

## **Regione Lazio**

### **DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

#### **Atti dirigenziali di Gestione**

Determinazione 10 novembre 2025, n. G14850

Adozione della seconda revisione del "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", di cui alla Determinazione n. G09765 del 31 luglio 2018.

**OGGETTO:** Adozione della seconda revisione del “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”, di cui alla Determinazione n. G09765 del 31 luglio 2018.

**IL DIRETTORE DELLA DIREZIONE REGIONALE  
SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIOSANITARIA**

**VISTA** la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l’istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

**VISTO** il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni”;

**VISTA** 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 e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;

**VISTA** la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”;

**VISTO** il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTA** la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

**VISTA** la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la “Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

**VISTA** la D.G.R. 24 aprile 2018, n. 203 avente ad oggetto: “Modifiche al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 “Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni e integrazioni” ed in particolare l’art. 4 che prevede l’istituzione della Direzione Regionale “Salute e Integrazione Sociosanitaria”;

**VISTA** la deliberazione della Giunta regionale del 25 maggio 2023, n. 234 con la quale è stato conferito l’incarico di Direttore della Direzione Regionale Salute ed Integrazione Sociosanitaria al dott. Andrea Urbani;

**VISTO** il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l’organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive modificazioni ed integrazioni;

**VISTA** la Legge 8 marzo 2017, n. 24 recante “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;

**CONSIDERATO** che all’art. 2, comma 4 la suddetta Legge stabilisce che “in ogni regione è istituito, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, il Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente”;

**VISTA** la Determinazione n. G16829 del 06 dicembre 2017 recante “Istituzione Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) ai sensi della L. 24/2017”;

**VISTA** la Determinazione n. G09765 del 31 luglio 2028: “Revisione del “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”. - approvato con det. n. G.14075 del 05/10/2017”;

**VISTA** la Determinazione n. G13402 del 16 ottobre 2025 recante “Rinnovo composizione e mandato del Centro Regionale Rischio Clinico”;

**VISTE** le Raccomandazioni del Ministero della Salute n. 6 per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o al parto, e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi;

**RITENUTO** opportuno aggiornare il citato documento approvato con determinazione n. G09765/2018, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, in un’ottica di miglioramento continuo della qualità documentale;

**VISTA** la seconda revisione del “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” elaborata dal CRRC;

**RITENUTO** di approvare la seconda revisione del “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”, allegato parte integrante e sostanziale del presente atto, e che sostituisce integralmente il documento precedente, di cui alla determinazione n. G09765 del 31 luglio 2018;

## DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa, che formano parte integrante del presente provvedimento:

1. di approvare la seconda revisione del “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”, allegato parte integrante del presente provvedimento, e che sostituisce integralmente il documento precedente, di cui alla determinazione n. n. G09765 del 31 luglio 2018;
2. di stabilire che tutte le strutture sanitarie pubbliche e private del Servizio Sanitario Regionale che erogano assistenza alle donne in travaglio-parto e ai loro neonati, dovranno attenersi a quanto previsto dal suddetto documento, adottando specifica procedura, ove non sia già presente, ovvero revisionando quelle esistenti in conformità ai contenuti minimi del sopra citato documento di indirizzo entro il 31/01/2026.

Il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio regionale.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale al Tribunale Amministrativo Regionale da presentarsi entro 60 (sessanta) giorni dalla notifica, ovvero, in via alternativa, al Presidente della Repubblica entro 120 (centoventi) giorni.

IL DIRETTORE  
Andrea Urbani



REGIONE  
LAZIO

**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



CENTRO REGIONALE  
RISCHIO CLINICO

**Revisione del documento a cura di:**

*Anna Santa Guzzo<sup>1</sup>; Marco Calcagno<sup>2</sup>; Maria Giovanna Colella<sup>2</sup>; Maria Teresa Conti<sup>3</sup>; Emanuela D'Achille<sup>4</sup>; Maria Cristina D'Angelo<sup>4</sup>; Laura Ligi<sup>2</sup>; Luca Maggio<sup>5</sup>; Francesco Maneschi<sup>3</sup>; Marina Marceca<sup>2</sup>; Emanuela Marinoni<sup>2</sup>; Luciana Moschettini<sup>2</sup>; Herbert Valensise<sup>6</sup>; Valeria Tromba<sup>7</sup>; Giuseppe Rizzo<sup>7,8</sup>; Giuseppe Sabatelli<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup>*Centro Regionale Rischio Clinico Lazio; <sup>2</sup>ASL Roma 1; <sup>3</sup>AO San Giovanni Addolorato; <sup>4</sup>ASL Viterbo; <sup>5</sup>AO San Camillo Forlanini; <sup>6</sup>Università Tor Vergata; <sup>7</sup>AOU Policlinico Umberto I; <sup>8</sup>Università La Sapienza.*

**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**

## INDICE

1.0	Introduzione e razionale dell'attività .....	4
2.0	Ambiti di applicazione .....	5
3.0	Definizioni e acronimi .....	5
4.0	Modello teorico di riferimento .....	6
RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 6 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO		7
5.0	FASE 1: Accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio .....	8
PERCORSO A – GESTIONE DEL PARTO A BASSO RISCHIO		11
6.0	FASE 2 del parto a basso rischio: Gestione travaglio/parto .....	11
7.0	FASE 3 del parto a basso rischio: Post-partum .....	14
PERCORSO B – GESTIONE DEL PARTO AD ALTO RISCHIO		15
8.0	FASE 2 del parto ad alto rischio: Gestione travaglio/parto .....	16
8.1	<i>Il taglio cesareo (TC)</i> .....	16
8.1.1	Classificazione del TC .....	16
8.2	<i>Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio</i> .....	17
8.2.1	Tricotomia area sovra pubica .....	17
8.2.2	Antibioticoprofilassi perioperatoria .....	17
8.3	<i>Prevenzione del rischio tromboembolico</i> .....	18
8.4	<i>Anestesia e organizzazione dell'intervento chirurgico</i> .....	19
9.0	FASE 3 del parto ad alto rischio: Post-partum .....	20
10.0	Segnalazione evento sentinella e alimentazione Sires .....	21
RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 16 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI		22
11.0	FASE 1 del percorso neonatale: Sala parto .....	22
12.0	FASE 2 del percorso neonatale: Trasferimento al nido/rooming in .....	23
13.0	FASE 3 del percorso neonatale: Dimissione .....	24
14.0	FASE 4 del percorso neonatale: Prima visita post-dimissione .....	25
15.0	Segnalazione evento sentinella e alimentazione Sires .....	25
16.0	Riferimenti bibliografici e normativi .....	26
17.0	Allegati .....	27

### **MODIFICHE INTRODOTTE CON LA REVISIONE DEL DOCUMENTO**

Oltre alla correzione di errori e refusi, le modifiche principali introdotte sono le seguenti:

- Nuova denominazione degli eventi sentinella secondo il nuovo protocollo ministeriale;
- Modifica del capitolo 3.0 DEFINIZIONI E ACRONIMI;
- Modifiche del capitolo 5.0 relativamente al Triage ostetrico e alla Visita di accettazione e modifica delle tabelle;
- Modifica titolo capitoli 10.0 e 15.0;
- Creazione del capitolo 17 ALLEGATI;
- Revisione degli allegati 1, 2 e 3.

## 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 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).

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 cardiotocografico, 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 inappropriatezze.

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

**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.**

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

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

## 2.0 AMBITI DI APPLICAZIONE

<b>A CHI</b>	Il documento è rivolto a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza, in travaglio-parto e dei loro neonati.
<b>DOVE</b>	Il documento interessa tutte le strutture pubbliche e private erogatrici di assistenza alle donne in gravidanza, in travaglio-parto e ai loro neonati.
<b>PER CHI</b>	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.

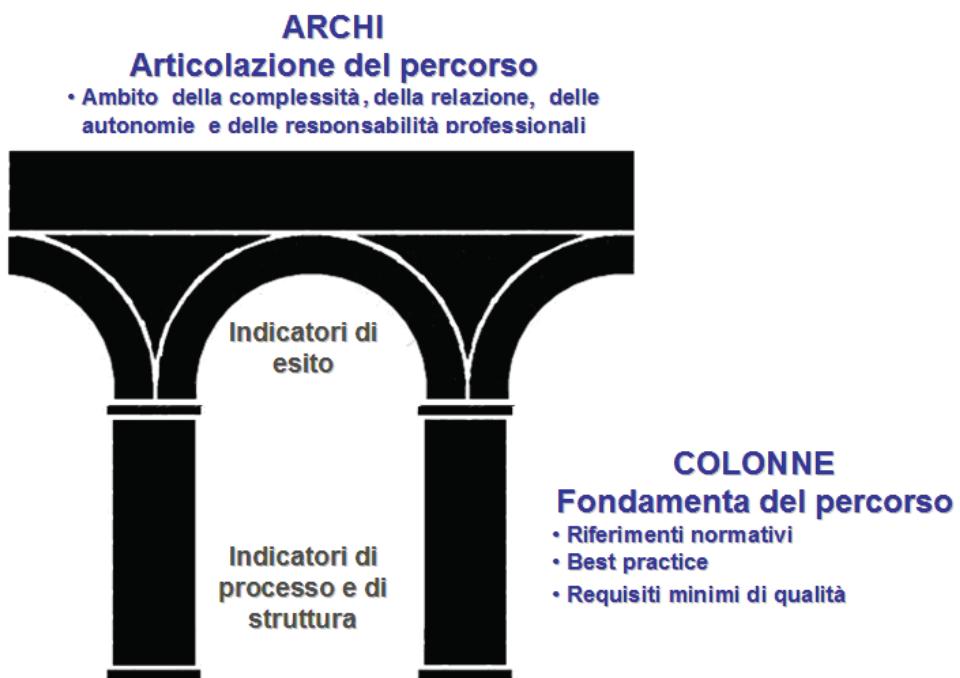
## 3.0 DEFINIZIONI E ACRONIMI

<b>BCF</b>	Battito Cardiaco Fetale
<b>BMI</b>	<i>Body Mass Index</i> (indice di massa corporea)
<b>BPM</b>	Battiti Per Minuto
<b>CTG</b>	Cardiotocogramma/Cardiotocografia
<b>DDI</b>	<i>Decision to Delivery Interval</i> (intervallo temporale tra la decisione clinica e la nascita)
<b>EBPM</b>	Eparina a Basso Peso Molecolare
<b>GBS</b>	Streptococco beta-emolitico di gruppo B
<b>HELLP</b>	<i>Hemolysis, Elevated Liver enzymes and Low Platelets</i> (emolisi, enzimi epatici elevati e piastrine basse)
<b>HIV</b>	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
<b>IUGR</b>	<i>Intrauterine Growth Restriction</i> (ritardo di crescita intrauterina)
<b>MAF</b>	Movimenti Attivi Fetalni
<b>Morte materna</b>	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.
<b>Morte neonatale o disabilità permanente</b>	Morte neonatale o disabilità permanente non correlata a condizione congenita in neonato di peso superiore a 2.500 grammi.
<b>NST</b>	<i>Non Stress Test</i>
<b>PN</b>	Punto Nascita
<b>PROM</b>	<i>Premature Rupture Of Membranes</i> (rottura prematura delle membrane)
<b>RPS</b>	Rapporto Pronto Soccorso
<b>SDO</b>	Scheda di Dimissione Ospedaliera
<b>SIMES</b>	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità
<b>SIRES</b>	Sistema Regionale di Segnalazione
<b>SSC</b>	<i>Skin to Skin Contact</i> (contatto pelle a pelle)
<b>TEV</b>	Tromboembolismo Venoso
<b>TMV</b>	Tasca Massima Verticale
<b>TORCH</b>	Toxoplasma, Others (altre infezioni, come sifilide, HIV, epatite B, parvovirus B19, ecc.), Rosolia, Citomegalovirus e Herpes simplex.
<b>UFC</b>	Unità Formanti Colonie

## 4.0 MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO

Per la redazione del documento è stato adottato il modello dell'acquedotto romano, composto da colonne e archi, come di seguito definiti:

- **Colonne:** rappresentano le attività di cui bisogna obbligatoriamente produrre evidenza nella documentazione sanitaria, in tutti i contesti organizzativi che erogano assistenza alle donne in gravidanza, in travaglio-parto e ai loro neonati;
- **Archi:** rappresentano gli ambiti di autonomia professionale degli operatori coinvolti nel percorso nascita, in coerenza sia a criteri di individualizzazione e personalizzazione delle cure che alla diversificazione clinica dei singoli casi trattati. Tale autonomia, tuttavia, non può derogare a quanto stabilito dalle “colonne”.



Analogamente a quanto accade per ogni processo clinico-assistenziale, anche per il percorso nascita è possibile individuare tre categorie di indicatori di monitoraggio di sistema:

- **Indicatori di esito:** indicatori correlati a cosa ho prodotto;
- **Indicatori di processo:** indicatori correlati alle evidenze di corretta implementazione dei requisiti di struttura, tecnologici e procedurali (come ho prodotto);
- **Indicatori di struttura:** indicatori con evidenze del rispetto dei requisiti di struttura, tecnologici e procedurali (con cosa ho prodotto).

Alla luce del modello teorico di riferimento prescelto, questo documento si è limitato a suggerire per ogni fase (colonna) individuata, un set minimo di indicatori di processo ritenuti indispensabili per esplicitare il rispetto dei *test point* prescelti. Nel rispetto dell'autonomia delle singole strutture, tali indicatori potranno essere integrati in relazione alle specifiche articolazioni organizzative, purché venga data evidenza del rispetto dei requisiti minimi previsti per ogni fase.

# RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 6 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

Applicando il modello teorico di riferimento descritto nel capitolo 4, sono stati individuati i requisiti di sicurezza minimi cogenti del parto a basso rischio e di quello chirurgico nelle seguenti fasi (corrispondenti alle colonne del modello):

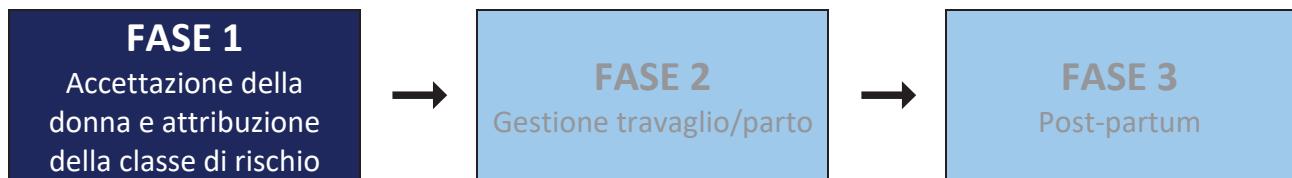


La FASE 1 e la FASE 3 sono comuni al parto a basso e ad alto rischio, mentre la FASE 2 riconosce attività specifiche per le due fattispecie.

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

## 5.0 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

- **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*. Nelle strutture in cui non sia attivo un PS ostetrico o un'accettazione ostetrica, si raccomanda la realizzazione di percorsi interni che garantiscono la tempestiva presa in carico della gestante da parte dell'ostetrica e degli specialisti, per il tramite della definizione di fast track o di altre idonee misure. 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 bpm<sup>3</sup>, 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<sup>4</sup>: NST (Non Stress Test)**

FC BASALE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	MAF	ACCELERAZIONI*	DECCELERAZIONI	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 <i>oppure</i> 40 minuti se non sono presenti accelerazioni	<b>REATTIVO</b> <i>oppure</i> <b>NON REATTIVO</b>

\*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<sup>5</sup>.

**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<sup>6</sup>**

TIPO	FC BASALE (bpm)	VARIABILITÀ (bpm)	DECCELERAZIONI	INTERPRETAZIONE	GESTIONE CLINICA
<b>1</b>	110-160	±5/25 bpm rispetto alla linea di base	Nessuna decelerazione ripetitiva*	Assenza di ipossia/acidosi fetale	Nessun intervento
<b>2</b>		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
<b>3</b>	<100	<5 per un tempo ≥50 min. <i>oppure</i> >15 per un tempo ≥30 minuti <i>oppure</i> 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 <i>oppure</i> 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.

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

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

<sup>5</sup> 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: Chandrahara 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.

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

- 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.

<b>Tabella 3 – Criteri per la classificazione della classe di rischio al momento del ricovero</b>	
<b>ANAMNESI OSTETRICA ATTUALE</b>	
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 $<30$ mm), assenza di polidramnios (TMV $>80$ mm)	Membrane integre o PROM $<24$ h con liquido limpido - Temperatura corporea $<38^{\circ}\text{C}$ - 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
<b>ANAMNESI OSTETRICA REMOTA</b>	<b>ANAMNESI PATOLOGICA</b>
- 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
<b>NB:</b> per poter essere classificato come travaglio/parto a basso rischio, devono essere soddisfatti <b>tutti</b> i criteri sopra elencati.	

<p>La <b>FASE 1 si conclude con l'attribuzione della classe di rischio</b> (BASSO/ALTO) e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano <b>disponibili le seguenti evidenze</b>:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Triage ostetrico secondo il TML (per i ricoveri che accedono da PS)</li> <li>2. CTG</li> <li>3. Scheda di attribuzione della classe di rischio sul modello dell'Allegato 2</li> </ol>
---

<p><b>Indicatori di processo minimi suggeriti</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza della scheda di attribuzione della classe di rischio;</li> <li>• Refertazione CTG sul modello dell'Allegato 1;</li> <li>• Compilazione sezione documentale relativa al ricovero ostetrico sul modello dell'Allegato 2.</li> </ul>
---

## PERCORSO A

# GESTIONE DEL PARTO A BASSO RISCHIO

## 6.0 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.

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.

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 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.

**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<sup>A</sup>
- 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<sup>B</sup>

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

<sup>A</sup>Se la CTG è normale per venti minuti, si può proseguire con l'auscultazione intermittente.

<sup>B</sup>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**.

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.

## 7.0 FASE 3 DEL PARTO 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. 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 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 e monitoraggio post partum sul modello dell'Allegato 3

### Indicatori di processo minimi suggeriti

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

## PERCORSO B

### GESTIONE DEL PARTO AD ALTO 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 parto 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 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.

**NB:** Non tutti i parto ad alto rischio esitano nella esecuzione del TC. Tuttavia, in ossequio al modello teorico di riferimento descritto nel capitolo 4, la gestione dei parto ad alto rischio con esito diverso da quello chirurgico rientra in quell'ambito di variabilità clinico-assistenziale che non può essere trattato in maniera esaustiva in un documento di indirizzo o in una procedura locale, rientrando nell'esercizio delle competenze professionali della *equipe* necessarie per la gestione del singolo caso, elementi propri degli "archi" dell'acquedotto. Pertanto, nel prosieguo del documento, si farà riferimento esclusivamente ai parto ad alto rischio che esitano con l'esecuzione del taglio cesareo.

## 8.0 FASE 2 DEL PARTO AD ALTO RISCHIO: GESTIONE TRAVAGLIO/PARTO



### 8.1 Il taglio cesareo (TC)

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"> <li>• Sproporzione feto-pelvica</li> <li>• Macrosomia fetale</li> <li>• Presentazione anomala</li> <li>• Distocia del primo stadio<sup>7</sup></li> <li>• Distocia del secondo stadio<sup>7</sup></li> <li>• Alterazioni del benessere fetale</li> <li>• Placenta previa</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Distacco intempestivo della placenta</li> <li>• Prolasso del cordone ombelicale</li> <li>• Patologie materne (es. infezione da HIV, cardiopatia, lussazione congenita dell'anca)</li> <li>• Pregresso TC in casi di indicazione ricorrente e/o dopo eventuale fallimento del travaglio di prova</li> </ul> |
|--|---|

#### 8.1.1 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

<sup>7</sup> 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 <sup>8</sup>	
<b>CODICE BIANCO</b> Cesareo in ELEZIONE (Categoria 4 NICE)	Parto da inserire nella lista operatoria in base alle disponibilità del punto nascita.
<b>CODICE VERDE</b> Cesareo in URGENZA DIFFERIBILE (Categoria 3 NICE)	Assenza di compromissione delle condizioni materne e/o fetali, ma necessità di anticipare il parto.
<b>CODICE GIALLO</b> Cesareo in URGENZA (Categoria 2 NICE)	Compromissione delle condizioni materne e/o fetali che non costituisce un immediato pericolo di vita. <b>DDI &lt; 75 minuti</b>
<b>CODICE ROSSO</b> 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, prolusso di funicolo, ipossia fetale, bradicardia fetale persistente) <b>DDI &lt; 30 min</b>

**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.

## 8.2 Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio

### 8.2.1 *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.

### 8.2.2 *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. Un uso inappropriato di tale profilassi, tuttavia, può causare un aumento delle antibioticoresistenze.

<sup>8</sup> 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**<sup>9</sup>. 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.

### 8.3 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) <sup>10</sup>		
FATTORI DI RISCHIO	CLASSIFICAZIONE	PROFILASSI
<ul style="list-style-type: none"> <li>Precedente episodio tromboembolico</li> <li>Trombofilia ad alto<sup>A</sup> o basso rischio<sup>B</sup></li> <li>Ogni indicazione alla profilassi prenatale</li> </ul>	≥ 1 FATTORE RISCHIO ALTO	EBPM PER 6 SETTIMANE
<ul style="list-style-type: none"> <li>Taglio cesareo in travaglio</li> <li>BMI ≥ 40</li> <li>Ricovero prolungato in puerperio (&gt; 3 giorni)</li> <li>Procedure chirurgiche in puerperio (esclusa lacerazione)</li> <li>Patologie croniche concomitanti<sup>C</sup></li> </ul>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <span>≥ 3 FATTORE RISCHIO ALTO</span> <span>EBPM PER 6 SETTIMANE</span> </div>	
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <span>&lt; 3 FATTORE RISCHIO MEDIO</span> <span>EBPM PER 10 GIORNI</span> </div>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>Età &gt; 35 anni</li> <li>BMI ≥ 30</li> <li>Parità &gt;3</li> <li>Fumo</li> <li>Taglio cesareo elettivo</li> <li>Storia familiare (in parenti di primo grado)<sup>D</sup></li> <li>Varici voluminose</li> <li>Infezioni sistemiche</li> <li>Immobilità (&gt; 3 giorni a letto)</li> <li>Preeclampsia</li> <li>Gravidanza multipla</li> <li>Parto pretermine (&lt; 37 settimane)</li> <li>Nato morto</li> <li>Parti operativi rotazionali o allo scavo medio</li> <li>Travaglio prolungato &gt; 24 ore</li> <li>Emorragia post partum (&gt; 1 L) o trasfusione</li> </ul>	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <span>≥ 2 FATTORE RISCHIO MEDIO</span> <span>EBPM PER 10 GIORNI</span> </div>	
	<div style="display: flex; align-items: center; justify-content: space-between;"> <span>1 FATTORE RISCHIO BASSO</span> <span>NESSUNA</span> </div>	

<sup>A</sup>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).

<sup>B</sup>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).

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

<sup>D</sup>Storia familiare: episodio tromboembolico in un parente di primo grado, idiopatiche, in gravidanza/puerperio o in corso di contraccuzione.

<sup>9</sup> Linee Guida ACOG, RCOG.

<sup>10</sup> LG Ministero Salute Emorragia post-partum 2016 [https://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/SNLG\\_EPP-2016web\\_corrige.pdf](https://www.epicentro.iss.it/itoss/pdf/SNLG_EPP-2016web_corrige.pdf); RCOG: Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium, 2015 <https://www.rcog.org.uk/media/wj2lpc05/gtg-37b-1.pdf>.

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 tromboprofilassi 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

#### 8.4 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 anestesiologico.

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.

## 9.0 FASE 3 DEL PARTO AD ALTO 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**. 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.

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 sul modello dell'Allegato 3

### Indicatori di processo suggeriti

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

## 10.0 SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA E ALIMENTAZIONE SIRES

La Regione Lazio partecipa dal 2003 al sistema di sorveglianza della mortalità materna istituito dall'Istituto Superiore di Sanità che prevede l'alimentazione di un flusso di segnalazione specifico per il tramite della rete dei Referenti per le morti materne a livello di struttura e regionale.

Tuttavia, 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* sul modello dell'Allegato 5 (*Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte Materna o grave danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto e entro 42 giorni dal termine della gravidanza*) e inviarla alla UO Risk Management;
6. Predisporre, a cura del responsabile della UO Risk Management, gli strumenti di *risk analysis* più idonei al caso. L'Allegato 6 (*Schema Audit Morte Materna*) rappresenta una guida per la conduzione di un Audit di GRC, focalizzata sulla individuazione dei fattori contribuenti e la predisposizione di un piano di miglioramento.

# RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N. 16 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI

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 (le colonne del modello ad “acquedotto romano”) 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.

## 11.0 FASE 1 DEL PERCORSO NEONATALE: SALA PARTO



In questa fase, oltre all’identificazione della coppia madre-neonato secondo le procedure locali vigenti e sulla base del *Documento di indirizzo per la corretta classificazione della persona assistita*, 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, ove possibile, dovrebbero 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 7 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 (ove eseguita);
- 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 specificità 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.

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

#### Indicatori minimi di processo suggeriti

- Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti previsti dal capitolo.

## 12.0 FASE 2 DEL PERCORSO NEONATALE: TRASFERIMENTO AL NIDO/ROOMING IN



**NB:** il tema della sicurezza del neonato in regime di *rooming in* deve far parte delle informazioni trasmesse ai genitori mediante opuscoli e 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 che consenta di valutare i parametri di seguito riportati, di cui andrà data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

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

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

**Indicatori minimi di processo suggeriti**

- Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti previsti dal capitolo.

## 13.0 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:

- 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).

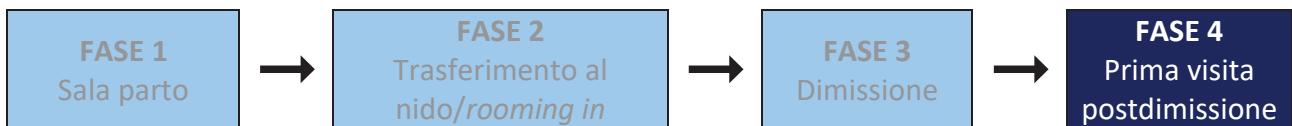
La **FASE 3** del percorso neonatale si conclude con la programmazione della prima visita ambulatoriale post-dimissione e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

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

**Indicatori minimi di processo suggeriti**

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

## 14.0 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**:

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

### Indicatori minimi di processo suggeriti

- Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti previsti dal capitolo.

## 15.0 SEGNALAZIONE EVENTO SENTINELLA E ALIMENTAZIONE SIRES

La morte neonatale è uno specifico Evento Sentinella (*Morte o grave danno in neonato sano a termine ( $\geq 37$  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 sul SIRES, al fine di consentire la corretta alimentazione del flusso ministeriale SIMES. Nel caso si verifichi una morte neonatale occorre pertanto:

1. Garantire la massima attenzione agli 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 il neonato;
4. Acquisire copia integrale della documentazione clinico-assistenziale;
5. Compilare, a cura del responsabile della UO coinvolta, la specifica scheda di *incident reporting* (Allegato 7: *Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte o grave danno in neonato sano*

*a termine ( $\geq 37$  settimane) non correlata a malattie genetiche) ed inviarla alla UO Risk management;*

6. Predisporre, a cura del responsabile della UO Risk Management, gli strumenti di *risk analysis* più idonei al caso. L'Allegato 8 (*Schema Audit Morte o Grave Danno Neonatale*) rappresenta una guida per la conduzione di un Audit di GRC, focalizzata sulla individuazione dei fattori contribuenti e la predisposizione di un piano di miglioramento.

## 16.0 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E NORMATIVI

- Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG), Documento 17 - *Antibioticoprofilassi 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 Tromboembolism 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.
- Manuale Regionale di Triage Intraospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore) DCA n.U00379/2019 revisione 2023 (Determinazione G01369).
- 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  $\geq 35$  weeks' gestational age. Italian J Pediatric. 2014;31(40):11.

## 17.0 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 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 6 - *Schema Audit Morte Materna o Grave Danno*

Allegato 7 - *Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte o Grave Danno in Neonato sano a termine ( $\geq 37$  settimane) non correlata a malattie genetiche*

Allegato 8 - *Schema Audit Morte o Grave Danno Neonatale*

Allegato 1 – *Scheda anamnestica e monitoraggio cardiotocografico*

<b>Cognome e nome della paziente</b>				
<b>Data di nascita</b> (GG/MM/AAAA)	— / — / —	<b>Età gestazionale</b> (settimane)		
<b>PROBLEMI MATERNI RIFERITI</b>				
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				
<b>PROBLEMI FETALI</b>				
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	
<b>RACCOLTA DATI IMPOSSIBILE PER:</b>				
<input type="checkbox"/> Barriera linguistica	<input type="checkbox"/> Paziente non vigile/collaborativa			
<input type="checkbox"/> Deficit neurocognitivi	<input type="checkbox"/> Altro (specificare): .....			
<b>DATA</b> (GG/MM/AAAA)	— / — / —	<b>TIMBRO E FIRMA</b> <b>OPERATORE</b>		

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*	DECCELERAZIONI	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"/> Assentti	<input type="checkbox"/> 20 minuti se sono presenti accelerazioni  <input type="checkbox"/> 40 minuti se non sono presenti accelerazioni	<input type="checkbox"/> <b>REATTIVO</b>  <input type="checkbox"/> <b>NON REATTIVO</b>

\*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)	DECCELERAZIONI
<input type="checkbox"/>	<b>TIPO 1</b>	<input type="checkbox"/> 110 – 160	<input type="checkbox"/> ± 5/25 rispetto alla linea di base	<input type="checkbox"/> Nessuna decelerazione ripetitiva*
<input type="checkbox"/>	<b>TIPO 2</b>	<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"/>	<b>TIPO 3</b>	<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)	__ : __	<b>TIMBRO E FIRMA OSTETRICA</b>	
ORA VALUTAZIONE (HH:MM)	__ : __	<b>TIMBRO E FIRMA MEDICO</b>	

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)	__ : __
<b>CRITERI PER L'ATTRIBUZIONE DELLA CLASSE DI RISCHIO AL RICOVERO</b>			
<b>ANAMNESI OSTETRICA ATTUALE</b>			
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
<b>ANAMNESI OSTETRICA REMOTA</b>			
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
<b>ANAMNESI PATOLOGICA</b>			
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
<b>CLASSIFICAZIONE DEL TRAVAGLIO/PARTO</b>			
<input type="checkbox"/> <b>BASSO RISCHIO</b> (Tutti i criteri sono soddisfatti)		<input type="checkbox"/> <b>ALTO RISCHIO</b> (Anche uno solo dei criteri non è soddisfatto)	
La paziente viene inviata in:		<input type="checkbox"/> Blocco travaglio/parto <input type="checkbox"/> Reparto di degenza	
Alle ore (HH:MM)	__ : __	La paziente è affidata a:	Nominativo operatore: <input type="checkbox"/> OSTETRICA <input type="checkbox"/> MEDICO
<b>TIMBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE</b>		<b>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE</b>	
<b>TIMBRO E FIRMA DELL'OPERATORE PER PRESA IN CARICO DELLA PAZIENTE</b>			

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)	
<b>TIMBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE</b>	<b>TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CHE HA EFFETTUATO LA VALUTAZIONE</b>	

Allegato 3 - *Scheda valutazione e monitoraggio post partum*

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

<b>PARAMETRI E TEMPI DEL MONITORAGGIO</b>					
<b>NB:</b> I tempi vanno calcolati a partire dal termine delle attività relative all'assistenza al parto					
<b>Tempi (min.)</b>	<b>15</b>	<b>30</b>	<b>60</b>	<b>90</b>	<b>120</b>
<b>Parametri</b>					
<b>PA</b> (mmHg)					
<b>FC</b> (bpm)					
<b>FR</b> (atti/min)					
<b>SpO<sub>2</sub></b> (%)					
<b>TC</b> (°C)					
<b>Dolore</b>					
<b>Diuresi</b>	<input type="checkbox"/> Spontanea <input type="checkbox"/> Catetere ml: .....				
<b>Perdite ematiche</b>	<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)
<b>Fondo uterino</b> (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
<b>Globo di sicurezza</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO				
<b>Trombo genito- puerperale</b>	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> NO				
<b>Ferita chirurgica</b> (se presente)	<input type="checkbox"/> Regolare <input type="checkbox"/> Perdite ematiche				
<b>Firma ostetrica</b>					
<b>Ora di termine delle attività relative all'assistenza al parto (HH:MM)</b>					— : —
<b>Data e ora trasferimento in reparto</b> (GG/MM/AAAA) (HH:MM)		— / — / —    — : —			
<b>TIMBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA</b>					

**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 infermieri 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*
- *HIV*
- *TAMPONE VAGINO RETTALE PER STREPTOCOCCO DI GRUPPO B (GBS)*
- *TOXO TEST*
- *CMV*
- *EMOCROMO*
- *ASSETTO COAGULATIVO*
- *COLINESTERASI*
- *AZOTEMIA*
- *TRANSAMINASI*
- *GRUPPO E FATTORE RH*
- *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.*

<b>DATA</b> (GG/MM/AAAA)	— / — / —	<b>TIMBRO E FIRMA</b> <b>OSTETRICA</b>	
<b>Recapito telefonico da contattare per eventuali ulteriori informazioni</b>			

**Allegato 5 - *Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte Materna o Grave Danno occorsi durante la gravidanza, il travaglio e/o parto e entro 42 giorni dal termine della gravidanza***

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**

- Decesso avvenuto durante la gravidanza.  
Età gestazionale del feto (settimane): n. \_\_\_\_\_
- Decesso avvenuto durante o a seguito di parto, aborto spontaneo, IVG o gravidanza ectopica.  
Età gestazionale del feto (settimane): n. \_\_\_\_\_
- 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 anatomo-patologico della placenta o del materiale deciduo-placentare intrauterino

Allegato 6 - *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?	Note:	
<input type="checkbox"/> Sì		
<input type="checkbox"/> No		
2. È documentata l'attribuzione della classe di rischio?	Note:	
<input type="checkbox"/> Sì		
<input type="checkbox"/> No		
3. La gestione dell'esame cardiotocografico è formalmente esplicitata e standardizzata?	Note:	
<input type="checkbox"/> Sì		
<input type="checkbox"/> No		
4. Il partogramma è compilato correttamente?	Note:	
<input type="checkbox"/> Sì		
<input type="checkbox"/> No		
5. È documentato il monitoraggio post-partum?	Note:	
<input type="checkbox"/> Sì		
<input type="checkbox"/> No		

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

Note:

#### SEZIONE D – ANALISI CRONOLOGICA

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

Successione degli eventi	Fattori contribuenti individuati	Azioni di miglioramento

Note:

#### SEZIONE E – CONCLUSIONI

**Allegato 7 - Schema Incident Reporting Evento Sentinella morte o grave danno in neonato sano a termine ( $\geq 37$  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 (A. Morte neonatale o B. Grave danno neonatale)**

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

<b>LUOGO DELL'EVENTO</b>			
<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):		

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

	<b>B) GRAVE DANNO NEONATALE</b>		
<b>GRAVE DANNO COME RIPORTATO NELLA SCHEDA DI DIMITTISSE</b>			

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

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

Allegato 8 - Schema Audit Morte o Grave Danno Neonatale

<b>SEZIONE A – DATI DELLA MADRE, DEL NEONATO E DI EVENTUALI PRECEDENTI</b>	
<b>Cognome e Nome della madre</b>	
<b>Data di nascita della madre</b> (GG/MM/AAAA)	
<b>Data e ora di nascita del neonato</b> (GG/MM/AAAA - HH:MM)	
<b>Data e ora di morte del neonato</b> (GG/MM/AAAA - HH:MM) ovvero <b>Data di riscontro del grave danno</b> (GG/MM/AAAA)	
<b>Precedenti gravidanze e descrizione fisiologia/patologia di precedenti nati</b>  (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

<p>1. È documentata l'attribuzione della classe di rischio del travaglio / parto?</p>	<p>Note:</p>
<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>2. Vi è evidenza della corretta trasmissione di informazioni anamnestiche tra ginecologi e neonatologi?</p>	<p>Note:</p>
<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>3. La prima valutazione neonatologica riporta le seguenti evidenze?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Punteggio di Apgar</li> <li>• Frequenza respiratoria</li> <li>• Sintetica descrizione morfobiometrica del neonato</li> </ul>	<p>Note:</p>
<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>4. Durante la permanenza nel reparto di Nipatalogia vi è evidenza di valutazione dei seguenti elementi di giudizio clinico assistenziale?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Parametri vitali</li> <li>• Andamento ponderale</li> <li>• Emissione di meconio e urine</li> <li>• Screening malattie metaboliche</li> </ul>	<p>Note:</p>
<p><input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No</p>	

**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**