

Regione Lazio

DIREZIONE SALUTE E INTEGRAZIONE SOCIO SANITARIA

Atti dirigenziali di Gestione

Determinazione 2 aprile 2026, n. G04397

Approvazione della revisione del "Piano di Rete del Percorso Nascita", in attuazione del Programma Operativo 2024-2026 (DGR n. 587/2025).

OGGETTO: Approvazione della revisione del “Piano di Rete del Percorso Nascita”, in attuazione del Programma Operativo 2024-2026 (DGR n. 587/2025).

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

SU PROPOSTA del Dirigente dell’Area Rete Ospedaliera e Specialistica;

VISTO lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la Legge Regionale 18 febbraio 2002, n. 6 e successive modifiche ed integrazioni concernente la “*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale*”;

VISTO il regolamento regionale del 6 settembre 2002, n. 1 “*Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale*” e successive modificazioni;

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

VISTO l’Atto di organizzazione n. G17798 del 29 dicembre 2025 di conferimento alla Dott.ssa Eleonora Lo Cascio dell’incarico di dirigente dell’area rete Ospedaliera e Specialistica della Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria, ai sensi del combinato disposto dell’art. 162 e dell’allegato “H” del Regolamento di organizzazione degli Uffici e dei Servizi della Giunta regionale n. 1/2002 e successive modificazioni;

VISTO, per quanto riguarda la normativa statale e regionale in materia sanitaria:

- la Legge 27 dicembre 1978, n. 833 e s.m.i. concernente “*Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale*”;
- il Decreto Legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992 e successive modificazioni ed integrazioni recante: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*”;
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., 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*”;
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15), recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”;
- il DM 70 del 2 aprile 2015: “*Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*”;
- l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano (rep. Atti 209 CSR del 18 dicembre 2019), concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2019 – 2021;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00018 del 20 gennaio 2020, concernente “*Adozione in via definitiva del piano rientro “piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L.191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA U00469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019*”;

- la Deliberazione della Giunta regionale n. 12 del 21 gennaio 2020, avente ad oggetto: “*Presenza d’atto e recepimento del “Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell’art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo”*”, adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00018 del 20.01.2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato “*Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021*”, in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti e ha definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 26 giugno 2020, n. 406, avente ad oggetto “*Presenza d’atto e recepimento del Piano di rientro denominato “Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021”*”, adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell’uscita dal commissariamento;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 29 settembre 2020 n. 661, recante “*Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020*”;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00090 del 10 novembre 2010 concernente: “*Approvazione dei Requisiti minimi autorizzativi per l’esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie*”, successivamente modificato con il Decreto del Commissario ad Acta n. U00008 del 10 febbraio 2011;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00395 del 23 dicembre 2016: “*Adozione del documento tecnico inerente “Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità”*”;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. U00469 del 7 novembre 2017: “*Modifica al DCA 410/2017 in materia di contrasto della L.R. 7/2014 al D. Lgs. 502/1992. Disposizioni in materia di autorizzazione a modifica ed integrazione del DCA 8/2011. Adozione del Manuale di accreditamento in attuazione del Patto per la salute 2010-2012*”;
- il Decreto del Commissario ad Acta n. 379 del 12 settembre 2019: “*Approvazione “Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore)”* in attuazione dell’Accordo sancito dalla Conferenza Stato-Regioni nella seduta del 1° agosto 2019 (Rep. atto n. 143/CSR)” e successiva Determina n. G01369 del 6 febbraio 2023 “*Revisione del “Manuale Regionale Triage Intra-ospedaliero Modello Lazio a cinque codici (numerici/colore) – DCA n. U00379/2019”*”;
- la Determinazione regionale n. G10994 del 25 settembre 2020: “*Approvazione del documento inerente all’Integrazione Ospedale – Territorio denominato: “Centrale Operativa Aziendale e Centrale Operativa Regionale Acuzie e Post-Acuzie”*, in attuazione del DCA U00453/2019 e DCA U00081/2020”;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 970 del 27 dicembre 2021: “*Approvazione del Piano regionale della prevenzione 2021- 2025*”;
- il DM n.77 del 23/05/2022: “*Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale*” dove si identificano i Consultori Familiari quali nodi strategici del percorso nascita;
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 643 del 26 luglio 2022 “*Approvazione del documento “Linee Guida generali di programmazione degli interventi di riordino territoriale della Regione Lazio in applicazione delle attività previste dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77”*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale n.1182 del 30 dicembre 2024: “*Piano Rete Regionale della Procreazione Medicalmente Assistita e criteri e modalità per l’accesso*”;
- la Deliberazione della Giunta regionale n. 621 del 17 luglio 2025: “*Approvazione delle Linee di indirizzo finalizzate al miglioramento della Governance per gli aspetti organizzativi e gestionali*”

delle Centrali Operative della Regione Lazio. Implementazione dei processi di Transitional Care”;

- la Deliberazione della Giunta regionale n. 115 del 5 marzo 2026: “Approvazione del Documento Tecnico: “Programmazione della rete ospedaliera 2026-2028, in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;

VISTO il Decreto Legislativo 29 aprile 1998 n. 124 che all’art. 1 comma 4 specifica che la partecipazione ai programmi di prevenzione è garantita senza oneri a carico dell’assistito;

VISTO il DM della Salute del 18 novembre 2009: “*Disposizioni in materia di conservazione di cellule staminali da sangue del cordone ombelicale per uso autologo – dedicato*”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00243 dell’8 giugno 2018: “*Approvazione Documento di indirizzo per lo Screening Metabolico di Base ed Esteso*”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00080 del 21 marzo 2018: “*Modifiche e integrazioni al DCA n.U00104 del 09/04/2013. Approvazione Documento tecnico "Linee Guida Screening Uditivo Neonatale Universale" e aggiornamento della rete regionale dei servizi*”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00013 del 14 gennaio 2020: “*Approvazione "Documento di indirizzo regionale per lo Screening Oftalmologico Neonatale Universale" e individuazione della rete regionale dei servizi*”;

VISTA la Deliberazione della Giunta regionale n. 19 del 28 gennaio 2020: “*Approvazione dello schema di Protocollo d'Intesa tra la Regione Lazio e la Regione Toscana relativo al Progetto di ricerca no profit denominato "Screening neonatale per l'atrofia muscolare spinale nel Lazio e in Toscana: un progetto pilota di due anni" promosso dall'Università Cattolica del Sacro Cuore*”;

VISTA l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 6 agosto 2020, concernente il Piano Nazionale della prevenzione (PNP) 2020-2025 (Rep. Atti 127/CSR e le successive modifiche apportate con gli atti Rep. N. 228/CSR del 17 dicembre 2020 e Rep. N. 51/CSR del 5 maggio 2021;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale n. 332 del 24 maggio 2022: “*Piano Nazionale Ripresa e Resilienza (PNRR) - Missione 6: Salute -Componente M6C1 e M6C2- Approvazione Piano Operativo Regionale e Schema di Contratto Istituzionale di Sviluppo (CIS)*”;

VISTO l’Accordo stipulato il 16 dicembre 2010, ai sensi dell’art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento recante “*Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*” che prevede al punto 10, al fine di dare completa attuazione a quanto previsto dall’Accordo, l’istituzione di un Comitato per il Percorso Nascita, interistituzionale con funzioni di coordinamento e verifica delle attività;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00056 del 12 luglio 2010: “*Rete dell’assistenza Perinatale*” e s.m.i.;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00152 del 12 maggio 2014 “*Rete per la Salute della Donna, della Coppia e del Bambino: ridefinizione e riordino delle funzioni e delle attività dei Consultori Familiari regionali*”;

VISTA la Determina Regionale n. G12937 del 4 novembre del 2020 con la quale si è provveduto ad istituire il Comitato Percorso Nascita Pediatrico Regionale (CPNr);

VISTA la Determinazione n. G15689 del 18 dicembre 2020 : “*Riorganizzazione dello STEN e approvazione documento tecnico "Organizzazione, standard e protocollo operativo del Servizio Trasporto Emergenza Neonatale - STEN Lazio"*”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale n. 587 del 10 luglio 2025: “*Aggiornamento del “Programma Operativo 2024-2026 di prosecuzione del piano di rientro della Regione Lazio”*”;

CONSIDERATO che nella suddetta deliberazione della Giunta regionale n. 587 del 10 luglio 2025, nella Macro Area: Assistenza Ospedaliera – obiettivo 1 – azione 1, è prevista la stesura ed emanazione del Piano di Rete regionale del Percorso Nascita;

VISTA la revisione del “*Piano di Rete del Percorso Nascita*”, elaborato dal Comitato Percorso Nascita regionale (Det. G12937 del 4 novembre del 2020);

CONSIDERATO che il suddetto Piano prevede una revisione periodica, basata sull’aggiornamento dei bisogni di salute, sull’analisi delle eventuali criticità e sul grado di attuazione degli obiettivi della rete clinico assistenziale, con l’individuazione nelle necessarie azioni di miglioramento e delle relative tempistiche;

CONSIDERATO che il Piano è stato condiviso con le le direzioni sanitarie delle ASL, AO, AOU e delle Strutture accreditate sede di Punto Nascita, le quali hanno trasmesso osservazioni successivamente esaminate e discusse nel corso della riunione del 7 novembre 2025 tenutasi presso la Regionale Lazio;

CONSIDERATO che il Comitato Percorso Nascita, esaminate le richieste di modifica pervenute, ha elaborato, in data 1° dicembre 2025, il documento finale;

CONSIDERATO che il Piano ha l’obiettivo di definire i principi organizzativi e assistenziali per rendere il Percorso Nascita equo e uniforme su tutto il territorio regionale e delinea il modello organizzativo nonché i requisiti di qualità e sicurezza dei diversi setting, al fine di garantire la salute e il benessere della madre, del bambino e della famiglia nei “*primi 1.000 giorni*”;

RILEVATA la necessità di approvare il documento, in quanto mira, attraverso la riorganizzazione della rete, a rispondere ai molteplici bisogni assistenziali nelle diverse fasi del percorso e prevede la realizzazione di un sistema di monitoraggio in grado di rilevare il livello di adesione ai percorsi di integrazione tra Consultori e i Punti Nascita, compresi i Punti Nascita non aziendali, ai percorsi assistenziali dedicati ai diversi livelli di rischio clinico, all’accompagnamento post-partum e alla collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS);

RITENUTO di approvare la revisione del “*Piano di Rete del Percorso Nascita*”, in attuazione del Programma Operativo 2024-2026 (DGR n. 587/2025)”, che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente atto, in sostituzione del precedente Piano di cui al DCA U0056/2010 e s.m.i;

DETERMINA

per le motivazioni espresse in premessa, che si intendono integralmente richiamate:

- di approvare la revisione del “*Piano di Rete del Percorso Nascita*”, in attuazione del Programma Operativo 2024-2026 (DGR n. 587/2025), che si allega quale parte integrante e sostanziale del presente atto, in sostituzione del precedente Piano di cui al DCA U0056/2010 e s.m.i.;
- di stabilire che le ASL, AO, AOU e le strutture private accreditate sedi di Punto nascita, dovranno provvedere ad istituire il Comitato Percorso Nascita Aziendale (CPNa) e che le AO, AOU e strutture accreditate sedi di Punto Nascita dovranno istituire il Coordinamento di Punto Nascita (CPN), in adempimento a quanto previsto dal Piano, entro trenta giorni dalla pubblicazione del presente atto;
- di stabilire che le strutture appartenenti alla Rete provvedano alla realizzazione del percorso clinico-assistenziale previsto entro 6 mesi dalla pubblicazione del presente atto;
- di stabilire che ARES 118 dovrà provvedere all’implementazione di un sistema informativo finalizzato a monitorare l’attività dello STEN, con trasmissione trimestrale all’Area Rete Ospedaliera e Specialistica delle informazioni relative ai trasporti STEN, secondo quanto indicato nel Piano;
- di stabilire che il Comitato Percorso Nascita regionale provveda al monitoraggio dell’attuazione del Piano, avvalendosi degli indicatori previsti per valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi. In relazione ai bisogni di salute, all’aggiornamento delle evidenze scientifiche disponibili e alle eventuali criticità riscontrate, il Piano sarà sottoposto a revisione periodica, con l’individuazione delle azioni di miglioramento e delle relative tempistiche di attuazione.

Il Direttore della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria provvederà all’adozione di tutti gli atti necessari all’attuazione della presente determinazione.

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

Avverso il presente atto è ammesso ricorso giurisdizionale al TAR Lazio nel termine di 60 gg. o ricorso straordinario al Presidente della Repubblica, nel termine di 120 gg. dalla pubblicazione sul BURL.

IL DIRETTORE
Andrea Urbani



REGIONE
LAZIO

Piano di Rete Percorso Nascita

SOMMARIO

INTRODUZIONE.....	4
CONTESTO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE.....	6
FINALITA' DEL DOCUMENTO.....	9
AMBITI DI APPLICAZIONE.....	10
GOVERNANCE.....	10
ORGANIZZAZIONE DELLA RETE.....	12
I CONSULTORI FAMILIARI.....	13
PUNTI NASCITA.....	16
PEDIATRA DI LIBERA SCELTA.....	17
SISTEMI DI TRASPORTO IN EMERGENZA.....	17
STAM - SISTEMA DI TRASPORTO ASSISTITO MATERNO.....	17
STEN - SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE IN EMERGENZA.....	18
BANCA PUBBLICA REGIONALE SANGUE CORDONE OMBELICALE (BRSCO).....	20
STRUMENTI OPERATIVI.....	21
PERCORSO NASCITA.....	21
SALUTE PRECONCEZIONALE.....	22
La salute mentale perinatale e la violenza domestica.....	23
GRAVIDANZA.....	23
Accertamento di gravidanza e primo accesso.....	23
Il percorso di presa in carico durante la gravidanza.....	26
Incontri di Accompagnamento alla nascita (IAN).....	27
Continuità assistenziale con il Punto Nascita.....	29
Travaglio e Parto.....	30
Assistenza alla diade madre/neonato.....	32
Puerperio.....	34
Dal puerperio ai primi due anni di vita del bambino.....	36
SCREENING NEONATALI.....	37
VACCINAZIONI E IMMUNIZZAZIONE CONTRO IL Virus RESPIRATORIO SINCIZIALE.....	38
DONAZIONE SANGUE CORDONE OMBELICALE.....	38
CRITERI PER IL TRASPORTO IN EMERGENZA/URGENZA.....	40
Servizio di Trasporto Assistito Materno.....	40
Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale.....	42
MONITORAGGIO.....	42
PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO E FORMAZIONE.....	44
ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE PER PAZIENTI E CAREGIVER ..	46
Allegato 1 - Schema della Rete perinatale.....	47

ACRONIMI E ABBREVIAZIONI

ASL	Azienda Sanitaria Locale
AO	Azienda Ospedaliera
AOU	Azienda Ospedaliera Universitaria
ARES	Azienda Regionale Emergenza Sanitaria
BRO	Basso Rischio Ostetrico
BRSCO	Banca Pubblica Regionale Sangue Cordone Ombelicale
CCSTEN	Centro Coordinamento STEN
CPNA	Comitato Percorso Nascita Aziendale
CPNN	Comitato Percorso Nascita Nazionale
CPNR	Comitato Percorso Nascita Regionale
Cpn	Coordinamento Punto Nascita
CU	Conferenza Unificata
CF	Consultorio Familiare
DEA	Dipartimento di Emergenza e Accettazione.
EG	Età gestazionale
GAT	Ambulatorio Gravidanza a Termine
ISS	Istituto Superiore Sanità
MMF	Medicina Materna Fetale
MRO	Maggiore Rischio Ostetrico
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PN	Punto Nascita
RP	Rete perinatale
SSR	Servizio Sanitario Regionale
STAM	Servizio Trasporto Assistito Materno
STEN	Servizio Trasporto Emergenza Neonatale
UTIN	Unità di Terapia Intensiva Neonatale

INTRODUZIONE

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) riconosce l'accompagnamento della donna e della famiglia durante il percorso nascita, come obiettivo di salute e di qualità del Servizio Sanitario.

Il Percorso Nascita regionale è orientato alla tutela e promozione della salute della donna, del nascituro e della famiglia lungo l'intero continuum dalla fase preconcezionale ai "primi mille giorni", comprendenti il concepimento, la gravidanza, nelle sue diverse fasi di crescita, il parto, il puerperio e i primi due anni di vita. Il percorso riconosce il valore della maternità e della genitorialità quali dimensioni fondamentali della salute della persona e della comunità, promuovendo la fisiologia dei processi riproduttivi e assicurando interventi precoci nelle eventuali condizioni di vulnerabilità o fragilità bio-psico-sociale che possano incidere sullo sviluppo embrio-fetale e sull'esperienza della gravidanza e della nascita.

Il Percorso Nascita è un programma organizzato e coordinato in grado di assicurare una presa in carico olistica, secondo una visione di global health, offrendo alla donna strumenti di consapevolezza e autonomia, coinvolgimento attivo nel processo decisionale, supporto alle emozioni e accompagnamento nei bisogni sociosanitari.

Il Percorso Nascita è regolato da una serie di normative e raccomandazioni predisposte dai diversi livelli istituzionali con Decreti del Ministero competente (DM), documenti della Conferenza Unificata Stato-Regioni (CU) e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Le Linee di indirizzo nazionali sancite in Conferenza Unificata (CU n. 137 del 16/12/2010), promuovono il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita, attraverso l'integrazione dei servizi tra territorio ed ospedale, indicando, per questi ultimi, requisiti operativi, tecnologici e di sicurezza, relativi ai differenti livelli di assistenza ostetrica e neonatale, compreso la definizione delle risorse umane sulla base dei carichi di lavoro, per le varie figure professionali coinvolte nel processo assistenziale.

Il DCA 152/2014 ha definito le "Linee di indirizzo regionali per le attività dei Consultori Familiari", in cui sono definiti i percorsi socio-assistenziali da garantire e la sua centralità nell'attività di integrazione "territorio - ospedale - territorio".

Il DM n. 70/2015 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ha introdotto i principi di clinical governance, qualità ed efficienza relativi alla classificazione degli ospedali, la definizione di standard di posti letto e l'organizzazione in reti cliniche per garantire la continuità assistenziale.

Il DM dell'11 novembre 2015 include il documento "Protocollo Metodologico per la valutazione delle richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti/annui e in condizioni orografiche difficili" predisposto dal Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNN), a cui viene attribuito il compito di esprimere un parere "consultivo" su richieste di deroga.

Il DCA 395/2016 ha definito "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in Centro Nascita ed in Casa Maternità", redatto ed approvato dal Gruppo di Lavoro Regionale Tecnico Parti a Domicilio ed in Casa di Maternità, istituito con Det. n. G09667 del 4/8/2015 e Det. n. G11586 del 28/9/2015.

Il Ministero della Salute ha definito nel 2017 le "linee di indirizzo per la definizione e l'organizzazione dell'assistenza in autonomia da parte delle ostetriche alle gravidanze a basso rischio ostetrico (BRO)" proposte dal Comitato Percorso Nascita Nazionale.

L'Accordo Stato-Regioni, 24 gennaio 2018, "Linee guida per la revisione delle reti cliniche – Le reti tempo dipendenti" definisce le caratteristiche organizzative delle reti clinico-assistenziali relative a coordinamento, struttura, integrazione ospedale-territorio, monitoraggio, comunicazione, formazione

del personale, e nello specifico per la rete per la neonatologia le caratteristiche dei punti nascita con la soglia di volume e l'incidenza del parto cesareo nei diversi livelli, la centralizzazione delle gravidanze a rischio, l'organizzazione del Servizio Trasporto Assistito Materno (STAM) e dello Servizio Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) e i protocolli di cambio di setting.

Il DM n. 77/2022 "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale" ha ribadito il ruolo del Consultorio Familiare (CF) come struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolta alla donna in tutto il suo ciclo di vita (compresa la gravidanza), minori, famiglie, fissando lo standard di 1 CF ogni 20.000 abitanti. ed indicando la necessità di integrarsi con gli altri servizi territoriali ed ospedalieri della rete materno-infantile.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha acquisito successive linee guida sul "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" (2017) e sulla "Gravidanza fisiologica" (n.1/2023, n.2/2025), elaborate dal Centro Nazionale delle Malattie e Promozione della Salute nell'ambito del Sistema Nazionale per le Linee Guida. La prima è dedicata alla gestione del parto cesareo, enfatizzando l'importanza di fornire alle donne informazioni dettagliate sui rischi e i benefici per garantire una decisione informata, e allo screening per le malattie infettive (n.1/2023). La seconda parte introduce raccomandazioni sulla qualità e l'appropriatezza dell'assistenza, e in particolare sulla salute mentale in gravidanza e dopo il parto e sulla violenza domestica e di genere (n.2/2025).

La Regione Lazio ha adottato con la Determinazione n. G14850 del 10 novembre 2025 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", di cui alla Determinazione G09765 del 31 luglio 2018.

L'OMS ha pubblicato nell'anno 2025 il "Compendio sull'assistenza rispettosa alle madri e ai neonati" in collaborazione con le principali agenzie mondiali per la salute e lo sviluppo Unfpa, Unicef e Programma Hrp, con la finalità di promuovere e guidare sistemi sanitari a garantire cure materne e neonatali rispettose, dignità e centralità della persona, superando abusi e discriminazioni e integrando i diritti umani nelle pratiche cliniche e organizzative a livello globale.

Il Sistema Informativo Sanitario Regionale SIO XL collega i flussi CeDAP (Certificato di Assistenza al Parto) e SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera) e consente di ricostruire in modo completo la storia clinica e assistenziale della madre e del neonato, migliorando la copertura e la qualità dei dati per la programmazione sanitaria e la valutazione degli esiti. Il CeDAP raccoglie dati socio-demografici, clinici e assistenziali relativi all'evento nascita, e la SDO documenta l'intero percorso di ricovero ospedaliero.

Il Decreto del Ministero della Salute del 5 maggio 2025 (GU n. 128 del 5 giugno 2025) aggiorna il precedente DM n. 349/2001 il flusso CeDAP per migliorare la rilevazione dei dati di sanità pubblica e statistici relativi agli eventi nascita, alla nati-mortalità e alle patologie congenite.

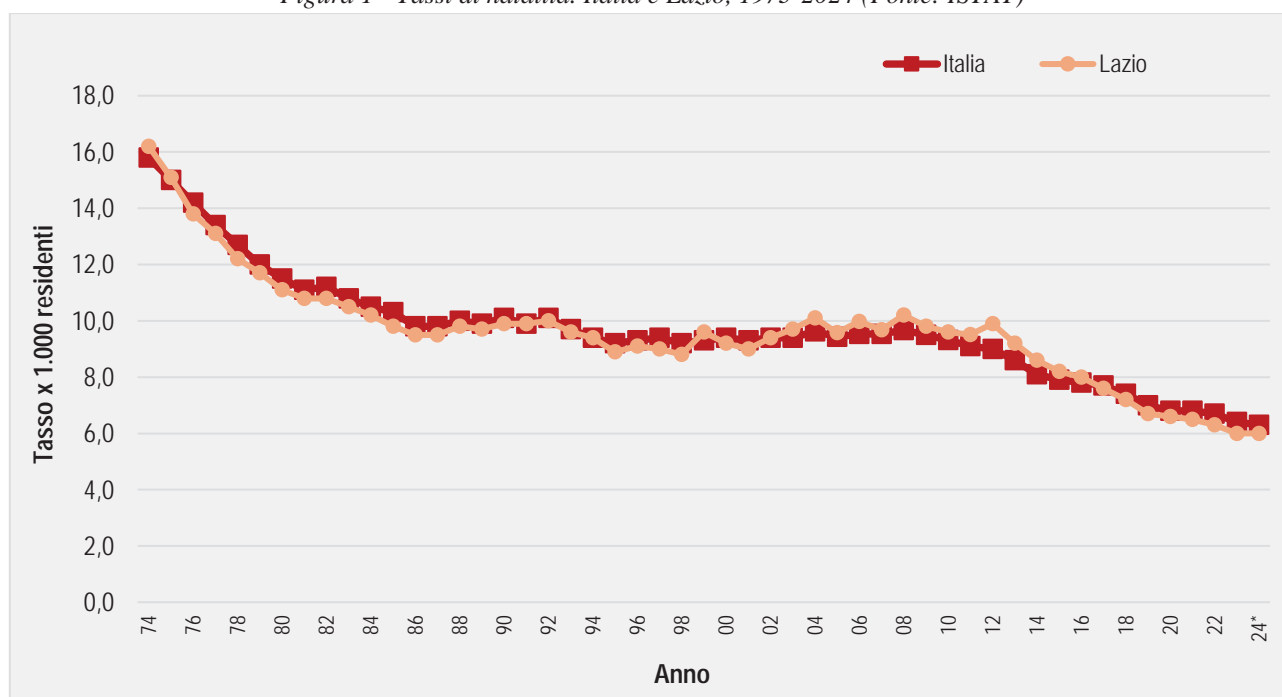
Il presente documento è stato predisposto dal Comitato Percorso Nascita Regionale, e condiviso alle Direzioni Sanitarie delle ASL e delle Aziende e Strutture Accreditate sede di Punto Nascita, che hanno proposto integrazioni e modifiche discusse in un incontro regionale del 7 novembre 2025. Il Comitato Percorso Nascita ha approfondito le richieste e le osservazioni emerse nelle diverse fasi e ha definito nella seduta del 1° dicembre 2025. Il presente amplia e aggiorna il documento "Rete dell'Assistenza Perinatale" (DCA 56/2010 e smi).

CONTESTO EPIDEMIOLOGICO REGIONALE

L'andamento delle nascite nel Lazio, osservato nell'ultimo report dell'ISTAT, mostra, in analogia con quello nazionale, il persistere di un trend decrescente del tasso di natalità, che passa dal 6,3 per mille residenti del 2022 al 6,0 del 2023, mantenendosi inferiore al valore della media nazionale (6,4 per mille abitanti). Tra le province il maggior decremento (da 6,3 a 6,0 per mille nel 2023) si riscontra a Roma; il valore minimo del tasso si registra a Rieti e Viterbo (5,5 per mille), il valore massimo a Latina (6,6 per mille).

Nella figura 1 sono presentati i tassi di natalità (N. nati vivi per 1.000 abitanti) in Italia e nel Lazio dal 1973 al 2024 (il dato del 2024 è stimato).

Figura 1 - Tassi di natalità. Italia e Lazio, 1973-2024 (Fonte: ISTAT)



Nella tabella 1 sono riportati per gli anni 2016-2024 i dati sulla popolazione delle nascite per residenza materna nel Lazio, per luogo di nascita della madre all'estero e per l'età della donna al parto.

Tabella 1 – Indicatori di attività e di assistenza ostetrica. Lazio, 2016-2024 (Fonte: CedAP Lazio)

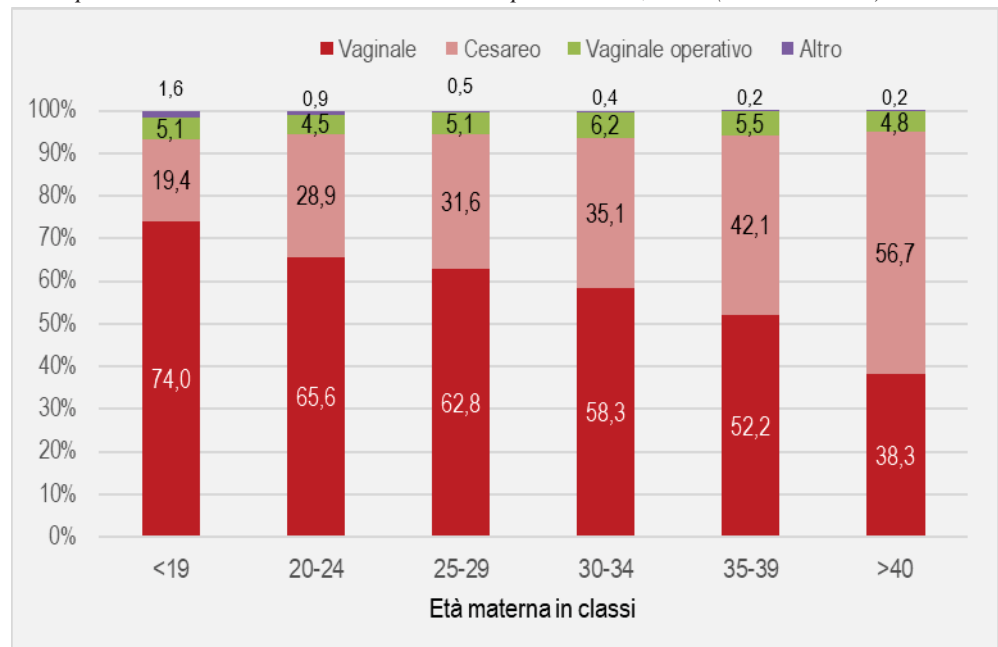
Caratteristiche materne	Anno di nascita																	
	2016		2017		2018		2019		2020		2021		2022		2023		2024	
	N	Var.% 2016	N	Var.% 2017	N	Var.% 2018	N	Var.% 2019	N	Var.% 2020	N	Var.% 2021	N	Var.% 2022	N	Var.% 2023	N	Var.% 2024
Nati vivi totali	46.970		44.681	-4,9	42.964	-3,8	38.889	-9,5	37.773	-2,9	37.460	-0,8	36.262	-3,2	35.734	-1,5	33.930	-5,0
Nati vivi singoli	45.076		42.959	-4,7	41.406	-3,6	37.612	-9,2	36.524	-2,9	36.310	-0,6	35.116	-3,3	34.641	-1,4	32.832	-5,2
Nati vivi da madre residente Lazio	45.056		42.972	-4,6	41.232	-4	37.239	-9,7	36.202	-2,8	35.764	-1,2	34.519	-3,5	34.051	-1,4	32.280	-5,2
Nati vivi da madre nata all'estero	11.476		11.167	-2,7	10.632	-4,8	9.555	-10,1	8.902	-6,8	8.179	-8,1	8.023	-1,9	7.983	-0,5	7.537	-5,6
Nati vivi da madre con età 30-34 anni	15.100		13.954	-7,6	13.871	-0,6	12.856	-7,3	12.649	-1,6	12.615	-0,3	12.494	-1,0	12.064	-3,4	11.483	-4,8
Nati vivi da madre con età >=35 anni	19.678		19.035	-3,3	18.154	-4,6	15.181	-16,4	14.995	-1,2	15.466	3,1	14.708	-4,9	14.573	-0,9	14.346	-1,6

In termini assoluti, per tutte le annualità, si osserva che i nati da donne con più di 35 anni sono prevalenti rispetto alla fascia di età compresa tra i 30 e i 34 anni.

I dati ISTAT confermano, anche nel 2024, come nella Regione Lazio l'età media della donna al parto sia pari a 33,3 anni, e risulta la più elevata tra quelle registrate nelle altre regioni (valore medio Italia 32,6). Il tasso di fecondità nel 2024 sia pari a 1,12 inferiore al valore medio Italia di 1,18.

Il ricorso al taglio cesareo aumenta con l'età materna al parto, come si osserva nella Figura 2 dal 19% per le donne con meno di 20 anni, al 42% per le donne tra i 35 e 39 anni, fino al 57% per le donne con più di 39 anni.

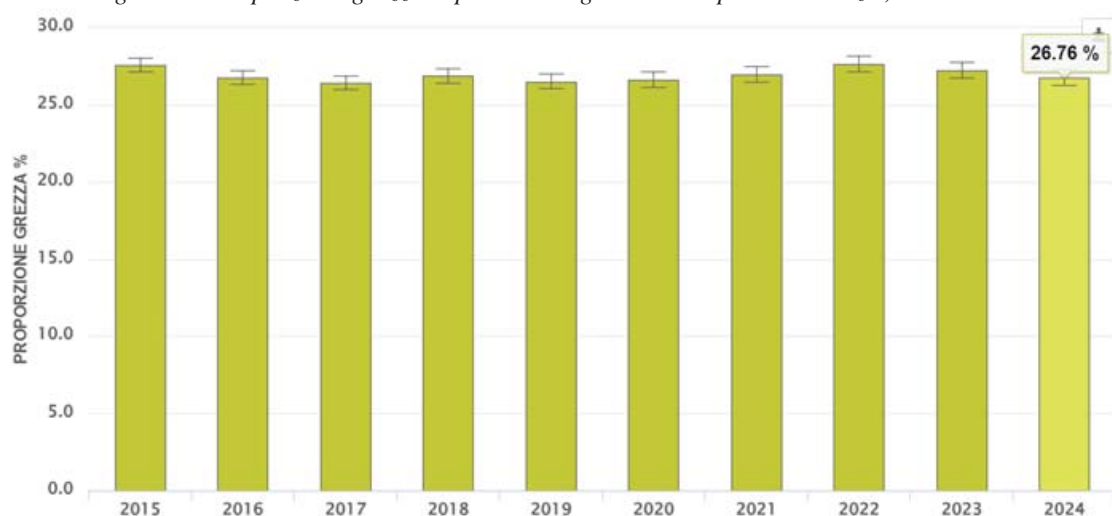
Figura 2 - Nati vivi per classe di età materna e modalità del parto. Lazio, 2024 (Fonte CeDAP)



Nel 2024, il ricorso al taglio cesareo per i nati singoli è stato complessivamente pari al 37%. Il tasso grezzo di cesareo primario riferito ai parti è stato, a livello regionale, pari al 26,8% (Fonte P.Re.Val.E. Lazio).

La figura 3 mostra l'andamento, dal 2015 al 2024, della percentuale di taglio cesareo primario nella Regione Lazio.

Figura 3 – Proporzione grezza di parti con taglio cesareo primario. Lazio, 2015-2024

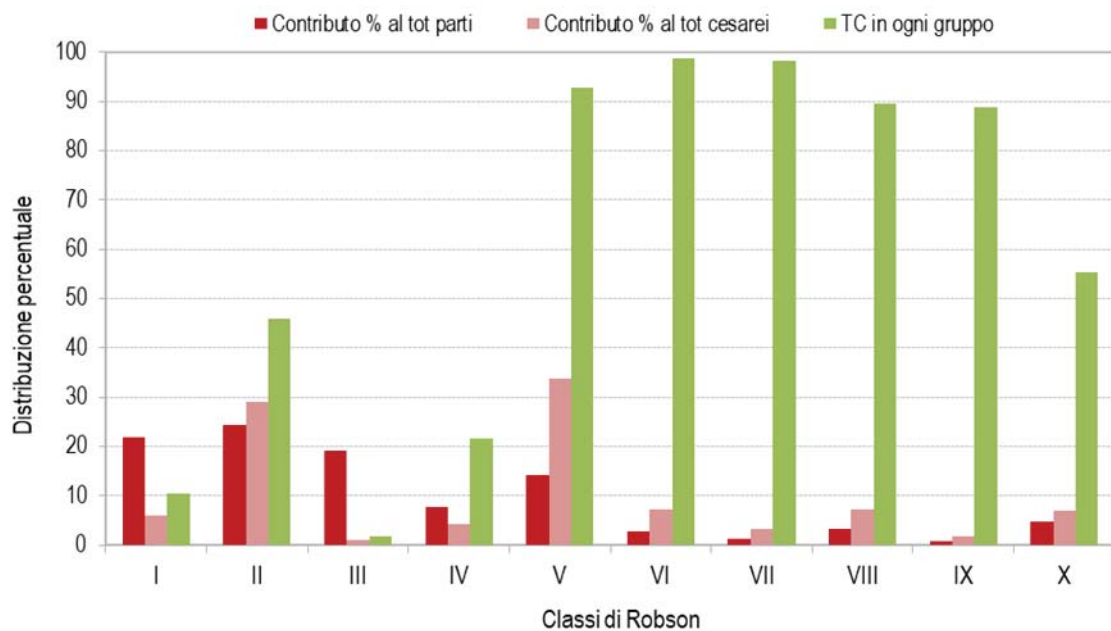


L'analisi per classi di Robson consente di identificare le tipologie di donne che contribuiscono in misura maggiore e minore al tasso complessivo di TC.

Nel 2024 il contributo percentuale al totale dei nati vivi è maggiormente rappresentato dalla classe I (nullipare, con singolo cefalico, a termine, e con travaglio spontaneo) con il 22%, e dalla classe II (nullipare, singolo cefalico, >37 settimane di gestazione, travaglio indotto o TC prima del travaglio) pari al 24% che includono il 46% della popolazione ostetrica, seguite dalla classe III (multipare senza pregresso cesareo, con nato singolo, cefalico, a termine e che hanno avuto un travaglio spontaneo) pari al 19% e la classe V (Precedente TC, singolo cefalico, >37 settimane di gestazione) pari al 14%. Riguardo al contributo percentuale di ciascuna classe al totale dei cesarei, la classe prevalente è la V (Precedente TC, singolo cefalico, >37 settimane di gestazione) con il 34%, seguita dalla II con il 29%. Riguardo alla percentuale di taglio cesareo in ciascun gruppo, i valori più elevati corrispondono a quelle classi che includono condizioni ostetriche a maggior rischio, come presentazioni podaliche (classe VI -VII), gravidanze plurime (classe VIII) e altre presentazioni anomale (classe IX). La condizione del “precedente taglio cesareo” comporta un tasso di cesareo alto e pari al 93% (classe V).

La Figura 4 riporta il contributo percentuale, di ogni classe di Robson, al totale delle nascite e al totale delle nascite con taglio cesareo e la percentuale di cesarei per ciascuna classe (nati vivi); si evidenzia come la classe II presenta una percentuale significativamente elevata di parto con taglio cesareo, pari al 46%.

Figura 4 - Contributo percentuale di ogni classe di Robson al totale delle nascite e al totale delle nascite con taglio cesareo e % di cesarei per classe di Robson (nati vivi). Lazio, 2024



FINALITA' DEL DOCUMENTO

Il Piano di Rete Percorso Nascita (PRPN) ha l'obiettivo di definire i principi organizzativi e assistenziali per rendere il Percorso Nascita equo e uniforme su tutto il territorio regionale, e offrire alle Aziende Sanitarie gli strumenti per la loro realizzazione sul territorio.

Il Piano di Rete delinea il modello organizzativo e i requisiti di qualità e sicurezza dei diversi setting del Percorso Nascita con l'obiettivo di garantire la salute e il benessere della madre e del bambino e della famiglia nei *primi 1.000 giorni di vita*, favorendo l'empowerment della donna attraverso scelte consapevoli e partecipazione attiva al proprio percorso.

La presa in carico continuativa e integrata della donna e della famiglia dal concepimento ai primi due anni di vita del bambino ha l'obiettivo di valorizzare la centralità dei servizi territoriali nel sostegno alla maternità e alla genitorialità.

Il Piano promuove:

- la tutela della salute materna e del nascituro nelle diverse fasi del percorso nascita;
- il rafforzamento del continuum assistenziale nei primi mille giorni;
- la presa in carico precoce delle condizioni di vulnerabilità che possono incidere sulla gravidanza;
- l'integrazione tra servizi sanitari, sociali e risorse territoriali di sostegno alla maternità e alla famiglia;
- la valorizzazione dell'attività del gruppo multiprofessionale con la continuità assistenziale ostetrica.

La Rete è stata sviluppata per offrire la presa in carico olistica e la continuità assistenziale attraverso il coordinamento e l'integrazione dei diversi nodi, garantita da connessioni strutturate, strumenti di comunicazione, percorsi appropriati e personalizzati secondo le condizioni cliniche di rischio valutate periodicamente in coerenza con quanto previsto nei Livelli Essenziali Assistenza (DPCM LEA 12/01/2017).

La Rete è integrata attraverso percorsi strutturati con l'attività di specialisti, in presenza di specifici bisogni assistenziali, e dei servizi sociali per la coesistenza di condizioni di fragilità sociale.

Il documento riconosce la centralità degli organismi di governance regionale e aziendale e il loro ruolo in un programma di integrazione di expertise professionale e di "Audit & Feedback" per la promozione del piano di miglioramento annuale e dei percorsi di formazione.

Il Piano prevede la realizzazione di un sistema di monitoraggio in grado di leggere il livello di adesione ai percorsi di integrazione tra Consultori e i Punti Nascita, compresi i Punti Nascita non aziendali, **ai percorsi assistenziali dedicati ai diversi livelli di rischio clinico, all'accompagnamento post-partum e alla collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS).**

AMBITI DI APPLICAZIONE

A CHI	Gli operatori coinvolti in processi clinico-assistenziali delle diverse fasi del Percorso Nascita: Direzioni Sanitarie Aziendali, Direzioni Mediche Ospedaliere, Dipartimenti ospedalieri materno-infantili; Punti Nascita regionali, Distretti Socio-sanitari, Consultori Familiari; Professionisti dei punti nascita, dei consultori familiari e degli ambulatori territoriali: Medici Ostetrici-Ginecologi, Ostetriche, Pediatri/Neonatologi, Psicologi, Sociologi, Assistenti Sociali, Mediatori Culturali, Fisioterapisti, Anestesisti, Operatori Socio-Sanitari, Infermieri, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Medicina Generale.
DOVE	Tutte le articolazioni organizzative e tutte le strutture ospedaliere e territoriali coinvolte in processi clinico-assistenziali rivolti alla presa in carico nelle diverse fasi del Percorso Nascita.
QUANDO	Nel periodo definito come “primi 1000 giorni”: dall’epoca preconcezionale, alla gravidanza, al parto, al puerperio, all’assistenza al neonato fino ai primi 2 anni di vita del bambino

GOVERNANCE

La Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria svolge le funzioni di programmazione e monitoraggio della Rete e dell’attività assistenziale relativa al percorso nascita, in coerenza con le normative e le raccomandazioni vigenti, indicate nella sezione Introduzione, con il supporto del Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR).

Il **Comitato Percorso Nascita Regionale (CPNR)** è composto da rappresentanti delle Aree della Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria coinvolte, dal Coordinatore del Centro Regionale Rischio Clinico, dal Responsabile della UOC Coordinamento Reti di Patologia ARES 118, dal Responsabile della UO STEN ARES 118 e da rappresentanti delle seguenti discipline ospedaliere e/o territoriali: anestesia e rianimazione, ginecologia e ostetricia, pediatria/neonatologia, professione ostetrica, psicologia, Pediatria di Libera Scelta e Referente delle Banche del Sangue Cordone Ombelicale, Referente del Dipartimento di Epidemiologia e un Referente della Sanità Partecipata. I Referenti professionali vengono individuati dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria su proposta dei Comitati Percorso Nascita Aziendali (CPNA) e dei Coordinamenti del Punto Nascita (Cpn).

Il CPNR è coordinato dalla Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria (Area Rete Ospedaliera e Specialistica, Area Rete Integrata del Territorio, Area Promozione della Salute e Prevenzione, Area Farmaci e Dispositivi, Area ICT e Innovazione) e svolge le seguenti funzioni:

- elaborazione e aggiornamento del Piano di Rete del Percorso Nascita (PRPN) e delle indicazioni operative regionali, monitorandone la realizzazione, l’andamento e l’efficacia;

- revisione dell'Agenda della Gravidanza al fine di uniformare le procedure e la documentazione utilizzata;
- verifica delle connessioni tra Consultori e Punti Nascita e tra i Punti Nascita di diverso livello;
- monitoraggio dei PN con volumi sotto la soglia di 500 parti con la valutazione dei requisiti e degli standard di cui all'accordo del 2010 e s.m.i, e la definizione di strategie, progettualità e di eventuali proposte di revisione della Rete;
- predisposizione di strumenti digitali e di telemedicina per facilitare la continuità assistenziale e la comunicazione delle diverse figure professionali nella rete;
- realizzazione di un programma periodico di "Audit & Feedback" con i referenti dei Comitati Percorso Nascita Aziendali (CPNA) e dei Coordinamenti dei Punti Nascita (Cpn) per il monitoraggio dell'attività di rete;
- stesura del piano di miglioramento annuale con identificazione degli obiettivi formativi in relazione ai risultati delle attività di monitoraggio.

La UO di Coordinamento Regionale di Reti Patologia ha il ruolo di cabina di regia sovra-aziendale con l'obiettivo di facilitare ed assicurare sul campo l'attuazione degli indirizzi programmatici regionali, gestire le situazioni di criticità relativo al percorso di Rete tra i Punti Nascita di diverso livello.

Il CPNR si può avvalere per l'adempimento delle sue funzioni di ulteriori esperti su specifici temi di particolare rilevanza o complessità.

Il CPNR ha il compito di monitorare il volume di parti per anno e in presenza di punti nascita con un volume inferiore ai 500 parti attiva la seguente procedura:

- richiesta al CPNA/Cpn di:
 - o avvio di un programma di "Audit & Feedback" di autovalutazione con l'obiettivo di rilevare la corrispondenza con gli standard operativi, tecnologici e di sicurezza, prevista ai sensi del DM 11/11/2015, e di individuare i fattori concorrenti alla riduzione del numero di parti;
 - o formulazione di un eventuale piano di adeguamento agli standard previsti dall'Accordo 16/12/2010 e di azioni finalizzate al recupero del volume standard descrivendo modalità e relativo cronogramma;
- percorso di accompagnamento per la realizzazione delle azioni di miglioramento attraverso site visit e analisi semestrale delle attività;
- verifica annuale sull'andamento e sull'attività del punto nascita;
- individuazione dei criteri per la eventuale richiesta di deroga al CPNN, al termine del secondo anno, con valutazione del bacino di utenza potenziale, della mobilità e dei tempi di percorrenza.

Il Comitato Percorso Nascita Aziendale (CPNA) ha il compito di realizzare il percorso aziendale sulla base degli indirizzi del PRPN, in grado di garantire la continuità della presa in carico e i percorsi di integrazione gestionale, organizzativa e assistenziale dei Servizi Aziendali Territoriali e dei Punti Nascita, compresi quelli inseriti nelle AO/AOU pubbliche e nelle Strutture Accreditate, che insistono sul proprio territorio.

È istituito dalla Direzione Strategica di ciascuna ASL ed è composto da:

- Direzione Sanitaria Aziendale (DSA), che svolge funzioni di coordinamento e ha la responsabilità dell'attuazione del percorso nascita;
- coordinatore ASL dei Consultori Familiari;
- coordinatore dei Punti Nascita Aziendali;

- referente di ciascun Punto Nascita non aziendale (Cpn), presente nel territorio della ASL;
- referente aziendale di ciascuna professionalità inserita nel CPNR delle seguenti discipline ospedaliere e territoriali: anestesia e rianimazione, ginecologia e ostetricia, pediatria/neonatologia, professione ostetrica (dirigente ostetrica), psicologia;
- referente dei Pediatri di Libera Scelta (PLS).

Il CPNA svolge le seguenti attività:

- elabora il percorso aziendale contestualizzando le indicazioni del PRPN in particolare i percorsi per la gravidanza a basso rischio (BRO) e a maggiore rischio (MRO);
- assicura l'integrazione tra le diverse professionalità e i collegamenti tra i servizi coinvolti;
- definisce il fabbisogno di visite e prestazioni in relazione all'andamento epidemiologico;
- attua la manutenzione dei percorsi clinico-assistenziali;
- coordina i punti nascita;
- svolge un programma di "Audit & Feedback" con l'obiettivo di valutare gli indicatori di processo e di esito, approfondire le criticità e proporre il piano di miglioramento;
- produce una mappa delle strutture presenti sul territorio relative al Percorso Nascita con indirizzo mail, numeri telefonici e servizi attivi.

Per l'adempimento delle sue funzioni si avvale del coinvolgimento delle figure multiprofessionali territoriali e ospedaliere del percorso nascita.

Il **Coordinamento di Punto Nascita (Cpn)**, è istituito in ciascun PN regionale delle AO/AOU Pubbliche e delle Strutture Accreditate ed è composto dalla Direzione Sanitaria Ospedaliera con funzioni di coordinamento e dall'equipe multidisciplinare del PN comprendente, almeno, le professionalità inserite nel CPNR.

Il Coordinamento del Punto Nascita è inserito nel CPNA di riferimento territoriale, predispone un percorso nascita integrato tra le diverse professionalità secondo il livello di rischio, BRO e MRO, svolge un programma di "Audit & Feedback" con l'obiettivo di valutare gli indicatori di processo e di esito, e approfondire le criticità.

Il CPNA e il Cpn per le attività di Rete coinvolgono il Responsabile della UO Coordinamento Reti di Patologia ARES 118 ed il Responsabile della UOC STEN ARES 118.

Le Direzioni Aziendali devono istituire gli organismi previsti entro un mese dalla pubblicazione del presente documento e approvare i percorsi assistenziali dedicati entro i successivi sei mesi.

ORGANIZZAZIONE DELLA RETE

Il PRPN definisce, per le diverse fasi del percorso nascita, l'organizzazione, il ruolo e le connessioni dei differenti servizi e setting assistenziali per garantire l'accesso e la presa in carico integrata, proattiva e continuativa della donna, del nascituro/neonato e della famiglia nel suo complesso.

Il CPNA, in coerenza con le indicazioni del Piano di Rete, delibera il percorso operativo di integrazione gestionale, organizzativa dei servizi, dei nodi assistenziali territoriali e ospedalieri e dei professionisti coinvolti nella rete, garantendo la continuità della presa in carico attraverso protocolli operativi condivisi tra i Consultori Familiari e i Punti Nascita afferenti al territorio, in grado di assicurare visite e prestazioni specialistiche secondo tempi e priorità definite con agende dedicate.

Il CPNA definisce, secondo la serie storica dei parti delle proprie assistite, il proprio fabbisogno di popolazione e predispone una programmazione sufficiente a garantire, in modo proattivo, i servizi ambulatoriali, territoriali e ospedalieri.

I CONSULTORI FAMILIARI

Le Aziende Sanitarie Locali garantiscono i servizi territoriali e comprendono i Consulteri Familiari (CF), che sono inseriti dal punto di vista organizzativo all'interno del Dipartimento per la Funzione Territoriale e sono collegati al Dipartimento/Area materno-Infantile.

Nella Regione Lazio sono presenti 135 Consulteri Familiari, distribuiti capillarmente su tutto il territorio.

Il Consultorio Familiare è in grado di offrire, sulla base dell'evoluzione dei bisogni psico-sociali, una presa in carico integrata attraverso un gruppo multiprofessionale, in coerenza con la globalità dell'intervento assistenziale nell'ambito delle macroaree previste dalla normativa vigente di prevenzione e promozione della salute e di sostegno e cura.

Il Consultorio Familiare, così come definito dal DM 23 maggio 2022, n.77, rappresenta: "la struttura aziendale a libero accesso e gratuito ed è deputato alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolta alla donna in tutto il suo ciclo di vita, compreso quelle in gravidanza, minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento".

L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico, nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione, anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.

Il principio ispiratore del lavoro del CF è quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Il CF collabora con le figure professionali afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, per la presa in carico della persona, per l'assistenza primaria e la tutela della salute nei "primi 1000 giorni" e della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale, tra queste i pediatri di libera scelta, gli psicologi delle cure primarie, i neuropsichiatri dell'infanzia e dell'adolescenza e del dipartimento di salute mentale e dipendenze, gli specialisti ambulatoriali, i servizi di riabilitazione.

Il CF utilizza un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, coinvolge altri attori che possono contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo) e al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Nella riforma dell'assistenza territoriale, l'area materno-infantile viene permeata a tutti gli effetti dalla riorganizzazione delle linee d'attività inerenti alle nuove strutture territoriali, come le Case della Comunità, che rappresentano uno dei fulcri per le attività dei Consulteri Familiari stessi.

Ai fini della realizzazione del Percorso nascita, il modello organizzativo proposto dal DM 23 maggio 2022, n.77 identifica i Consulteri Familiari quali snodi strategici del percorso stesso, anche ai fini della promozione della salute madre-bambino nei primi 1000 giorni. L'ostetrica rappresenta la figura professionale centrale, case manager, nella presa in carico della donna e del bambino in tutto il percorso.

Il CF promuove e assume un ruolo centrale nelle seguenti fasi:

- **Periodo preconcezionale:** rappresenta la fase prioritaria di promozione della salute riproduttiva e di tutela dell'embrione sin dalle prime fasi del concepimento. Il Consultorio Familiare garantisce interventi di consulenza preconcezionale e interventi tesi alla

- preservazione della fertilità, orientati alla prevenzione dei fattori di rischio biologico e comportamentale, alla promozione di stili di vita salutari e alla individuazione precoce delle condizioni che possono interferire con l'avvio e il decorso della gravidanza. La presa in carico complessiva è garantita da un gruppo multiprofessionale in grado di offrire una risposta al bisogno globale della donna e del bambino in tutto il processo, a partire dalla consulenza preconcezionale, anche con la finalità di attivare un eventuale percorso di PMA. L'intera équipe multidisciplinare, formata da assistenti sociali, ginecologi, psicologi, infermieri e pediatri, collabora in maniera integrata con l'ostetrica per la presa in carico della donna;
- **Gravidanza:** il Consultorio Familiare svolge funzioni di accompagnamento sanitario, psicologico e sociale della donna e della famiglia, con particolare attenzione alle situazioni di vulnerabilità o difficoltà che possono incidere sull'esperienza della maternità. In tale ambito il Consultorio promuove interventi di sostegno alla gravidanza e alla genitorialità, anche attraverso l'attivazione integrata delle risorse sociali, lavorative e abitative disponibili nel territorio e il raccordo con le reti territoriali e con le realtà del Terzo Settore operanti nel sostegno alla maternità e alla famiglia. Tale integrazione consente di ampliare le opportunità di supporto alle situazioni di fragilità materno-infantile, di favorire l'accesso ai servizi e di rafforzare la rete territoriale di accompagnamento alla gravidanza e alla nascita e affrontare le difficoltà eventualmente associate a gravidanze problematiche o inattese, favorendo condizioni di sicurezza, serenità e accompagnamento nel percorso verso la nascita del figlio. L'assistenza alla donna e alla famiglia prevede per l'intero percorso nascita le attività inserite nel DCA 12 maggio 2014, n. 152, e nei LEA definiti nel DPCM 12 gennaio 2017, tra le quali rientrano gli Incontri di Accompagnamento alla Nascita (IAN), tenuti dalle figure professionali che compongono l'équipe consultoriale, con finalità di stimolo e valorizzazione, nelle donne e nelle coppie, della consapevolezza del proprio ruolo, delle proprie conoscenze e competenze, al fine di operare scelte informate nel percorso che porta alla nascita di una figlia/un figlio e al divenire genitori;
 - **Nascita:** orientamento della donna ai diversi punti nascita, anche in relazione alla possibilità di parto a domicilio o presso Case Maternità;
 - **Periodo post-partum:** sostegno, anche di tipo psicologico, alla donna e alla genitorialità e promozione dell'allattamento al seno e dell'accudimento del neonato, poiché durante il periodo perinatale il benessere e la salute mentale della madre, del partner e del bambino sono strettamente correlati, con possibili effetti negativi sullo sviluppo psicofisico, relazionale, emotivo ed affettivo di bambine e bambini. Il sostegno alla genitorialità deve essere garantito attraverso visite domiciliari, interventi precoci in situazioni di disagio sociale e di vulnerabilità e, più in generale, finalizzati al contrasto delle disuguaglianze di salute (WHO 2015). Il Percorso Nascita, in linea con le strategie regionali di promozione della natalità e di sostegno alla genitorialità, favorisce il rafforzamento dell'integrazione socio-sanitaria territoriale nella presa in carico della maternità e della famiglia, contribuendo alla creazione di un contesto favorevole alla gravidanza e alla nascita, attraverso il consolidamento dei servizi territoriali nei primi mille giorni e alla progressiva strutturazione di modalità operative condivise tra servizi sanitari, sociali ed educativi, e del III settore anche mediante protocolli di collaborazione territoriale, percorsi integrati per la maternità e la genitorialità in condizioni di fragilità e strumenti condivisi di valutazione e presa in carico precoce dei bisogni della donna e famiglia. La condivisione di percorsi strutturati con gli attori del territorio è volta anche a

migliorare le relazioni tra le Istituzioni e le organizzazioni del III settore, per favorire e rendere sinergica la presa in carico dei bisogni della famiglia, per un concreto welfare di Comunità.

La presa in carico della famiglia nel Consultorio Familiare viene garantita dall'Ostetrica, figura professionale di riferimento per l'assistenza alla gravidanza, al parto e al puerperio, attraverso un modello assistenziale di continuità, che ha dimostrato la sua efficacia in termini di miglioramento del percorso e dei risultati assistenziali. Nell'ambito delle strategie regionali di promozione della salute materno infantile e di sostegno alla natalità, assume particolare rilevanza il rafforzamento delle funzioni territoriali della professione di ostetrica, già attivo attraverso il percorso di assistenza e le visite domiciliari, sviluppando modelli funzionali di famiglia e comunità, quale figura di prossimità per la presa in carico della donna, della coppia e della famiglia. Il Piano prevede l'integrazione di interventi di prevenzione precoce delle fragilità familiari e della violenza domestica in gravidanza e nel primo anno di vita del bambino, mediante programmi di home visiting ostetrico.

Le visite domiciliari rappresentano uno strumento qualificato di prossimità sanitaria e relazionale, idoneo a intercettare precocemente condizioni di vulnerabilità materna, isolamento sociale, stress genitoriale e possibili situazioni di violenza domestica, favorendo l'emersione protetta del bisogno e l'attivazione tempestiva della rete territoriale.

Tenendo conto dei risultati pubblicati in relazione ai progetti PARENT e 4EPARENT, finanziati dalla Commissione Europea per la promozione della paternità attiva, è previsto il coinvolgimento attivo, precoce, pratico ed emotivo del padre in ogni fase del percorso consultoriale.

Si raccomanda che ogni Azienda, nell'ambito dei percorsi assistenziali deliberati, preveda percorsi dedicati per la presa in carico della donna:

- minorenni;
- con problemi di dipendenze, salute mentale e/o disabilità;
- con difficoltà nel comprendere e/o parlare la lingua italiana;
- con mutilazioni genitali femminili (minorenni e maggiorenni).

Il CF ha, tra le sue funzioni, l'attività di comunicazione alle ragazze e alle donne relativa alla possibilità del parto in anonimato, secondo il DPR 396/2000, art. 30, comma 1, e alla disponibilità di culle termiche, definite come "Culle per la vita", in modo di garantire una scelta libera e responsabile con la finalità di evitare decisioni affrettate e drammatiche al momento del parto o nei momenti immediatamente successivi.

La legge italiana, infatti, consente alla madre di non riconoscere il bambino e di lasciarlo nell'ospedale in cui è nato, senza differenza di nazionalità, residenza o provenienza, affinché sia assicurata l'assistenza e la tutela giuridica del neonato, così come previsto dal DPR 3 novembre 2000, n. 396 art.30, comma 1 e dalla DGR 27 dicembre 2021 n. 970.

In caso di scelta di partorire al di fuori dall'ambito ospedaliero la donna può lasciare il neonato in una "Culla per la vita", dotate di dispositivi di sicurezza, garantendo la sua salute e l'anonimato.

Le informazioni relative a questi diritti dovranno essere rese disponibili sul sito internet aziendale o attraverso brochures multilingue distribuite presso i vari presidi consultoriali.

Il Consultorio Familiare deve essere dotato di una mail aziendale consultorio...@asl...it ai fini del collegamento e della comunicazione tra i nodi della Rete.

PUNTI NASCITA

La Rete Regionale dei Punti Nascita è stata definita nella DGR n. 115/2026 di “Programmazione della rete ospedaliera 2026-2028, in conformità agli standard previsti nel DM n. 70/2015”, secondo un’organizzazione delle UU.OO. di Ostetricia, di Pediatria/Neonatologia e Terapia intensiva neonatale in coerenza con gli standard operativi, tecnologici e di sicurezza vigenti nell’Accordo Stato Regioni del 16 dicembre 2010.

La Rete è costituita da 28 Punti Nascita distribuiti, su 6 macroaree di afferenza, distinti in:

- 10 PN di II livello – di cui otto nell’area urbana di Roma e due nelle provincie di Latina e Viterbo – dotati di Terapia Intensiva Neonatale, che, oltre a garantire l’attività del I livello, assistono donne gravide e neonati con patologia grave materno fetale e maggiore rischio ostetrico e neonatale;
- 18 PN di I livello – di cui sette nell’area urbana di Roma, quattro nell’area metropolitana di Roma e sette nelle provincie – che assistono donne gravide e neonati a basso rischio ostetrico o di piccola/media patologia.

L’Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OBPG) svolge in collaborazione con i Punti Nascita di II livello, un percorso per il parto elettivo per condizioni di neonati con gravi malformazioni diagnosticate in epoca prenatale, che necessitano di immediato intervento di cardiocirurgia neonatale, secondo il parere favorevole del Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNN) del 16/04/2023.

La presenza di 10 Punti Nascita di II livello garantisce in quattro macroaree la disponibilità di due Strutture di riferimento.

Il CPNA e il Cpn devono programmare e mantenere nel Punto Nascita i percorsi BRO e MRO, e garantire l’Ambulatorio per le Gravidanze a Termine (GAT), il rooming in, il contatto pelle a pelle, la presenza di una persona di fiducia al parto, indipendentemente dalla modalità di espletamento, la capacità di eseguire accertamenti diagnostici a letto e l’utilizzo di un sistema per la diagnosi tempestiva del rischio sepsi.

Il CPNA svolge, anche, il ruolo di coordinamento dei Punti Nascita con la finalità di omogeneizzare e ottimizzare la metodologia operativa, aumentare l’expertise e sviluppare una formazione sul campo attraverso la collaborazione e l’integrazione lavorativa del personale dei Punti Nascita Aziendali. Questa metodologia può essere estesa ai Punti Nascita delle Aziende AO/AU e delle Strutture Accreditate presenti sul territorio attraverso accordi specifici.

Il CPNA e il Cpn devono prevedere un programma per l’implementazione della partoanalgesia in ogni Punto Nascita e garantire il servizio di trasporto materno assistito o trasporto in utero.

Il CPNA e il Cpn sono tenuti a garantire:

- programma di formazione presso i reparti di Terapia Intensiva e Sub-Intensiva Neonatale dei Punti Nascita di 2° livello per gli specialisti in Pediatria Generale e Specialistica;
- corso di Rianimazione Neonatale per il team, medici, ostetriche, infermiere, del Punto Nascita di 1° livello;

Il CPNA e il Cpn devono inserire nel percorso nascita aziendale le modalità di integrazione e di invio al CF per la presa in carico precoce subito dopo la dimissione.

Il Punto Nascita deve essere dotato di una mail aziendale puntonascita...@.....it ai fini del collegamento e della comunicazione tra i nodi della Rete.

PEDIATRA DI LIBERA SCELTA

Il Pediatra di Libera Scelta (PLS) è il medico che segue i bambini dalla nascita fino ai 14 anni.

La scelta può avvenire dopo la nascita del bambino attraverso la consultazione degli elenchi presso gli uffici dell'ASL o online sul sito regionale e si raccomanda un incontro conoscitivo durante la gravidanza.

L'individuazione precoce del PLS, durante la gravidanza, permette l'instaurarsi di una relazione con un coinvolgimento nel percorso nascita e può consentire un percorso di preparazione e assistenza di consulenza prenatale ai genitori.

La scelta del PLS può essere effettuata online tramite il portale Salute Lazio, previo accesso con SPID, CIE o CNS, oppure presso gli sportelli della ASL.

Il PLS ha tra i suoi compiti di:

- fornire informazioni ai genitori su temi legati alla salute e al benessere del bambino, come l'alimentazione, l'igiene e la sicurezza;
- effettuare visite periodiche con valutazione dei bilanci di salute per monitorare la crescita e lo sviluppo del bambino;
- svolgere attività di prevenzione e di vaccinazione seguendo il calendario vaccinale;
- effettuare visite a domicilio per fornire le prime cure;
- attivare i percorsi di cura e della riabilitazione dei bambini in caso di malattia o di necessità specifiche.

SISTEMI DI TRASPORTO IN EMERGENZA

I sistemi di trasporto materno e neonatale sono parte integrante e fondamentale della Rete per la tutela della salute della diade madre/neonato e rappresentano la cerniera di collegamento tra Punto Nascita di I e II livello; pertanto, devono garantire attraverso una organizzazione strutturata un rapido, efficace e sicuro trasporto delle donne e dei neonati, che necessitano di un livello assistenziale superiore a quello offerto dall'ospedale di primo accesso.

STAM - SISTEMA DI TRASPORTO ASSISTITO MATERNO

Il servizio di trasporto materno assistito o trasporto in utero (STAM) è la modalità di trasferimento di una donna con gravidanza a rischio, che necessita di cure a maggior livello di complessità presso un centro Hub per patologie materne e/o fetali, non erogabili nella struttura di ricovero di I Livello.

Lo STAM trasporta la diade madre-feto con la raccomandazione di effettuare un trasferimento in condizioni stabili per evitare interventi assistenziali da eseguire sul mezzo di trasporto che possano mettere a rischio una delle due persone. Questa procedura non dovrebbe essere attivata in presenza di un elevato rischio di parto imminente; pertanto, deve essere preferito un parto in Ospedale di I livello piuttosto che un parto o un'emergenza perinatologica sul mezzo di trasporto.

Lo STAM può avvenire, anche in continuità di soccorso, per le seguenti condizioni:

- critiche con trasferimento in emergenza per procedure diagnostiche e/o terapeutiche non disponibili nell'ospedale di accesso;
- stabilizzate con trasferimento secondario per il completamento delle cure in ambiente specialistico.

Il Coordinamento Regionale Reti di Patologia svolgerà specifici incontri di macroarea tra i Punti Nascita di I e II livello per omogeneizzare e formalizzare la procedura con le Direzioni Sanitarie e i professionisti coinvolti.

I Punti Nascita garantiscono l'attivazione del percorso STAM in tempi coerenti con l'urgenza clinica, compresi tra 30 e 60 minuti.

La mancata disponibilità operativa del Punto Nascita di II Livello di riferimento territoriale determina la possibilità di attivare l'Unità operativa Area Critica ARES 118 per la ricerca di un altro Punto Nascita di II Livello.

Il trasporto tramite ambulanza è da preferire rispetto a quello aereo, che deve essere riservato solo a casi eccezionali, garantendo comunque la sorveglianza e il monitoraggio sistematico delle condizioni durante il trasporto.

Il livello di monitoraggio durante il trasporto STAM deve essere coerente con le condizioni cliniche osservate e il rischio di evolutività.

STEN - SERVIZIO DI TRASPORTO NEONATALE IN EMERGENZA

Il Servizio Trasporto di Emergenza Neonatale (STEN) garantisce il trasferimento dei neonati patologici, che necessitano di cure di livello superiore o di alta specializzazione non erogabili nel Punto Nascita o Presidio di primo accesso, e interviene, nel modello integrato STAM/STEN, quando il trasferimento in utero non sia stato finalizzato o attivato.

L'UO STEN è una funzione dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria ARES 118 con l'obiettivo di garantire la stabilizzazione del neonato e l'appropriata assistenza sia presso il Punto Nascita inviante che nella fase di trasferimento con la finalità di ridurre il rischio aggiuntivo di deterioramento clinico durante il trasporto, utilizzando gli standard strutturali e funzionali adeguati.

Lo STEN garantisce il collegamento in emergenza tra i Punti Nascita della Rete, e programma, attraverso, un'analisi dei volumi, una risposta efficiente e rapida in relazione alle caratteristiche dei nodi e alla tipologia di richiesta non programmata.

La Determinazione del 18/12/2020, n. G15689 recepisce il documento tecnico "Organizzazione, standard e protocollo operativo del Servizio Trasporto Emergenza Neonatale - STEN Lazio" che definisce gli aspetti operativi, tecnologici e gestionali del servizio, confermati nel presente Piano.

Lo STEN costituisce il Centro di Coordinamento (CCSTEN) per la gestione dell'emergenza neonatale regionale, collegato e integrato nell'attività dell'Emergenza-Urgenza Sanitaria Territoriale, e il Responsabile della UO svolge le seguenti funzioni:

- a. componente del CPNR;
- b. coordina l'attività e gestisce il gruppo STEN;
- c. sviluppa un sistema di monitoraggio e produce un report annuale dell'attività;
- d. effettua la rilevazione dei trasferimenti neonatali ritenuti inappropriati per condizioni materne e fetali a rischio;
- e. controlla la qualità delle cure erogate;
- f. monitora l'adeguatezza dei mezzi di trasporto e delle attrezzature;
- g. predispone un programma un percorso di "Audit & Feedback" con i Punti Nascita di II livello, per la formazione sul campo del personale dei Punti Nascita di I livello, finalizzata alla stabilizzazione e gestione del neonato patologico in attesa dell'arrivo del gruppo STEN.

Lo STEN è dotato di:

- numero dedicato di emergenza neonatale 0649979337;

- sistema di comunicazione, che integra in un'unica "conference call" Spoke, Hub e Centrale Operativa per l'attivazione dello STEN;
- cartella clinica, da digitalizzare, per il trasporto neonatale relativa al percorso clinico, al consenso al trasferimento e al rispetto alla normativa sulla protezione dei dati personali.

L'Azienda ARES118 deve prevedere la digitalizzazione del percorso attraverso una piattaforma di comunicazione collegata alla registrazione delle richieste di intervento e della sede di trasporto, oltre a visualizzare in tempo reale la disponibilità dei posti letto nei PN di II livello, consentendo l'istituzione di un sistema informativo in grado di offrire le seguenti informazioni:

- data e ora della richiesta,
- punto nascita/presidio ospedaliero e nome del medico richiedente il trasporto,
- dati anagrafici, clinici e strumentali del paziente,
- motivo del trasferimento,
- disponibilità del posto letto presso il centro trasferente,
- orario di partenza e arrivo sia per il centro trasferente che verso quello di destinazione,
- tempo di stabilizzazione,
- MINT e TRIPS score,
- stato di attività del team STEN e nuovo orario di riattivazione.

Il servizio svolge le seguenti attività:

- a. attività di consulenza telefonica e di supporto h 24 7/7 durante la fase di stabilizzazione in attesa del trasferimento;
- b. trasferimento di neonati presso i Punti Nascita di II Livello o Centri di Alta Specializzazione per livelli assistenza non erogabili nel Punto Nascita di accesso o aviotrasportati da altre regioni;
- c. "back-transport", da Centri di riferimento verso Punti Nascita I livello, anche in altro bacino di assistenza, quando il livello assistenziale lo consenta sia per agevolare il ricongiungimento madre-neonato che per rendere disponibili posti letto presso il Punto Nascita II livello;
- d. trasporto tra Punti Nascita di II livello quando non siano disponibili posti letto neonatali di livello adeguato nelle strutture dove è avvenuto il parto o per il trasferimento presso altre strutture di II livello con competenze specifiche di elevato livello;
- e. trasporto di neonati tra Punti Nascita dell'area metropolitana per effettuare indagini diagnostico-strumentali presso centri di Alta Specializzazione;
- f. trasferimento di neonati provenienti da presidi ospedalieri privi di assistenza ostetrico/neonatalogica oppure per problematiche insorte nell'espletamento del parto a domicilio e in case di maternità come previsto dal DCA del 23/12/2016, n. U00395 "Protocollo assistenziale per il parto a domicilio in centro nascita ed in casa maternità";
- g. trasferimento "per la prevenzione dell'infanticidio" di neonati abbandonati nel cassonetto e segnalati attraverso il "numero verde Salvabebè 800283110" o depositati nelle Culle Termiche esistenti.

Le afferenze del trasporto STEN sono indicate nell'Allegato 1, comunque sono previsti dei percorsi dedicati per alcune patologie di interesse specifico con le seguenti afferenze regionali:

- Neurochirurgico: Policlinico Gemelli e Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (OPBG);
- Cardiochirurgico: OPBG;

- Trattamento ipotermico neuroprotettivo dell'encefalopatia ipossico ischemica: Policlinico Gemelli, Policlinico Umberto I, OPBG, Gemelli Isola Tiberina, S. Eugenio, San Giovanni Addolorata, S. Camillo Forlanini, Goretti.

L'OPBG svolge la funzione di Hub prevalentemente per neonati che necessitano di TIN post-chirurgica o provenienti da fuori regione o per riferimento a Centri di Alta Specializzazione, come previsto dal DCA n.257 del 05/07/2017.

I trasferimenti vengono effettuati, principalmente tramite mezzo su gomma utilizzando un'ambulanza di soccorso avanzata dedicata e adattata per struttura e strumentazione alla tipologia di trasporto. L'attivazione del Servizio di Elisoccorso per i trasporti inter-ospedalieri è finalizzata a ridurre il tempo totale di trasporto e garantire tempi più rapidi di ricovero presso i Centri di Terapia Intensiva Neonatale o di Alta Specialità, pertanto in relazione alla complessità della gestione dei neonati critici, l'utilizzo di questa tipologia di trasporto deve essere:

- programmata su percorsi, protocolli e PDTA condivisi tra Punti Nascita di diverso livello e Centrali Operative responsabili;
- attivata in relazione alle condizioni cliniche del neonato e al fattore distanza/tempo considerando con attenzione i tempi di attivazione e di manovre di imbarco e sbarco elicottero/ambulanza nelle situazioni di mancanza di piazzole in situ.

BANCA PUBBLICA REGIONALE SANGUE CORDONE OMBELICALE (BRSCO)

La conservazione del Sangue Cordone Ombelicale riveste un interesse primario per il SSR ed è coordinata dal Centro Regionale Sangue, in collaborazione con il Centro Regionale Trapianti (Legge 219/2005 e smi e DM 18/11/2009 e smi), con le Banche Regionali Sangue Cordone Ombelicale Azienda Policlinico Umberto I e Fondazione Policlinico Gemelli.

Il referente delle BRSCO è un componente del CPNR e collabora per definire e mantenere un percorso regionale omogeneo, come parte integrante degli indirizzi operativi della Rete.

Il sangue raccolto dal cordone ombelicale del neonato viene inviato presso le sedi delle BRSCO per la conservazione e la distribuzione delle cellule staminali emopoietiche cordonali.

Le attuali afferenze alle BRSCO sono rappresentate nella seguente tabella.

Banca Regionale (SCO)	PN autorizzati alla raccolta
Policlinico Umberto I	Policlinico Umberto I S. Eugenio Sandro Pertini San Pietro - Fbf
Policlinico Gemelli	Policlinico Gemelli Isola Tiberina- Gemelli Isola Santo Spirito S. Filippo Neri Cristo Re G. B. Grassi

Il CPNA deve garantire la opportunità di donazione del sangue cordonale almeno in un Punto Nascita presente sul proprio territorio, e comunque si raccomanda di renderlo disponibile in ogni Punti Nascita con un volume superiore ai 1.000 parti.

STRUMENTI OPERATIVI

La transizione digitale e la telemedicina hanno un ruolo strategico nell'evoluzione del sistema di Rete, a questo fine nella programmazione del prossimo triennio è promossa l'implementazione progressiva attraverso l'attivazione e l'utilizzo di:

- Piattaforma per la condivisione della documentazione clinica tra i nodi della Rete per facilitare la presa in carico della persona;
- Fascicolo Sanitario Elettronico, secondo le linee guida nazionali, come strumento tecnico attraverso il quale disporre in modo strutturato e specifico dalla documentazione sanitaria (referti, ricette dematerializzate etc..) e la visione del diario clinico;
- L'attivazione di Help Line per il percorso nascita, presso la Centrale Operativa 116117 dell'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES 118), in collegamento con i nodi della Rete con l'obiettivo di garantire risposte rapide, qualificate e personalizzate a bisogni clinici, informativi e psicologici. Il servizio, accessibile anche agli utenti stranieri, si avvale di operatori formati sulle malattie rare e sui servizi sociosanitari, capaci di garantire un ascolto empatico e professionale e fornire un punto di riferimento telefonico assicurare:
 - o servizio informativo qualificato e aggiornato;
 - o supporto psicologico strutturato a cura di professionisti esperti;
 - o orientamento personalizzato all'accesso ai servizi sanitari e sociali, inclusivo delle tutele previste;
 - o verifica l'effettiva presa in carico attraverso un'attività di recall telefonico;
 - o gestire situazioni cliniche non differibili in sinergia con i servizi territoriali di continuità assistenziale.
- Piattaforma digitale per la raccolta, la gestione e la consultazione degli studi scientifici approvati dai Comitati Etici operanti sul territorio regionale e quelli in cui le Strutture Regionali sono impegnati a livello nazionale e internazionale;
- Piattaforma Transitional Care per il cambio di setting assistenziale (DGR 621 del 17/07/2025).

La Rete del Percorso Nascita è dotata di un sistema di teleconsulto ADVICE tra Ospedali con attivazione da Pronto Soccorso e da Reparto che permette la visita della persona assistita da remoto, la condivisione di immagini e di dati clinici con la finalità di condividere il percorso clinico e la sede idonea di ricovero secondo quanto previsto dalle Determinazioni n. G16185/2018 e n. G07527/2025. Nella Rete del Percorso Nascita è individuato il ginecologo del Punto Nascita di II livello per il teleconsulto come responsabile del gruppo multiprofessionale.

PERCORSO NASCITA

Il Percorso Nascita comprende le attività assistenziali relative alla salute preconcezionale e al periodo dei "1000 giorni", dal concepimento fino ai primi due anni di vita di un bambino, con la finalità di garantire l'accompagnamento, l'informazione, l'assistenza sanitaria, psicologica, sociale, coinvolgendo la donna e il suo nucleo familiare in una partecipazione attiva.

Il bilancio di salute è la metodologia di valutazione periodica e dinamica del rischio attraverso le rilevazioni anamnestiche, cliniche, le indagini con esami programmati per età gestazionale, in coerenza con quanto previsto nei LEA e con le evidenze scientifiche.

La valutazione dell'evoluzione del rischio è centrale per personalizzare il percorso individuando e adattando alle condizioni cliniche il gruppo multiprofessionale per la presa in carico e le Strutture Assistenziali più appropriate per l'accesso. Il percorso assistenziale è stato sviluppato sulla base di setting assistenziali, volti a favorire l'integrazione tra i servizi e la continuità dei processi assistenziali, attraverso l'interazione multidisciplinare.

Il Percorso Nascita è articolato secondo un continuum strutturato nelle seguenti fasi integrate:

- periodo preconcezionale;
- gravidanza;
- travaglio e parto
- puerperio;
- primi due anni di vita del bambino.

Per ciascuna fase sono definiti il setting assistenziale prevalente, le modalità di presa in carico territoriale e ospedaliera e la continuità assistenziale tra i nodi della rete, al fine di garantire la tutela della salute della madre e del nascituro lungo l'intero percorso nascita.

SALUTE PRECONCEZIONALE

La salute preconcezionale ha lo scopo di promuovere la salute della coppia attraverso l'adozione di corretti stili di vita e di misure di prevenzione con la finalità di prepararla ad una gravidanza e a un parto sano e di ridurre i possibili rischi durante e dopo la gravidanza stessa.

L'attività di promozione della salute preconcezionale è raccomandata in ogni occasione di incontro dei professionisti del SSR con la popolazione in età fertile, anche, attraverso i diversi strumenti di informazione e comunicazione disponibili per accrescere la consapevolezza relativa alla prevenzione. La consulenza preconcezionale viene offerta in modo attivo e gratuito presso i Consulenti Familiari (CF) attraverso la verifica dello stato di salute e degli stili di vita della donna/coppia con le seguenti modalità:

- anamnesi riproduttiva e visita per identificare possibili fattori di rischio come patologie dell'apparato riproduttivo, malattie croniche, uso di farmaci, peso corporeo elevato o basso;
- proposta stile di vita sano al fine di adottare un'alimentazione sana e un'attività fisica regolare, sospendere l'assunzione di alcool e fumo, verificare l'esposizione a fattori di rischio ambientale;
- verifica dello stato vaccinale/immunitario relativo a morbillo, rosolia, parotite e varicella;
- prescrizione degli esami preconcezionali secondo quanto previsto nei LEA (DPCM LEA 12/01/2017), includendo le specifiche prestazioni previste in presenza di pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale;
- invio a consulenza specialistica in presenza di una condizione patologica;
- invio a consulenza genetica in presenza di infertilità, poliabortività o patologie ereditarie di anamnesi familiare positiva per patologie ereditarie con esecuzione dei test per verificare la presenza di mutazione genetica;
- proposta di supporto psicologico: nei casi di aumentato rischio psico-sociale o di riconoscimento di condizioni determinanti di ansia e preoccupazione.

In presenza di condizioni che ostacolano la gravidanza la donna/coppia può essere inserita in un percorso assistenziale della Rete Regionale della Procreazione Medicalmente Assistita (RRPMA), istituita con la DGR n. 1182/2024, secondo i criteri di accesso alle tecniche di PMA coerenti con i nuovi livelli essenziali di assistenza (DPCM 12/01/2017).

La salute mentale perinatale e la violenza domestica

La gravidanza e il post-parto rappresentano fasi critiche e impegnative nella vita della donna, a causa dei profondi cambiamenti personali, psico-fisici e sociali, come dimostrano gli studi epidemiologici la depressione post-partum coinvolge una percentuale di donne compresa tra l'8 e il 12%, entro tre mesi dal parto con episodi di durata compresa tra due e sei mesi.

Le evidenze scientifiche e le indicazioni presenti nelle Linee Guida sulla gravidanza fisiologica dell'ISS sottolineano l'importanza dell'identificazione precoce di situazioni considerate a rischio, per il riconoscimento tempestivo di situazioni di fragilità psicologica e sociale.

La depressione, se non riconosciuta e trattata, può avere rilevanti conseguenze negative sulla vita della donna e sul suo ruolo di madre, aumentando il rischio di difficoltà nell'interazione e nell'attaccamento al proprio figlio. Le ripercussioni possono diventare significative nella gestione quotidiana delle attività e rilevanti sull'autostima, sulle relazioni sociali e sul ruolo all'interno della famiglia e della comunità, tali da richiedere un intervento più urgente a causa dell'effetto potenziale sul feto o sul bambino, sulla salute fisica della donna e sulla sua capacità di gestire le situazioni familiari.

Le ASL devono prevedere nel loro percorso nascita un programma per la salute del bambino, il benessere della madre e della coppia e la prevenzione della violenza, che comprende le seguenti attività in gravidanza e dopo il parto:

- screening precoce della depressione perinatale attraverso test validati, somministrati da personale adeguatamente formato;
- scheda di rischio psico-sociale per il riconoscimento precoce dei segnali di violenza domestica nelle donne assistite;
- coinvolgimento del partner per ridurre e prevenire situazioni considerate a rischio di violenza domestica, come previsto nel progetto europeo PARENT, che promuove la paternità attiva e la parità di genere;
- presa in carico di donne a rischio, attraverso un sistema integrato multiprofessionale, come previsto dal Piano Regionale Prevenzione 2021-2025.

GRAVIDANZA

Accertamento di gravidanza e primo accesso

L'accertamento dello stato di gravidanza determina l'inserimento della donna e della coppia nel percorso nascita programmato dalla Rete dei Servizi dedicati, Consultorio Familiare o Ambulatorio specialistico, che garantiscono un'attività di accoglienza, informazione e orientamento indispensabile per lo sviluppo di una gravidanza consapevole.

Il percorso viene condiviso con la donna e personalizzato in relazione alla specifica condizione clinica o sociale. La donna viene informata, al primo accesso, del percorso assistenziale, dei diritti previsti nel Testo Unico sulla maternità e paternità (D. Lgs 151/2001 e smi., DCA 413/2017). utilizzando un linguaggio comprensibile e adatto alla persona, in grado di favorire l'interattività e il coinvolgimento, con l'eventuale supporto di un mediatore culturale.

Il rilascio del certificato di gravidanza viene garantito dal Consultorio Familiare, dal medico di medicina generale, o dagli specialisti ginecologici, inserendo secondo il tipo di gravidanza il seguente codice:

- “M + settimana di gravidanza” in caso di gravidanza a basso rischio;
- “M50” effettuata dallo specialista di struttura pubblica in caso di gravidanza a rischio, accertamento di eventuali difetti genetici in funzione preconcezionale, condizioni patologiche che comportino rischi per il feto o la madre, rischio procreativo prevedibile a priori, o rischio fetale reso evidente nel corso della gestazione, minaccia d'aborto.

La presa in carico si realizza con la programmazione proattiva delle visite e delle prestazioni specialistiche, secondo quanto previsto nei LEA, utilizzando come strumento operativo l'Agenda di Gravidanza per la registrazione del percorso assistenziale, in cui sono inserite:

- informazioni utili alla donna ed al suo nucleo familiare con la finalità di acquisire la consapevolezza sull'intero percorso assistenziale, i controlli clinici, gli esami consigliati in relazione all'età gestazionale e i servizi dedicati alla maternità;
- Promemoria con l'elenco delle informazioni da approfondire in ogni incontro;
- diario clinico degli appuntamenti con le informazioni anamnestiche, i bilanci di salute, gli esami di diagnosi prenatale, ecografici di laboratorio e le altre attività assistenziali per ognuno dei tre trimestri;
- checklist di valutazione del rischio compilate durante il percorso la prima visita e i successivi controlli;
- Prescrizioni precompilate degli esami garantiti nel percorso.

Al fine di consentire la condivisione dei parametri clinici tra i diversi setting sanitari in ogni momento, l'Agenda della Gravidanza è stata inserita nel percorso di digitalizzazione del SSR.

Il CPNR deve predisporre la revisione dell'Agenda della Gravidanza entro sei mesi dalla sua costituzione.

Nella Regione Lazio la presa in carico della donna, dopo l'accertamento di gravidanza, deve essere garantita secondo le indicazioni del percorso regionale, indipendentemente dal regime di erogazione, prevedendo le seguenti attività:

- utilizzo dell'Agenda di gravidanza con prenotazione proattiva delle prestazioni previste;
- adozione di un percorso appropriato in relazione alla valutazione del rischio;
- partecipazione a incontri di accompagnamento alla nascita;
- individuazione del punto nascita e accesso agli ambulatori di gravidanza a termine;
- collegamento con i servizi consultoriali dopo il parto.

Si raccomanda che il primo accesso avvenga il più precocemente possibile, comunque, entro la 10° settimana di gestazione, e non oltre la 13° settimana, con l'obiettivo di:

- identificare il livello di rischio della gravidanza e programmare le indagini per lo screening prenatale attraverso un'attività anamnestica, la prima visita ostetrica e gli esiti delle prestazioni previste;
- informare sul percorso, sui servizi, sugli stili di vita, sui diritti legati alla maternità, sulle opportune iniziative volte a promuovere la “paternità attiva”, Progetto PARENT dell'ISS, sulla gestione dei sintomi più comuni in gravidanza, su screening, diagnosi prenatale e corsi di accompagnamento alla nascita;

- individuare le donne che necessitano di interventi mirati per fragilità psicosociale, condizioni di svantaggio sociale ed economico, disabilità fisica, psichica o sensoriale, mutilazioni genitali femminili, violenza domestica;
- definire il percorso assistenziale appropriato per la presa in carico, e programmare percorsi dedicati alla donna minorenni o con disabilità.

La definizione del rischio, finalizzata a verificare lo stato della gravidanza e la presenza di eventuali fattori di rischio, si realizza attraverso la compilazione della checklist di prima visita e la rilevazione del bilancio di salute, da parte del ginecologo e dell'ostetrica, con eventuale coinvolgimento di altre figure del gruppo multiprofessionale in funzione del bisogno osservato.

La fase anamnestica ha lo scopo di rilevare le condizioni sociali, le abitudini di vita, le eventuali patologie familiari incidenti, pregresse o concomitanti della persona, e la condizione ostetrico-ginecologica remota o attuale. Il modello "Screening, Brief Intervention, Referral to Treatment" costituisce un approccio di sanità pubblica per l'identificazione dell'uso problematico di alcool o sostanze.

La prima visita ha l'obiettivo di:

- effettuare una valutazione olistica dello stato di salute della donna;
- eseguire un esame obiettivo ostetrico e provvedere a completare i programmi di screening previsti (pap test/HPV test in relazione al target di età);
- definire l'età gestazionale certa con la prima ecografia e auscultare il battito del feto, se effettuata dopo la 12° settimana;
- prescrivere gli esami diagnostici previsti nei LEA per il I° trimestre, e, se non già eseguiti, test di screening prenatale rivolti a completare la valutazione del rischio.

L'identificazione del profilo di rischio permette di personalizzare il percorso assistenziale e garantire le cure più appropriate con le professionalità coerenti con le caratteristiche della gravidanza e le evidenze rilevate nella normativa vigente.

La gravidanza viene definita in:

- basso rischio, BRO, in caso gravidanza singola e in assenza di fattori di rischio anamnestici, clinici e laboratoristici né per la madre, né per il feto, pur considerando che nessun percorso di vita è completamente esente da rischi e l'incomprimibilità del rischio è conseguenza della variabilità biologica e di una quota di incidenza non prevedibile;
- maggiore rischio, MRO, quando il rischio di occorrenza di un esito patologico per la donna e/o il bambino è maggiore di quello della popolazione generale delle gestanti.

Le Aziende Sanitarie e Ospedaliere e le Strutture Accreditate devono prevedere l'adozione formale di un PDTA, in cui siano identificati i referenti dei percorsi MRO e BRO, le sedi e le modalità di presa in carico e di continuità assistenziale secondo quanto previsto dal presente piano con la indicazione e la definizione degli strumenti per la prenotazione di pacchetti di prestazioni su agende dedicate, per i collegamenti tra i setting, per l'informazione agli utenti e per il programma di "Audit & Feedback" con percorsi di formazione sul campo.

In coerenza con le raccomandazioni vigenti, dopo la valutazione iniziale integrata del rischio, la presa in carico delle condizioni a basso rischio (BRO) è affidata dell'ostetrica e di quelle a maggiore rischio in presenza di uno o più condizioni determinanti (MRO) al medico specialista in collaborazione con l'Ostetrica.

La presa in carico in ciascun percorso deve essere accompagnata da una comunicazione chiara, ed approfondita sulla situazione clinica e sulle motivazioni della scelta, offrendo l'opportunità di

un'accoglienza dei bisogni assistenziali e psicologici della donna, considerando la necessità di eventuali mediatori culturali.

La donna viene informata della dinamicità di questa valutazione durante il percorso gestazionale, per cui in relazione all'evoluzione clinica l'attività di assistenza e cura potrà essere affidata ad un altro percorso attraverso la collaborazione e la continuità fornita dalle professionalità dei due percorsi BRO e MRO.

La fase di accesso alla presa in carico della gestante si conclude con l'individuazione del professionista/professionisti di riferimento, con la consegna dell'agenda di gravidanza con i riferimenti della struttura, il rilascio di certificato di esenzione al ticket, l'eventuale della certificazione per l'astensione anticipata e/o obbligatoria dal lavoro e la programmazione proattiva delle visite e delle prestazioni specialistiche successive.

Il percorso di presa in carico durante la gravidanza

La presa in carico della gravidanza è un percorso dinamico, che richiede un monitoraggio e una rivalutazione periodica del profilo di rischio attraverso la definizione del bilancio di salute eseguito utilizzando la checklist delle attività assistenziali dedicata ai successivi controlli.

La presa in carico durante la gravidanza, indipendentemente dal profilo di rischio individuato, richiede che ogni Azienda sia organizzata attraverso un percorso garantito dalla collaborazione e l'integrazione del gruppo multiprofessionale e multidisciplinare, presente nei Consultori e nei Punti Nascita con un collegamento funzionale strutturato con un team di consulenti di Specialistica Ambulatoriale con la finalità di supportare le eventuali e ulteriori attività assistenziali per la sicurezza della donna e del nascituro.

Pertanto, si raccomanda di garantire nella definizione dei percorsi assistenziali:

- disponibilità di specialisti necessari alla gestione e monitoraggio di condizioni patologiche concomitanti, attraverso la richiesta di prestazioni su agende dedicate con prenotazione proattiva;
- integrazione tra le professionalità dei due percorsi BRO e MRO in ogni momento in cui si manifesti una modificazione del profilo di rischio verso una delle due condizioni nel corso dei controlli periodici;
- collegamenti strutturati e prenotazione proattive per la presa in carico integrata tra i Consultori e i Punti nascita nelle due fasi di transizione pre e post-partum;
- coinvolgimento di professionalità di supporto psicologico e sociale in presenza di condizioni di vita di fragilità come stress emotivo, lavorativo, familiare o condizione socioeconomica, con l'obiettivo di favorire la realizzazione del welfare di comunità, attraverso la sinergia tra i servizi e il network territoriale.

Le valutazioni periodiche sono, di norma, programmate ogni 4/6 settimane e registrate nell'agenda della Gravidanza, per verificare l'andamento e lo stato di salute della donna e del feto mediante rilevazioni anamnestiche, cliniche, esami di laboratorio e strumentali, tra cui la misurazione sinfisio-fondo, secondo le evidenze scientifiche (Raccomandazioni AGENAS 2017, Linee guida 1/2023 SNLG) in relazione all'età gestazionale.

Le attività previste secondo i LEA nelle diverse fasi gestazionali sono inserite nella tabella seguente.

Trimestre	Attività previste
1° fino a 13° settimana + 6 giorni	<p>Accoglienza, informazioni, colloquio e ascolto Bilancio di salute Esami 1° trimestre, se non eseguiti Verifica dell'assenza di fattori di rischio secondo criteri standardizzati Condivisione percorso assistenziale Accompagnamento educativo alla genitorialità, attraverso incontri individuali e/o di gruppo Attivazione del percorso di diagnosi prenatale: Test combinato</p> <p><i>Consulenze specialistiche di II livello ove necessario</i></p>
2° da 14° settimana + 0 gg a 27 sett. + 6 gg	<p>Accoglienza, colloquio e ascolto Informazioni sui corsi di accompagnamento alla nascita Informazioni sulla possibilità di donazione del sangue cordonale Informazioni su ecografia per identificazione anomalie fetali Bilanci di salute Esami 2° trimestre nelle 3 fasce d'età gestazionale: da 14+0 a 18+6 / da 19+0 a 23 +6 / da 24+0 a 27 +6 Rivalutazione del livello rischio sulla base di tutti gli elementi raccolti durante i bilanci di salute Consulto integrato con il ginecologo del gruppo in caso di scostamento dalla fisiologia Definizione e condivisione con la donna del percorso assistenziale Accompagnamento educativo alla genitorialità, attraverso incontri individuali e/o di gruppo Offerta vaccinazione antiinfluenzale, se in stagione epidemica, e informazioni su prevenzione primaria Rilevazione della misurazione sinfisi-fondo Screening rilevazione fenomeni di abuso o violenza e invio ai servizi di presa in carico Ecografia morfologica II trimestre per identificazione anomalie fetali.</p> <p><i>Consulenze specialistiche di II livello ove necessario</i></p>
3° da 28° settimana + 0 gg	<p>Accoglienza, colloquio e ascolto Informazioni su interventi non farmacologici e farmacologici per controllo/gestione del dolore travaglio/parto, su modalità di parto, allattamento, screening e profilassi neonatali, puerperio Bilanci di salute Accompagnamento educativo alla genitorialità, attraverso incontri individuali e/o di gruppo Incontri di accompagnamento alla nascita Offerta attiva partoanalgesia Esami 3° trimestre nelle fasce d'età gestazionale: da 28+0 a 32+6 / da 33+0 a 37 +6 / da 41+0 Rivalutazione del livello rischio sulla base di tutti gli elementi raccolti durante i bilanci di salute Offerta vaccinazione dPTa preferibilmente a 28 settimana Offerta vaccinazione antinfluenzale, se in stagione epidemica, e informazioni su prevenzione primaria Prenotazione della visita all'ambulatorio del termine gravidanza del Punto nascita prescelto a 36 settimane per il monitoraggio della gravidanza e l'accompagnamento al parto</p> <p><i>Consulenze specialistiche di II livello ove necessario</i></p>

Il percorso della gravidanza deve garantire, indipendentemente dal rischio, alcune attività di informazione e preparazione secondo un modello aziendale uniforme, omogeneo e integrato tra i Consultori e Punti Nascita, adattandolo, eventualmente, a specifiche esigenze territoriali.

Incontri di Accompagnamento alla nascita (IAN)

Gli Incontri di Accompagnamento alla nascita costituiscono un'opportunità assistenziale offerta alla gestante e al suo nucleo familiare per prepararsi con maggiore consapevolezza alla nascita e alla gestione post-partum.

Gli incontri costituiscono un momento di confronto e di condivisione con i futuri genitori, attraverso un programma integrato di attività informativa, pratica e di supporto emotivo e psicologico per affrontare i cambiamenti.

La disponibilità nel gruppo multiprofessionale di personale esperto su queste tematiche ha la finalità di stimolare e valorizzare la consapevolezza e le proprie conoscenze per operare scelte informate nel percorso genitoriale.

Le linee di indirizzo ministeriali (*Benessere della coppia madre-bambino e sicurezza del neonato: il rooming-in – anno 2024*) raccomandano che, fra la 26° e la 34° settimana di gravidanza, siano offerti attivamente gli IAN, finalizzati all'empowerment materno, con il coinvolgimento anche del padre, in cui siano garantiti i seguenti contenuti:

- promozione del benessere in gravidanza per la madre e per il feto e salute genesi;
- modalità farmacologiche e non farmacologiche di contenimento/gestione del dolore;
- contatto pelle a pelle;
- rooming-in;
- comportamento del neonato sano nei primi giorni di vita con descrizione dei segni di benessere neonatale;
- protezione, promozione e sostegno dell'allattamento;
- ruolo del padre e della persona di fiducia;
- prevenzione del collasso postnatale e della SIDS;
- sicurezza del neonato: posizione in culla durante il sonno, condivisione del letto, prevenzione delle cadute;
- benessere emotivo in epoca perinatale;
- dimissione appropriata dall'ospedale della coppia madre-bambino, con eventuali forme di accompagnamento come visita a domicilio, telemedicina e supporto da remoto;
- supporto per il ruolo genitoriale, cambiamenti psicologici e relazionali della coppia e la prevenzione e riconoscimento della comparsa di stati di ansia e depressione.

Gli IAN costituiscono, anche, la sede di sviluppo di programmi di movimento e di lavoro corporeo in gravidanza e nel dopo parto con la finalità di promuovere l'attività fisica e il contrasto all'obesità attraverso le competenze di personale ostetrico adeguatamente formato.

Informazioni sulla donazione del sangue cordonale

I Consultori familiari e i Punti Nascita devono prevedere, nelle fasi di presa in carico, l'attività di counselling e di screening per la donazione solidaristica SCO, fornendo le informazioni necessarie a promuovere la donazione del sangue ombelicale e la conoscenza delle Strutture in cui il percorso è attivo.

Informazioni su interventi non farmacologici e farmacologici per controllo/gestione del dolore

Un'informazione esaustiva sul controllo del dolore può consentire alla donna di affrontare l'esperienza del travaglio e del parto con maggiore serenità e consapevolezza, favorendo un ruolo attivo nelle decisioni relative al proprio corpo e alla salute del nascituro.

Tale attività è inserita nel programma degli IAN e della presa in carico presso i Punti Nascita, al fine di garantire una comunicazione chiara relativa alle opzioni offerte dalla struttura.

Il programma ha l'obiettivo di illustrare le strategie farmacologiche e non farmacologiche per il controllo e la gestione del dolore durante il travaglio.

Le metodologie non farmacologiche mirano a sostenere e preparare la donna al travaglio, valorizzando le sue risorse personali attraverso tecniche e manovre volte a ridurre la percezione del dolore e a migliorare il comfort dell'ambiente circostante.

L'illustrazione delle opzioni farmacologiche ha la finalità di permettere di comprendere i vantaggi e i limiti delle diverse modalità disponibili, promuovendo una scelta consapevole e personalizzata in base alle condizioni cliniche della donna, del feto e alla fase del travaglio.

Continuità assistenziale con il Punto Nascita

Il percorso di presa in carico prevede tra la 34° e la 36° settimana di gestazione l'invio programmato e proattivo dal Consultorio Familiare al Punto Nascita con la finalità di garantire la continuità assistenziale e consentire alla coppia di conoscere la struttura e di pianificare il percorso nelle ultime settimane prima del parto.

L'invio avviene attraverso una comunicazione strutturata tra le figure professionali di riferimento del CF e del Punto Nascita, secondo quanto previsto nel percorso aziendale, con lo scopo di visitare la sala parto e il reparto di ricovero, conoscere il personale e le condizioni di accoglienza, favorire una relazione empatica con l'ambiente e verificare le proprie aspettative.

L'Ambulatorio Gravidanza a Termine (GAT) del PN è un ambulatorio dedicato all'accoglienza della gestante e all'inserimento nel percorso dedicato secondo il livello di rischio, che viene rivalutato con cadenza preordinata mediante valutazione clinica ed eventuali esami diagnostici. Il riconoscimento di eventuali elementi di rischio per la madre e/o per il nascituro determina il tempestivo coinvolgimento delle figure professionali necessarie.

Nel percorso BRO l'ostetrica del CF effettua l'ultima visita con la rivalutazione del bilancio di salute, compila la Scheda Gravidanza a Termine e organizza l'invio assistito al GAT, dove viene attivato il programma di monitoraggio della salute della madre e del feto nelle ultime settimane di gravidanza con l'obiettivo di garantire il benessere materno e fetale e programmare il percorso preparato in attesa dell'insorgenza del travaglio spontaneo o dell'induzione del travaglio di parto.

Nel percorso MRO il programma di assistenza ha l'obiettivo di personalizzare la risposta alle specifiche necessità della gestante coinvolgendo le professionalità necessarie.

Nel programma del GAT è previsto il completamento dell'attività informativa sui seguenti aspetti:

- interventi di controllo/gestione del dolore e tecniche anestesilogiche;
- modalità di parto con descrizione dettagliata, secondo le linee guida nazionali, dei benefici, rischi e condizioni relative alle future gravidanze;
- raccolta solidaristica del sangue cordonale.

Nell'attività del GAT è compreso il percorso dedicato all'offerta di partoanalgesia con la finalità di consentire alla donna una scelta libera e informata delle metodologie disponibili, attraverso una visita anestesilogica preparto composta da valutazione anamnestica e clinica con programmazione proattiva di esami e indagini mirate secondo il percorso aziendale. L'OMS raccomanda la partoanalgesia, Raccomandazione n° 19, per le gestanti che richiedono un controllo del dolore durante il travaglio, attualmente è attiva nei Punti Nascita di II livello e in alcuni Punti Nascita di I livello, e il PRPN ha l'obiettivo di estendere l'erogazione all'intera Rete.

L'ambulatorio del Punto Nascita ha il compito di rivalutare la presenza di condizioni di fragilità sociale o linguistica, per le quali deve essere previsto, a seconda delle necessità, il supporto psicologico, sociale o la presenza di un mediatore culturale.

Dopo la 41^a settimana più 3 giorni, qualora non sia attivato il travaglio, la gestante verrà ricoverata per l'induzione del parto, secondo i protocolli aziendali validati dal CPNA/Cpn.

L'indicazione per motivazioni cliniche al parto cesareo in elezione richiede l'invio della gestante alla 34^a settimana presso l'Ambulatorio di accoglienza del Punto Nascita prescelto per la programmazione della procedura, con esclusione di casi specifici, dopo la 38^a settimana.

L'accesso di una gestante con pregresso parto cesareo richiede una precisa anamnesi delle condizioni determinanti, della tecnica dell'intervento e delle informazioni sul decorso postoperatorio.

La decisione sul tipo di parto è un momento cruciale per ogni donna: quando si manifesti il desiderio di ricorrere al cesareo elettivo, è essenziale fornire informazioni complete e chiare sui benefici e sui rischi associati sia al parto vaginale sia al taglio cesareo. Solo attraverso una conoscenza approfondita e bilanciata di entrambe le opzioni la futura mamma può prendere una decisione consapevole e informata, conforme alle sue esigenze e al suo benessere. Parallelamente può essere proposto un percorso di supporto psicologico dedicato ad esplorare le motivazioni della richiesta e aiutare la donna ad affrontare la paura del parto.

La valutazione finale sul tipo di parto è affidata a un gruppo multiprofessionale e si baserà sulle condizioni cliniche della madre e del feto, garantendo la massima sicurezza per entrambi e il consenso informato deve essere formalmente sottoscritto a testimonianza di una scelta condivisa e ponderata.

Travaglio e Parto

Il ricovero per il parto può avvenire attraverso un percorso di ricovero programmabile o, in caso di urgenza, dal Pronto Soccorso, dove l'accesso viene gestito secondo il Triage Modello Lazio a cinque codici (determina n. G01369/2023), in cui è prevista una sezione dedicata al "triage in ambito ostetrico e ginecologico" in grado di offrire uno strumento omogeneo, che consenta "un corretto inquadramento di priorità e garantisca lo sviluppo di procedure post triage", indipendentemente dal livello dell'Ospedale nella Rete di Emergenza. La sezione contiene, anche le indicazioni e le risorse specifiche per le attività di Pronto Soccorso specialistico ostetrico-ginecologico.

Al momento dell'accesso è necessario:

- visionare l'Agenda della Gravidanza e la Scheda di valutazione del rischio;
- effettuare una valutazione anamnestica e clinica generale e ostetrica;
- controllare e monitorare il benessere fetale mediante auscultazione del battito cardiaco fetale e/o cardiotocografia e/o ecografia;
- fornire alla donna le informazioni sull'evoluzione e lo svolgimento del travaglio e del parto e sulle modalità e finalità di qualsiasi procedura prima della sua esecuzione;
- attivare il percorso aziendale appropriato BRO o MRO in relazione alla rivalutazione del rischio;
- valutare se il Punto Nascita è appropriato, secondo i criteri inseriti nella tabella di riferimento, e, comunque, considerare, in relazione al quadro clinico di presentazione e di monitoraggio, e delle risorse organizzative disponibili l'opportunità di un trasferimento ad un livello superiore della madre al fine di garantire il massimo livello di assistenza al parto, con particolare riguardo alla assistenza neonatologica.

Nella tabella seguente sono indicati, anche, i criteri di accesso al Punto Nascita, per i quali il CPNR ha ritenuto di recepire gli Standard Organizzativi per l'Assistenza Perinatale della Società Italiana di Neonatologia (2021):

<i>Punto Nascita di I° livello</i>
Assistono gravidanze e parti in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II livello per la madre e per il feto.
I criteri di presa in carico del Punto nascita vengono distinti in relazione all'età gestazionale e al peso: Punti Nascita con volume di nati/inferiore a 1.000: <ul style="list-style-type: none"> - età gestazionale $\geq 36+0$ settimane; - peso ≥ 1.900 g.; Punti Nascita con volume di nati pari o superiore a 1.000: <ul style="list-style-type: none"> - età gestazionale $\geq 34+0$ settimane; - peso ≥ 1.750 g.; - peso appropriato per età gestazionale ($> 10^{\circ}$ centile e $< 90^{\circ}$ centile).
gravidanza singola e gemellare bicoriale fecondazione assistita età materna < 41 anni Diabete gestazionale compensato e senza complicanze obesità con BMI < 35 placenta previa, senza sospetto di accretismo; (PN ≥ 1000 parti) non allo-immunizzazione Rh assenza di ipertensione gravidica insorta prima di 34 settimane assenza di pre-eclampsia in qualunque epoca gestazionale non HELLP syndrome assenza di anomalie o malformazioni fetali che richiedano approfondimenti diagnostici successivi alla nascita o assistenza di elevata complessità
<i>Punto Nascita di II° livello</i>
Assistono gravidanze e parti, oltre quelli inseriti nel I° livello, nelle situazioni non affrontabili con sicurezza dalle strutture di I° livello: donne gravide con età gestazionale < 34 settimane con travaglio in atto o minaccia di parto pretermine che necessitano di assistenza in una Struttura di 2° livello con attività di Medicina Materno-Fetale (MMF).
parti/anno: ≥ 1000 ; restrizione crescita fetale con valori biometrici inferiori al 10° centile per l'età gestazionale, ad alto rischio di parto elettivo per compromissione materna o fetale gravidanza gemellare monocoriale fecondazione assistita con età materna > 41 anni diabete preesistente o diabete gestazionale non compensato e con complicanze obesità con BMI > 35 ; allo-immunizzazione Rh ipertensione gravidica insorta prima di 34 settimane pre-eclampsia in qualunque epoca gestazionale HELLP syndrome placenta previa se associata a segni di sospetto accretismo peso neonato < 1.900 g neonato in ossigenoterapia ($> 40\%$) per oltre le 12 ore gestione del neonato con encefalopatia ipossico ischemica che richiede trattamento ipotermico neuroprotettivo
<i>Criteri per il ricovero in Terapia Intensiva Neonatale</i>
necessità di assistenza respiratoria, anche con nCPAP; neonato intubato e di norma per le prime 24 ore dopo estubazione, per rischio di gravi crisi di apnea; necessità di accessi vascolari centrali profondi e nelle successive 24 ore dopo la rimozione dei cateteri; procedure assistenziali complesse (infusione di inotropi, vasodilatatori polmonari o prostaglandine, exsanguinotrasfusione, drenaggio toracico/pleurico, tracheostomia recente,..) progressivo decadimento delle condizioni generali insufficienza multiorgano cardiopatia cianogena o dotto dipendente

patologie chirurgiche o malformative che potrebbero compromettere le funzioni vitali
sepsi accertata
malattie metaboliche congenite

La valutazione integrata e condivisa del medico ginecologo e dell'ostetrica, in fase di travaglio, è finalizzata alla rivalutazione del bilancio di salute e alla definizione condivisa del rischio per l'individuazione del percorso parto più appropriato secondo le raccomandazioni vigenti, e l'attività si conclude con la compilazione della scheda di presa in carico della gestante.

I CPNA e i Cpn devono predisporre e mantenere i percorsi assistenziali aziendali, BRO e MRO, relativi al parto in coerenza con le raccomandazioni vigenti in relazione alla valutazione del rischio, considerando la gestione del dolore in travaglio/parto, l'assistenza intra-partum della madre e del neonato e la rianimazione neonatale, e nell'eventualità di un parto cesareo d'urgenza l'accesso immediato alla sala operatoria, alla rianimazione e essere dotati di un protocollo per la trasfusione massiva.

Nel percorso parto a basso rischio si raccomanda che l'ostetrica fornisca, alla donna in travaglio, un'assistenza individuale di supporto, "one to one", a partire dalla fase attiva del primo stadio del travaglio di parto fino al termine del quarto stadio, coinvolgendo, nel caso di comparsa di riconoscimento di eventuali elementi di rischio per la madre e/o per il nascituro, le figure professionali del gruppo, ginecologo, anestesista, e pediatra/neonatólogo, in relazione alle condizioni cliniche.

Nel percorso parto a maggiore rischio il timing di espletamento del parto viene definito dal ginecologo che condivide con il pediatra/neonatólogo la gestione delle problematiche cliniche, assistenziali e organizzative correlate alla madre e al neonato.

L'assistenza durante il travaglio, il parto e il post-partum deve garantire alla donna privacy, sicurezza, riservatezza, tranquillità, e la presenza di una persona di fiducia, con la finalità di accompagnare, per quanto possibile, le richieste della gestante.

Assistenza alla diade madre/neonato

La vicinanza della diade madre-neonato in sala parto e durante il post-parto costituisce un valore in sanità con l'obiettivo di essere garantita per il maggiore tempo possibile, in assenza di specifiche indicazioni o valutazioni del pediatra/neonatólogo.

Il personale ostetrico supporta la madre nell'accudimento del neonato, favorendo gradualmente l'autonomia materna, in modo da promuovere la consapevolezza delle proprie competenze genitoriali. La presa in carico della diade madre/figlio in regime di *rooming-in* con neonato fisiologico sono a completa gestione ostetrica al fine di potenziare il modello di continuità assistenziale supportato dalle evidenze scientifiche.

Gli obiettivi prioritari da perseguire sono:

- salvaguardare la relazione tra genitori e bambino, promuovendo fin dal momento della nascita la possibilità che madre e neonato stiano insieme 24 ore su 24;
- garantire la presenza del partner o altro caregiver durante la degenza, con il ruolo di supporto alla mamma;
- promuovere e sostenere l'allattamento e supportare l'accudimento del neonato;
- favorire una permanenza breve in ospedale, garantendo a donna e neonato l'assistenza extraospedaliera necessaria;
- garantire la continuità dell'assistenza che non si esaurisce con il parto.

I neonati, se le condizioni della diade lo consentono, devono essere tenuti a contatto pelle a pelle con la mamma, “Early skin-to-skin contact”, subito dopo la nascita e durante le prime ore dalla nascita, poiché costituisce “l’ambiente atteso” per il neonato dal punto di vista biologico, contribuendo a prevenire l'ipotermia e promuovere l'allattamento. Il contatto pelle a pelle con la mamma può essere attuato anche in caso di parto con taglio cesareo. Il contatto pelle a pelle con il padre è un'alternativa valida e benefica allo skin-to-skin materno per rafforzare il legame e promuovere il benessere del neonato, soprattutto quando la madre non può praticarlo immediatamente o in modo continuativo.

Il rooming-in, ovvero la permanenza e l’assistenza di mamma e neonato in una stessa stanza del Punto Nascita durante la degenza, ha l’obiettivo di stabilire un forte legame tra madre e figlio, garantendo al neonato la sicurezza della presenza della madre e permettendogli di attaccarsi al seno tutte le volte che lo richiede. Questa fase inizia nel momento in cui la madre è in grado di rispondere, dopo il parto, alle richieste del bambino e prosegue durante tutto il periodo di ospedalizzazione, con il supporto da parte di figure professionali specificatamente identificate tra quelle previste nelle unità di degenza materno-infantili. In questa fase è importante acquisire la capacità di comprendere e gestire il supporto posturo-motorio, la riduzione dello stress e la prevenzione del dolore.

La dimissione e il ritorno a casa della diade madre-neonato avviene, solitamente, in seconda/terza giornata dopo il parto naturale, e in terza giornata dopo parto cesareo, e prevede la preparazione dei soggetti coinvolti, padre o eventuali caregiver.

La dimissione del bambino sano viene condivisa con la famiglia dopo aver valutato la sua capacità di alimentarsi al seno, lo stato di benessere materno per prendersene cura e l’eventuale comparsa di sintomi o difficoltà segnalati dalla donna o individuati durante la degenza o la visita.

Alla diade viene garantita un programma di appuntamenti strutturati per la visita di controllo e per la presa in carico del Consultorio Familiare con offerta attiva, tramite prenotazione a cura di un’ostetrica del Punto Nascita di riferimento del percorso, avendo cura di segnalare eventuali necessità di supporto anche di altri operatori sanitari, assistente sociale o psicologo, al fine di garantire tempestivamente la continuità assistenziale. L’ostetrica di riferimento compila la scheda contenente le informazioni necessarie al Consultorio Familiare tramite mail o tramite agende elettroniche dedicate e condivise tra i servizi.

In questa fase alle madri vengono forniti indirizzi e recapiti telefonici delle strutture di riferimento, nonché le informazioni per l’accesso ai servizi distrettuali dedicati, con fasce orarie dedicate e modalità di accesso diretto, anche attraverso la disponibilità di opuscoli dettagliati.

La presenza di complicanze cliniche alla dimissione, suture difficili/lacerazioni 3-4 grado, sindromi emorroidarie, ingorghi mammari, reduci da parti operativi e altro, prevede un controllo nel Punto Nascita fino alla risoluzione della complicanza e poi inviate nelle sedi consultoriali con attivazione delle competenze necessarie.

La valutazione del pavimento pelvico è raccomandata prima della dimissione o nella prima visita post-dimissione per verificare la risoluzione di eventuali problemi di incontinenza urinaria e di prolasso genitale nel post-partum con la compilazione di una scheda di rischio di danno perineale. In presenza di condizioni di rischio elevato deve essere programmata una visita presso l’Ambulatorio di rieducazione perineale per il completamento della valutazione e l’eventuale presa in carico.

Durante la degenza, le ostetriche e/o il ginecologo rivalutano il rischio psichico, e segnalano agli operatori del CF sia l’avvenuto parto in caso di donne già conosciute che i nuovi casi per l’attivazione di figure professionali con specifica competenza, quali assistente sociale o psicologo.

L'ostetrica di riferimento, prima della dimissione, si assicura che i servizi territoriali abbiano preso visione del caso e che siano state attivate le procedure di presa in carico da parte dell'équipe consultoriale.

Le professionalità di riferimento del Punto Nascita raccomandano la scelta del PLS al momento della dichiarazione di nascita ospedaliera e durante il periodo di degenza con l'obiettivo di programmare, precocemente, il bilancio di presa in carico del neonato, finalizzato alla valutazione e al sostegno dell'alimentazione al seno, al controllo della crescita, al benessere neonatale e materno.

La lettera di dimissione deve contenere:

- le informazioni cliniche e le prestazioni svolte durante il ricovero;
- il percorso per la continuità assistenziale.
- le indicazioni su controlli clinici e le terapie da effettuare;
- la cura e la sicurezza del neonato a domicilio;
- le buone pratiche per l'allattamento;
- le prenotazioni di visite di controllo o prestazioni presso il Punto Nascita;
- l'appuntamento proattivo con il CF di riferimento territoriale;
- mappa dei servizi consultoriali e territoriale relativi alla propria residenza.

Puerperio

Il puerperio rappresenta un periodo particolarmente delicato perché caratterizzato da forti emozioni, cambiamenti fisici e mutamenti nella sfera psico-relazionale, inizia subito dopo il parto e convenzionalmente ha una durata di 6-8 settimane in cui gli ambiti di salute del bambino sono strettamente interconnessi con quelli dei genitori e in particolare della madre.

Il modello assistenziale del CF vuole promuovere il benessere della diade e della famiglia attraverso un programma personalizzato di sorveglianza delle condizioni di salute con visite e incontri svolti da ostetrica e pediatra, che operano in maniera sinergica, coordinata e codificata durante tutte le fasi del percorso, prevedendo interventi domiciliari in presenza di condizioni di fragilità e/o vulnerabilità. Il programma prevede la partecipazione del padre e/o di un eventuale caregiver all'intero percorso assistenziale, secondo le indicazioni del progetto PARENT.

La presa in carico in Consultorio deve essere effettuata dall'Ostetrica, in collaborazione con il Pediatra Territoriale o il PLS, con la finalità di monitorare l'andamento fisiologico del puerperio.

Il potenziamento della continuità assistenziale è un obiettivo qualificante del Percorso nascita nel periodo post partum e nei primi mesi di vita del bambino, attraverso interventi territoriali precoci, tra cui l'attività domiciliare, orientati al benessere della donna anche portatrice di disabilità, al sostegno dell'allattamento materno, alla promozione delle competenze e relazione genitoriale, alla tutela del neonato. Interventi che consentono anche l'intercettazione precoce e il contrasto a situazioni di rischio, quali la blues sindrome e depressione post partum o segni di violenza domestica.

La presa in carico ha l'obiettivo di monitorare l'andamento fisiologico del puerperio per la madre e il bambino, con particolare attenzione al suo primo mese di vita attraverso il seguente programma:

- promuovere la fisiologia dell'adattamento postnatale, l'allattamento esclusivo per i primi sei mesi (Raccomandazione OMS) e il benessere psico-relazionale del nuovo nucleo familiare attraverso l'attività negli ambulatori dedicati;

- effettuare periodici bilanci di salute della madre e del bambino, in particolare valutare periodicamente il rischio di complicazioni perineali;
- prevenire o identificare, tempestivamente, e trattare un'eventuale condizione patologica clinica, psicologica o sociale;
- sostenere la donna nella consapevolezza delle sue competenze naturali di accudimento;
- supportare il benessere della coppia genitoriale, sostenendo il "parenting positivo";
- garantire la salute psicofisica della madre nelle situazioni di vulnerabilità psicosociale.

In presenza di condizioni di rischio o di complicanze come crisi di stanchezza, ansia, difficoltà di allattamento, *maternity blues* per la madre e di difficoltà di attacco al seno, disidratazione per il neonato viene attivato, con il consenso della donna, il gruppo multiprofessionale, comprendente lo psicologo e/o l'assistente sociale.

Nei casi di gravidanza gemellare, gravidanza pre-termine o di situazioni socialmente critiche potrà essere attivato un servizio domiciliare di sostegno al puerperio e/o all'allattamento, svolto dall'ostetrica del Consultorio Familiare di riferimento territoriale, chiedendo, in caso di necessità, l'intervento dei servizi sociali per la creazione di una rete sociale, che accompagni la donna fino al raggiungimento di un grado di autonomia tale da consentire l'accesso continuativo ai servizi territoriali.

In relazione alla salute mentale perinatale è raccomandata, come indicato nella sezione dedicata, la somministrazione periodica di test validati finalizzati allo screening precoce della depressione perinatale e di una scheda di rischio psico-sociale per la valutazione familiare globale e per l'individuazione precoce di situazioni di violenza di genere e assistita, attivando, nei casi di rischio, interventi specialistici di approfondimento e/o presa in carico.

Il CF. ha il compito di organizzare momenti di condivisione tra donne, come i corsi dopo il parto e gli incontri monotematici, finalizzati ad accompagnare la famiglia nel percorso di sostegno alla genitorialità, fornendo inoltre informazioni su temi rilevanti, quali, per esempio, la prevenzione degli incidenti domestici e stradali e le manovre di emergenza pediatrica come le posizioni di sicurezza o la disostruzione delle vie aeree.

L'offerta proattiva prevede che l'ostetrica di riferimento del CF contatta telefonicamente la puerpera, se non si presenta all'appuntamento, al fine di conoscerne le ragioni, attivare un *counselling* telefonico e fissare un altro appuntamento nei giorni successivi o un monitoraggio in telecooperazione per l'allattamento al fine di garantire la continuità di sostegno e di supporto alla diade madre-neonato. La fidelizzazione del maggior numero di puerpere ad una continuità assistenziale è un obiettivo di salute pubblica, che ha lo scopo di raggiungere, anche la donna non interessata o con difficoltà comunicative offrendo il supporto di personale specialistico come psicologi o mediatori utilizzando rispettivamente tecniche di approfondimento e di contatto.

La prima visita pediatrica viene programmata entro le prime due settimane di vita e costituisce un'opportunità preziosa per instaurare un rapporto di fiducia con il PLS che accompagnerà il bambino nella sua crescita e per ricevere tutte le informazioni necessarie per prendersene cura al meglio,

Nella preparazione alla prima visita si raccomanda di:

- portare la lettera di dimissione dall'ospedale e, se disponibili, di eventuali referti di esami o accertamenti eseguiti;
- preparare un elenco di domande o dubbi da porre;
- seguire le indicazioni e le manovre del pediatra durante la visita, collaborando attivamente;

- prestare attenzione alle indicazioni sull'alimentazione, sulla cura del bambino e sulle prime vaccinazioni;
- non esitare a porre domande e ad esprimere dubbi o preoccupazioni.

Dal puerperio ai primi due anni di vita del bambino

Questo periodo di vita del bambino costituisce una finestra temporale di importanza strategica e critica per lo sviluppo fisico, neurobiologico, cognitivo, sociale ed emotivo dell'individuo, come periodo sia di vulnerabilità che di opportunità.

Nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), come definiti dal DPCM 12 gennaio 2017, sono previsti interventi strutturati di promozione della salute e di prevenzione. Tali interventi si realizzano in coerenza con i principali strumenti di programmazione nazionale e regionale, quali il Piano Nazionale della Prevenzione Vaccinale (PNPV) e il Piano Regionale della Prevenzione (PRP). Il PRP prevede un programma "Promozione della Salute nei primi 1000 giorni", comprensivo di interventi strutturati di promozione della salute rivolti ai futuri genitori e ai neogenitori, che comprendono azioni di informazione, sostegno e prevenzione attuate da operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, dei CF e dei PN.

Le principali aree di intervento del programma "Promozione della Salute nei primi 1000 giorni" nel PRP sono:

- il consolidamento e l'estensione su tutto il territorio regionale di interventi efficaci sui determinanti di salute nella prima infanzia. Tali interventi includono il contrasto dell'abitudine al fumo e al consumo di alcol in gravidanza, il contrasto dell'abitudine al fumo, all'abuso di alcol, della sedentarietà e della scorretta alimentazione tra i neogenitori, la promozione di un'alimentazione equilibrata e del peso adeguato materno in gravidanza e nel puerperio, la promozione della lettura ad alta voce nei primi anni di vita, la riduzione dell'esposizione ambientale a fattori di rischio, la prevenzione della SIDS (Sudden Infant Death Syndrome) e della Shaken Baby Syndrome, la sicurezza in auto, nonché il sostegno al benessere del bambino e alla capacità genitoriale di lettura dei suoi bisogni;
- la promozione dell'allattamento, mediante l'estensione/consolidamento di strategie e interventi per la promozione, protezione e sostegno dell'allattamento coerenti con il modello raccomandato da WHO/UNICEF;
- il contrasto dei fattori di rischio modificabili in donne e uomini in età riproduttiva al fine di ridurre gli eventi avversi delle gravidanze e di migliorare il benessere delle generazioni future;
- l'aumento dell'appropriatezza, in termini di efficacia, dei processi di comunicazione e di relazione con i genitori, anche mediante la definizione di modelli e strumenti validati per sostenere l'acquisizione di "competenze per la salute - health literacy" nel ruolo genitoriale, secondo un approccio orientato al genere, anche in riferimento a contesti di particolare fragilità e/o disagio sociale;
- la messa a sistema su scala regionale di interventi di screening per la prevenzione del disagio psichico perinatale con particolare attenzione alle cure responsive e per la prevenzione della violenza e degli incidenti domestici.

L'attività dei servizi consultoriali in collaborazione con il MMG e il PLS deve offrire un monitoraggio dello stato di salute dello sviluppo organico, dell'eventuale esposizione a rischi ambientali e del quadro relazionale con la madre.

I principali interventi di sanità pubblica sono rivolti a:

- accompagnamento della madre nella sua funzione di accudimento, soprattutto nella valutazione della crescita fisiologica del bambino, della modalità nutrizionale e della consapevolezza sulla prevenzione vaccinale e degli incidenti domestici e in auto;
- attivazione di un welfare di comunità per aiutare la madre a sostenere uno spazio sicuro, per il bambino con opportunità di interazione, che favorisca la sua crescita, emotiva e sociale.

Il Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della Salute, ha attivato in collaborazione con diversi enti tra cui il Dipartimento di Epidemiologia un programma “I Primi 1000 Giorni”, come spazio di informazione rivolto a genitori, cittadini, decisori, pediatri e ricercatori per comprendere gli effetti dell’esposizione ambientale nei primi mille giorni di vita sulla salute dei bambini e per sottolineare l’importanza di crescere in contesti di vita sani.

Il sito de “I primi 1000 giorni” nasce per restituire ai diversi target i risultati del progetto di ricerca, informare sull’impatto sulla salute dei bambini dell’esposizione a fattori di rischio ambientali e proporre strumenti per promuovere cambiamenti in grado di generare salute ai genitori (<https://millegiorni.info/per-i-genitori/>) e a tutti coloro che si occupano dei bambini nei loro primi mille giorni di vita.

SCREENING NEONATALI

I programmi di screening neonatale rappresentano un intervento cruciale di prevenzione, che permette la diagnosi tempestiva, nei primi giorni di vita, di una serie di malattie congenite, in modo da poter avviare precocemente interventi terapeutici in grado di migliorarne la prognosi e gli esiti.

I programmi di screening neonatali offerti dalla Regione Lazio comprendono il metabolico (DCA U00243/2018), l’oftalmologico (DCA U00013/2020), l’uditivo (DCA U00080/2018) e quello per l’Atrofia Muscolare spinale (Deliberazione 28 gennaio 2020, n. 19).

Lo screening metabolico è identificato come Screening neonatale esteso, inizialmente previsto per poche malattie è stato, successivamente, “esteso” a più di 40 malattie metaboliche ereditarie, secondo le indicazioni definite a livello nazionale dal Ministero della Salute. Il test di screening viene effettuato nel Punto Nascita, entro le 72 ore di vita del neonato e comunque prima della dimissione, e consiste in un prelievo di poche gocce di sangue dal tallone del bambino. I test vengono analizzati presso il Laboratorio di riferimento Regionale per lo screening neonatale, Policlinico Umberto I. In presenza di un’alterazione al test vengono poi effettuati ulteriori accertamenti, esami biochimici o genetici, presso i laboratori regionali di conferma diagnostica, Policlinico Umberto I e Ospedale Bambin Gesù. Nel caso di conferma della diagnosi, il neonato viene preso in carico presso un Centro clinico di riferimento Regionale, Policlinico Umberto I e Ospedale Bambin Gesù, per iniziare, tempestivamente, il trattamento specifico e seguire il follow-up previsto per la malattia e inserimento nel percorso della Rete Malattie Rare.

Lo screening oftalmologico e lo screening uditivo prevedono dei test strumentali, effettuati nei punti nascita dopo le 24° ora dalla nascita e comunque prima della dimissione, per la diagnosi precoce della cataratta congenita (attraverso il test del riflesso rosso), e della sordità congenita (attraverso il test A-OAE). In caso di positività del test oftalmologico viene effettuata una visita oculistica, nel punto nascita o in un centro afferente entro 20 giorni di vita con ripetizione del test; se anche questo è positivo il bambino viene preso in carico da uno dei centri regionale di riferimento oculistico per l’infanzia, Ospedale Bambin Gesù, Fondazione Policlinico Gemelli. In caso di negatività, il test del

riflesso rosso verrà poi ripetuto dal PLS nell'ambito dei bilanci di salute a tre mesi di età, al fine di escludere la presenza di patologie non visibili alla nascita.

Relativamente allo screening uditivo, in caso di positività, il test viene ripetuto entro 15 giorni, nel punto nascita, e se anche questo positivo il bambino viene preso in carico al Centro Audiologico di afferenza, ne sono disponibili 16 nella Regione, dove vengono effettuati ulteriori approfondimenti diagnostici ed eventuale invio, in caso di condizioni di sordità, presso uno dei tre centri Audio-Otologico Pediatrico della Regione: Ospedale Bambin Gesù, Fondazione Policlinico Gemelli, Policlinico Umberto I.

Lo screening per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA) è stato introdotto, come studio pilota nel 2020, e viene, tuttora, offerto ai nuovi nati nella Regione Lazio. Il test viene fatto sullo stesso prelievo utilizzato per lo Screening neonatale esteso; in caso di positività si viene invece immediatamente contattati dal Laboratorio di Screening neonatale del Policlinico Umberto I ed indirizzati presso uno dei centri di riferimento della SMA per gli ulteriori approfondimenti.

L'esecuzione dei test di screening richiede il consenso informato genitoriale e sono garantiti, anche ai neonati da parti effettuati a casa. In caso di neonati con fattori di rischio noti, come la familiarità, vengono attivati percorsi personalizzati con approfondimenti diagnostici differenti e anticipati rispetto ai percorsi standard.

VACCINAZIONI E IMMUNIZZAZIONE CONTRO IL Virus RESPIRATORIO SINCIZIALE

La Regione Lazio ha inserito, dalla stagione autunno-inverno 2024-2025 con nota regionale. n. 823872/2025, l'immunizzazione contro il Virus Respiratorio Sinciziale (VRS) per i nuovi nati. L'immunizzazione viene offerta nei PN, alla dimissione, per i nati da ottobre a marzo, e dai pediatri di libera scelta aderenti alla campagna o presso i centri vaccinali delle ASL, per i nati negli altri mesi dell'anno. L'immunizzazione viene effettuata tramite la somministrazione di un anticorpo monoclonale, previo consenso genitoriale. Una seconda immunizzazione è raccomandata per i bambini con determinate patologie croniche medicalmente complesse anche durante il secondo inverno di esposizione al VRS.

Relativamente alle vaccinazioni dell'infanzia, previste dal calendario vaccinale regionale, l'attività viene svolta presso i Centri vaccinali, Consultori o direttamente dai PLS in base alla organizzazione della propria ASL.

Le vaccinazioni in fase preconcezionale, in particolare quella contro rosolia, morbillo, parotite e varicella per le donne suscettibili, o in gravidanza, in particolare quella contro difterite, tetano, pertosse e il vaccino anti-influenzale, sono importanti interventi di prevenzione in quanto conferiscono un'efficace protezione contro infezioni che, se contratte in gravidanza, possono determinare complicanze per la donna ed esporre a gravi rischi il nascituro.

DONAZIONE SANGUE CORDONE OMBELICALE

Il sangue contenuto nel cordone ombelicale (SCO) e raccolto al momento del parto, rappresenta una preziosa sorgente di cellule staminali emopoietiche. Il sangue cordonale può essere utilizzato, come il midollo osseo e le cellule staminali del sangue periferico, per effettuare il trapianto in pazienti affetti da molte malattie ematologiche (leucemie, linfomi) e da malattie genetiche, quali ad esempio l'anemia mediterranea o Morbo di Cooley.

La possibilità di donare il SCO costituisce un valore sociale inestimabile in grado di offrire:

- l'opportunità e la soddisfazione di compiere "un grande atto di solidarietà" per salvare la vita ad un bambino o ad un adulto affetti da patologie curabili con il trapianto di cellule staminali emopoietiche;
- la possibilità di trapiantare numerosi pazienti affetti da gravi patologie curabili che non trovano un donatore in ambito familiare o all'interno dei Registri Internazionali di Midollo Osseo;
- la disponibilità di importanti risorse biologiche necessarie per studi di ricerca, qualora risultata non idonea per le finalità terapeutiche.

Il SCO raccolto al momento del parto viene conservato presso una Banca Regionale, che ha come suo obiettivo prioritario conservare le unità che sono donate e che rispondono a precisi requisiti di qualità, per renderle disponibili, per il trapianto.

La donazione del sangue di cordone ombelicale è un percorso che inizia durante la gravidanza ed è costituito da diverse fasi:

- Prima del parto, la raccolta e la conservazione del sangue da cordone ombelicale potrà essere effettuata solo a fronte della sottoscrizione da parte della madre e del padre di un consenso informato della compilazione un apposito questionario sugli stili di vita e di salute della sottoscrizione prima del parto di un consenso per l'esecuzione dei test relativi alle malattie trasmissibili compreso il test per l'infezione da HIV;
- Al momento del parto, il SCO può essere raccolto esclusivamente in parti spontanei a termine non complicati (≥ 37 a settimana di gestazione) e nei parti cesarei di elezione da personale sanitario addestrato e qualificato; la raccolta richiede pochi minuti e viene effettuata senza modificare le modalità di espletamento del parto, dopo che il SCO è stato reciso e dopo che il bambino è stato allontanato dal campo operativo e affidato alle cure che gli sono dovute.
- Dopo il parto, l'unità viene trasferita presso la Banca di SCO e sottoposta a una serie di controlli ed esami per definire le caratteristiche del sangue raccolto e stabilirne l'idoneità alla conservazione e all'uso terapeutico. Vengono bancate esclusivamente le unità cordonali che rispondono ai requisiti di qualità e sicurezza definiti dalle leggi vigenti. Se valutato idoneo, il SCO viene congelato secondo procedure che ne garantiscono la vitalità a lungo termine e conservato allo stato congelato a temperature bassissime.

A distanza di almeno sei mesi dalla nascita del bambino e qualora l'unità sia ritenuta idonea per la conservazione, la madre viene ricontattata dalla Banca SCO per comunicare lo stato di salute del neonato e, nei casi previsti dalla legge a sottoporsi alla ripetizione degli esami infettivologici eseguiti al momento del parto. Inoltre, si richiede alla famiglia di comunicare alla Banca l'eventuale insorgenza nel bambino di qualsiasi malattia rilevante, per consentire alla stessa di effettuare le opportune valutazioni rispetto all'unità donata.

CRITERI PER IL TRASPORTO IN EMERGENZA/URGENZA

Servizio di Trasporto Assistito Materno

Il Servizio di Trasporto Assistito Materno (STAM), o trasporto in utero, è la modalità di trasferimento di una paziente con gravidanza a rischio che necessita di cure presso un PN di II livello in relazione alla presenza di patologie materne, fetali o concorrenti.

Il medico del Punto Nascita di I livello, riconosciuta la complessità clinica e la necessità di usufruire di expertise o di dotazioni non disponibili, condivide il percorso clinico e l'appropriatezza della sede di trasferimento. con il medico del Punto Nascita di II livello di riferimento territoriale o di quello più appropriato alla specifica patologia materno/fetale.

Il sistema ADVICE di teleconsulto costituisce lo strumento di collegamento tra i Punti Nascita, che è disponibile per le Reti di Emergenza e Tempo-dipendenti sia in fase di pronto soccorso che di ricovero.

La donna è trasferibile in assenza di elementi che richiedano l'espletamento urgente del parto, nelle altre condizioni è preferibile espletare il parto, assistere la madre, prestare le prime cure al neonato, effettuare la stabilizzazione e, contestualmente, attivare l'intervento del Servizio e Trasporto Emergenza Neonatale (STEN),

Il trasferimento STAM può essere richiesto nelle seguenti condizioni cliniche:

- ostetriche
 - Minaccia di parto pretermine e/o pPROM ad epoche gestazionali superiori a 22 settimane o inferiori a 36 settimane e/o peso fetale stimato inferiore a 1900 grammi;
 - Preeclampsia insorgente tra 22 e 33+6 settimane (sindrome HELLP);
 - ⊖ Emorragia antepartum (dopo remissione del sanguinamento, in condizioni di benessere materno e fetale), placenta previa centrale <34 settimane, sospetta placenta accreta;
 - ⊖ Gravidanza gemellare BCBA con età gestazionale < 34 settimane o gemellare MCBA e MCMA di qualunque età gestazionale;
 - Patologie materne complesse con danno funzionale d'organo che richiedano competenze pluri-specialistiche, o con possibilità di parto prima delle 36 settimane:
 - *cardiache* (malformazioni cardiache corrette e non corrette, malattia valvolare cardiaca, ipertensione, ischemia-infarto, scompenso cardiaco, miocardiopatia peripartum);
 - *polmonari* (insufficienza respiratoria con rischio di intubazione, embolia polmonare, asma grave, emorragia polmonare, ipertensione polmonare, fibrosi cistica);
 - *neurologiche* (stroke, emorragia, ischemia, tumore, aneurisma, emorragia subaracnoidea);
 - *gastrointestinali* (emorragia gastrointestinale, tumore, epatite acuta, pancreatite acuta);
 - *endocrine* (diabete scompensato, feocromocitoma, patologia tiroidea, insufficienza surrenalica);
 - *ematologiche* (crisi aplastica, trombocitopenia, coagulopatia, diagnosi recente durante la gravidanza di leucemia o linfoma, trombosi venosa);
 - *renali* (insufficienza renale, dialisi, sindrome emolitico-uremica);

- *autoimmuni* (lupus sistemico, catastrofica insorgenza di sindrome da anticorpi antifosfolipidi con insufficienza multiorgano);
 - Sepsi materna anche senza insufficienza multiorgano nei PN con un volume inferiore ai < 1.000 parti;
 - Gravide con infezione da HIV per il parto presso i centri individuati come riferimento per la patologia;
 - Necessità di assistenza neonatale in condizioni di carenza di posti letto di TIN e/o di specifiche competenze specialistiche.
- fetali
 - Restrizione di crescita intrauterina (IUGR) grave (peso stimato < 10° centile per l'EG);
 - Patologie malformative complesse con necessità di assistenza neonatale o chirurgica intensiva a qualunque epoca di gestazione;
 - Infezioni o altre condizioni fetali che necessitino di assistenza alla nascita presso centri con competenza specialistica;
 - Allo-immunizzazione Rh.

La gestante viene presa in carico dallo specialista ginecologo e fino al momento del trasferimento STAM deve essere monitorata costantemente nel reparto di ostetricia, a questo fine è necessaria la definizione del percorso multidisciplinare condiviso dalle professionalità della U.O. di Pronto Soccorso/Medicina di Urgenza e della U.O. di Ostetricia e Ginecologia.

Il monitoraggio della gestante prevede la valutazione delle condizioni materne e fetali con ecografia, cardiotocografia e l'attuazione delle misure terapeutiche e di profilassi necessarie a stabilizzare le condizioni cliniche per poter attuare il trasferimento in sicurezza della madre e del feto.

La richiesta di trasferimento STAM per gestanti accettate in PS o in regime di ricovero è gestita direttamente dal medico della U.O. di Ostetricia e Ginecologia.

Il trasferimento ai Punti Nascita di II livello avviene secondo i criteri di afferenza previsti nell'organizzazione della Rete, dopo aver offerto alla paziente un'informazione chiara e comprensibile e acquisito un consenso informato, da inserire nella documentazione sanitaria contenente la relazione completa della storia personale ed ostetrica, dell'evoluzione delle condizioni cliniche, e delle attività diagnostiche e terapeutiche messe in atto.

Le controindicazioni generiche e specifiche al trasferimento STAM sono relative alle condizioni critiche della gestante:

- condizione materna non stabilizzata con rischio di aggravamento durante il trasporto;
- distacco di placenta in atto o ematomi placentari visibili e di recente formazione alla valutazione ecografica;
- rottura delle membrane con feto in presentazione podalica o di spalla ed elevato rischio di parto;
- prolasso del funicolo;
- travaglio di parto in fase attiva: dilatazione cervicale > 4 cm, attività contrattile uterina regolare;
- condizione fetale instabile (tracciato cardiotocografico categoria 2 e 3 sec ACOG) per il quale il trasferimento potrebbe comportare un ritardo nella assistenza del neonato/rischio di morte fetale o danni al feto/neonato;
- condizioni meteorologiche avverse con rischio per durante il tragitto e di allungamento significativo dei tempi di percorrenza;

- rifiuto del trasporto da parte della gestante dopo attenta comunicazione su rischi e svantaggi. Nel caso lo specialista ritenga di attivare il trasferimento STAM in presenza di una delle condizioni descritte, deve predisporre l'accompagnamento da parte di personale sanitario specializzato del PN per garantire un trasporto in sicurezza.

Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale

Il **Servizio di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN)** prevede il trasporto di un neonato che necessita di cure intensive presso una struttura di livello superiore o quando le condizioni cliniche della donna non ne consentono il trasporto ed è opportuno espletare il parto o quando quest'ultimo è imminente.

Il servizio STEN Lazio prende in carico, di norma, neonati di età inferiore a 30 giorni, considerando l'età corretta in caso di prematuri, e, in casi specifici, lattanti con età post-natale corretta per età gestazionale fino a due mesi di vita e con peso inferiore a 5.5 kg.

Il trasferimento è previsto per neonati che non possono essere adeguatamente gestiti nel PN o in presenza delle seguenti condizioni cliniche:

- insufficienza respiratoria che necessita di assistenza respiratoria anche non invasiva
- peso < 2.000 g che necessita di gestione assistenziale in centro di II livello
- peso > 2.000 g con patologie non trattabili presso il PN
- età gestazionale \leq 34 settimane
- encefalopatia ipossico ischemica e necessità di valutazione al trattamento ipotermico
- cardiopatie congenite cianogene o dotto-dipendenti
- patologie chirurgiche che potrebbero compromettere le funzioni vitali
- malformazioni complesse che potrebbero compromettere le funzioni vitali
- patologie gravi con compromissione dei parametri vitali
- pazienti intubati o con linee di infusione centrali
- sepsi
- malattie metaboliche congenite (anche sospetto)
- necessità di diagnosi in neonati in progressivo deterioramento clinico.

MONITORAGGIO

Il Piano prevede la realizzazione di un sistema di monitoraggio regionale, coordinato dalla Direzione Regionale, finalizzato alla verifica dell'attuazione delle indicazioni del Piano e al supporto delle attività di programmazione e miglioramento, in collaborazione con il Dipartimento di Epidemiologia della ASL Roma 1 attraverso il "Programma regionale di valutazione degli esiti degli interventi sanitari del Lazio (P.Re.Val.E.).

Il Sistema Informativo Sanitario SIO XL collega e integra i flussi CeDAP (Certificato di Assistenza al Parto) e SDO (Scheda di Dimissione Ospedaliera).

Il rapporto nascita annuale riporta i risultati dell'analisi della popolazione dei nati vivi nel Lazio in base alle caratteristiche materne, neonatali ed assistenziali utilizzando la scheda di dimissione ospedaliera, SIO-XL, che prevede per ogni evento legato ad un parto la compilazione di moduli aggiuntivi con informazioni relative a: storia ostetrica, gravidanza attuale, parto e neonato.

Le analisi sono finalizzate alle seguenti informazioni relative ai nati vivi:

- rilevazione della natalità complessiva e per sesso;

- caratteristiche della madre e del neonato:
 - o parti singoli o plurimi;
 - o residenza e età della madre;
 - o età gestazionale;
 - o peso alla nascita del neonato;
 - o incidenza della visita tardiva per nazionalità e titolo di studio;
 - o accertamenti prenatali;
- punto nascita:
 - o volumi;
 - o mobilità sanitaria regionale;
 - o peso alla nascita del neonato;
 - o presenza di persona di fiducia;
 - o modalità di parto;
 - o partoanalgesia;
- parto cesareo per classe di Robson;
- parto successivo a procreazione medica assistita.

Il programma P.Re.Val.E. ha l'obiettivo di monitorare in coerenza con il Programma Nazionale Esiti (PNE) i seguenti indicatori:

- volume dei ricoveri;
- volume dei ricoveri con taglio cesareo;
- taglio cesareo primario;
- parto vaginale dopo cesareo.

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha inviato alle Direzioni Aziendali con la nota n. 959937 del 30 settembre 2025 relativa a "Nuovo Sistema di Garanzia (NSG) per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria – Indicatori H17C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di I livello o comunque con <1.000 parti e H18C - Percentuale parti cesarei primari in maternità di II livello o comunque con ≥ 1.000 parti" le indicazioni operative per la corretta codifica ICD-9-CM per l'indicatore 'Proporzione di parti cesarei primari'.

Si raccomanda di garantire un'accurata codifica ICD-9-CM dei criteri di inclusione/esclusione, della misura dell'esito e per tutte le condizioni cliniche che possono influenzare la differenza tra proporzioni grezze e aggiustate, e, a questo fine, effettuare la revisione periodica della qualità dei dati, adottando azioni organizzative che ne favoriscano la precisione e la tempestività.

Nel calcolo dell'indicatore "*Proporzione di parti cesarei primari*" nell'ultima edizione del P.Re.Val.E, risultano avere un notevole impatto sulla differenza tra proporzioni grezze e proporzioni aggiustate, le seguenti condizioni cliniche:

- eclampsia/pre-eclampsia (codici ICD-9-CM: 642.4x-642.7x);
- gravidanza multipla (codici ICD-9-CM: 651.xx, V27.2 –V27.9, V31-V37, 761.5);
- malattie cardiovascolari in gravidanza (codici ICD-9-CM: 648.5x, 648.6x);
- fecondazione assistita (codici ICD-9-CM: V26.x).

Si sottolinea che le condizioni di eclampsia/pre-eclampsia e gravidanza multipla comportano una differenza relativa maggiore del 10% tra proporzione grezza e aggiustata in almeno il 10% delle strutture valutate nella Regione Lazio.

Inoltre, nell'ultima edizione del PNE, risultano avere un peso rilevante sul calcolo del suddetto indicatore anche le seguenti condizioni cliniche, alle quali si chiede di porre altrettanta attenzione nella corretta codifica ICD-9-CM:

- perdita ematica antepartum /abruptio placentae/placenta previa (Codici ICD-9-CM: 641.xx);
- posizione e presentazione anomale del feto (Codici ICD-9-CM: 652.xx escluso 652.0, 652.1, 652.5);
- sproporzione /eccessivo sviluppo del feto (Codici ICD-9-CM: 653.xx, 656.60, 656.61, 656.63);
- anomalie fetali (Codici ICD-9-CM: 655.xx).

L'Azienda ARES118 attraverso l'istituzione di un sistema informativo provvede a monitorare l'attività dello STEN con invio trimestrale all'Area Rete Ospedaliera e Specialistica di un report con le seguenti informazioni relative ai trasporti:

- data e ora della richiesta,
- punto nascita/presidio ospedaliero e nome del medico richiedente il trasporto,
- dati anagrafici, clinici e strumentali del paziente,
- motivo del trasferimento,
- disponibilità del posto letto presso il centro trasferente,
- orario di partenza e arrivo sia per il centro trasferente che verso quello di destinazione,
- tempo di stabilizzazione,
- MINT e TRIPS score,
- stato di attività del team STEN e nuovo orario di riattivazione.

La Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria ha l'obiettivo di monitorare l'attivazione e l'utilizzo dei percorsi aziendali BRO e MRO, i percorsi di continuità pre e post-parto con i Punti Nascita e l'attività consultoriale, mediante l'introduzione di un set strutturato di indicatori di processo, di attività e di esito attraverso i sistemi informativi regionali, il Fascicolo sanitario Elettronico e la programmazione della Piattaforma per la condivisione della documentazione clinica.

Il monitoraggio dell'attività territoriale è finalizzato a valutare l'accessibilità ai servizi, la tempestività della presa in carico, la continuità assistenziale, il livello di integrazione multiprofessionale e l'appropriatezza degli interventi erogati nelle diverse fasi territoriali, supportando le attività di programmazione regionale, governo clinico e miglioramento continuo della qualità dell'assistenza dei seguenti setting assistenziali:

- Presa in carico preconcezionale e avvio precoce della gravidanza;
- Continuità assistenziale territorio–Punto Nascita–territorio;
- Presa in carico nel periodo post-partum;
- Interventi domiciliari nel puerperio e nei primi mesi di vita;
- Sostegno alla genitorialità e prevenzione delle fragilità materno-infantili;
- Integrazione operativa Consultori Familiari – Pediatri di Libera Scelta;
- Percorsi territoriali per la vulnerabilità materno-infantile.

PROGRAMMA DI MIGLIORAMENTO E FORMAZIONE

Il CPNR ha il compito di individuare gli obiettivi, gli ambiti di intervento e le azioni utili a migliorare il percorso assistenziale sulla base dell'esito dei monitoraggi al fine di predisporre, annualmente, il piano di miglioramento e i percorsi di formazione.

Il programma consiste in incontri periodici di "Audit e Feedback" (A&F) dei professionisti della Rete a livello regionale e territoriale con lo scopo di implementare e valorizzare le competenze professionali e favorire la diffusione di buone pratiche.

La diffusione di report periodici permette di trasmettere ai professionisti della Rete strumenti di analisi e confronto.

Gli incontri di A&F hanno l'obiettivo di:

- monitorare e rendere omogenea la continuità assistenziale tra i diversi setting aziendali;
- mantenere i percorsi BRO e MRO;
- verificare l'adozione delle raccomandazioni relative alle procedure del parto attraverso la valutazione complessiva della casistica e lo studio e di un campione casuale di casi indice;
- individuare i fattori determinanti di valori oltre soglia per i parti cesarei, secondo il livello del Punto Nascita, e sviluppare un piano dedicato alla progressiva riduzione;
- attivare percorsi di simulazione multiprofessionale per incrementare l'expertise delle procedure relative al parto;
- sviluppare l'attività di counselling.

Il CPNA sviluppa un programma di collaborazione e integrazione tra il personale dei Punti Nascita Aziendali attraverso momenti lavorativi comuni con la finalità di omogenizzare le modalità assistenziali e aumentare l'expertise, attivando la stessa metodologia con i Punti Nascita non aziendali presenti sul proprio territorio di riferimento.

Il programma di A&F si configura come un'attività di formazione sul campo con assegnazione di crediti e costituisce un elemento qualificante per gli obiettivi del responsabile e dei dirigenti delle UU.OO. coinvolte (DGR 298 del 8/5/2025).

L'attività di A&F consiste di tre fasi:

- produzione di report aziendali di attività attraverso i sistemi informativi con indicatori indicizzati nei sistemi di registrazione clinica;
- contestualizzazione e verifica dei percorsi aziendali attraverso incontri periodici con la partecipazione del personale delle UU.OO. coinvolte;
- proposta di azioni di miglioramento aziendale e proposta al CPNR per quelle di Rete.

Il CPNA deve prevedere sessioni pratiche di formazione sul campo delle principali tecniche di counselling finalizzate a:

- instaurare con la donna/coppia una modalità di comunicazione comprensibile e esaustiva, ad esempio formulando frasi brevi, semplici, e con messaggi che siano traducibili in comportamenti sostenibili;
- facilitare la ricerca di soluzioni, la condivisione di progetti, l'assunzione di decisioni;
- attivare le risorse della persona nel fronteggiare al meglio situazioni di difficoltà.

Il CPNR prevede la partecipazione al programma e l'attività di site visit.

La *site visit* rappresenta uno strumento di verifica sul campo finalizzato a valutare la coerenza strutturale, organizzativa e operativa rispetto agli obiettivi di salute prefissati. L'attività deve essere pianificata attraverso l'individuazione degli obiettivi, la definizione di una checklist, l'ambito della visita e l'identificazione del personale da coinvolgere.

L'attività è finalizzata ad analizzare processi, percorsi assistenziali, assetti strutturali e disponibilità delle risorse umane, con l'obiettivo di superare una valutazione basata esclusivamente sui dati, e individuare le aree e le azioni di miglioramento da inserire nel successivo Piano Aziendale.

Il processo di site visit prevede:

- la ricognizione dei reparti e dei servizi coinvolti;
- la revisione dei percorsi assistenziali e della documentazione disponibile;

- il colloquio collegiale con il personale;
- l'individuazione delle aree di miglioramento e formulazioni di raccomandazioni operative.

ATTIVITÀ DI COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE PER PAZIENTI E CAREGIVER

Il personale sanitario coinvolto nel Percorso Nascita ha il compito di dedicare momenti della propria attività all'informazione e alla comunicazione interattiva con la donna e i suoi caregiver al fine di permettere la comprensione, la consapevolezza di ciascuna fase e favorirne una partecipazione attiva. Il gruppo multiprofessionale che ha in carico la donna si deve avvalere della competenza di psicologi e/o mediatori culturali, in modo da elaborare una comunicazione adeguata che consideri la variabilità legata agli aspetti etnici, sociali, culturali, religiosi e linguistici, alla persona coinvolta, con particolare attenzione a quelle più vulnerabili per condizioni personali e/o sociali, utilizzando frasi brevi, semplici, e con messaggi traducibili.

L'attività di colloquio deve avere un tempo dedicato per essere efficace, e valorizzare la parte di ascolto attivo per poter instaurare una fiducia relazionale che permetta di superare eventuali opposizioni e/o rifiuti.

La comunicazione e il coinvolgimento del paziente e dei familiari è un momento importante nella gestione assistenziale per cui si consiglia di:

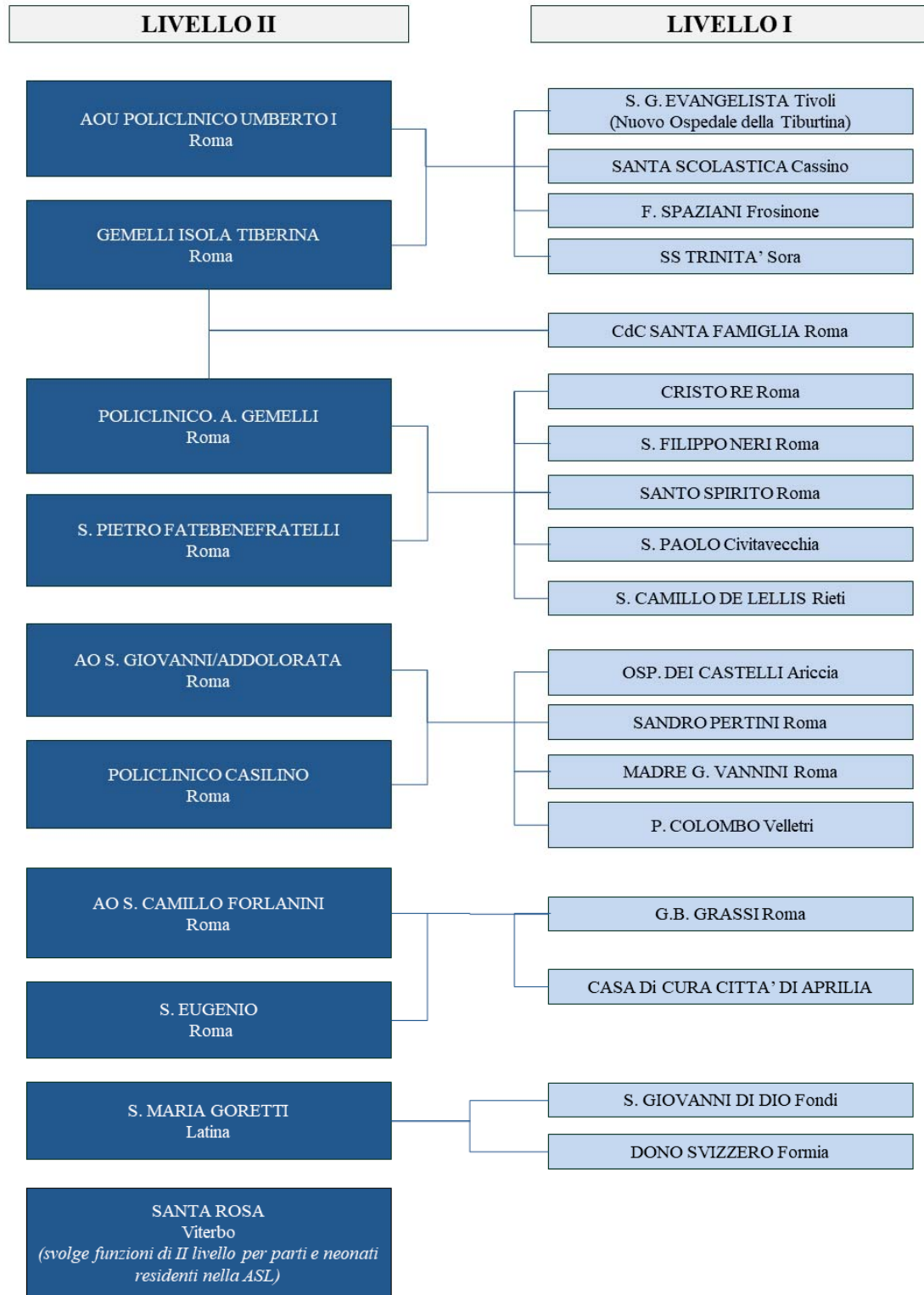
- gestire le aspettative;
- rispondere alle domande e fornire informazioni dettagliate per comprendere gli obiettivi gestionali, soprattutto nel caso di necessità di trasferimento della persona assistita;
- assumere un atteggiamento pragmatico e realista quando si parla di informazioni su ulteriori indagini, sulla diagnosi o la prognosi;
- chiedere sempre se ci sono ulteriori quesiti a cui rispondere.

La disponibilità di materiali informativi, realizzati in coerenza con gli obiettivi e le indicazioni del PRP, da consegnare alla donna/coppia è un aspetto di grande rilievo, sui quali la coppia /la donna potrà tornare più volte separatamente per meglio comprendere quali bisogni informativi siano rimasti insoddisfatti.

Il materiale prodotto sarà oggetto di una campagna informativa con la collaborazione dei servizi territoriali e dei medici di medicina generale/pediatri di libera scelta.

Allegato 1 - Schema della Rete perinatale

Rete Perinatale



L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma svolge in collaborazione con Punti Nascita di II livello, il percorso per il parto elettivo per selezionate condizioni di neonati con gravi malformazioni diagnosticate in epoca prenatale, che necessitano di immediato intervento di cardiocirurgia neonatale secondo il parere favorevole CPNn del 16/04/2023.