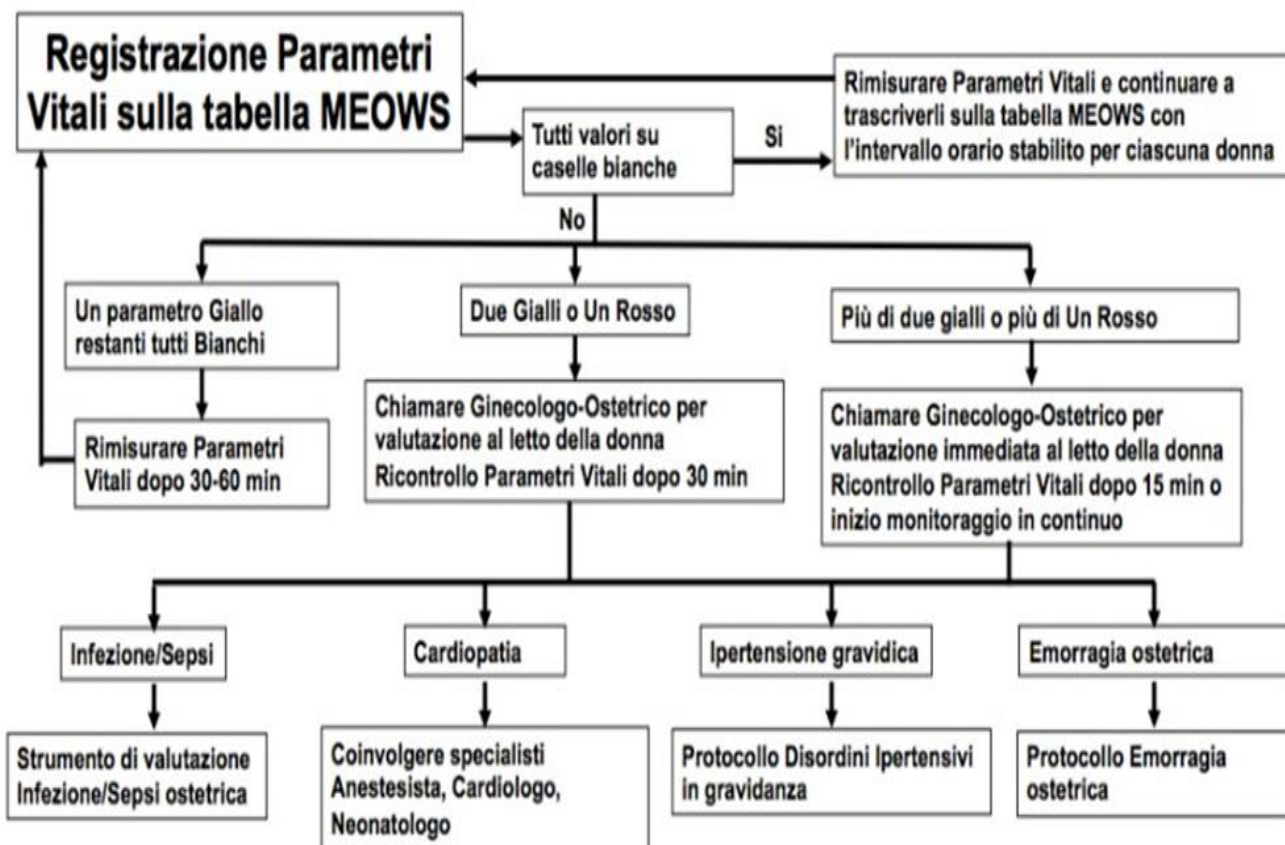
Successione degli eventi	Fattori contribuenti individuati	Azioni di miglioramento

Note:

SEZIONE E – CONCLUSIONI



Diagramma di flusso uso MEOVS



A

Allegato 7 – **Diagramma di flusso uso MEOVS**

[illegible]

Allegato 8 – Scheda per il sistema di monitoraggio e allerta della emorragia post-partum