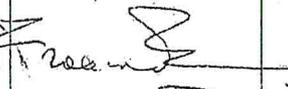
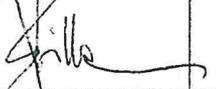


 ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA PER L'IMPLEMENTAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI N. 6 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO E N. 16 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	
		Pag. 1 di 27

UOC RISK MANAGEMENT, QUALITA' DEI PROCESSI E AUDITING

PROPOSTO	FIRMA	VERIFICATO	APPROVATO
U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing Dott.ssa Antonella Stefania Morgante		U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing Dott.ssa Antonella Stefania Morgante	Direzione Sanitaria Aziendale Dott. Angelo Barbato
Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia Dott. Cosimo Oliva			
Responsabile UOSD Pediatria e Neonatologia Dott.ssa Franca Faraoni			
Direttore DAPS Dott.ssa A. Barsacchi			
Direttore Area Materno Infantile Dott. V. Spina			

Il presente documento è destinato esclusivamente all'utilizzo interno aziendale. Per eventuali necessità di utilizzo anche parziale da parte di terzi è necessario richiedere formale autorizzazione alla Direzione Sanitaria della ASL Rieti.

Coordinatore del GdI

Dott.ssa Antonella Stefania Morgante Responsabile UOC Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing

Gruppo di Lavoro:

Dott. Cosimo Oliva, Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia

Dott.ssa F. Faraoni, Responsabile UOSD Pediatria e Neonatologia

Dott.ssa F. Ciferri, Incarico di Funzione Organizzativa Assistenza Ostetrica Percorso Nascita

Dott.ssa S. De Sisto Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia

Dott.ssa A. Ferretti, Direttore DEA

Dott. M. Angelucci, Responsabile DMO

Dott.ssa A. Barsacchi, Direttore DAPS

Dott. V. Spina, Direttore Area Materno Infantile

Dott.ssa M.R. De Santis Incarico Funzione Professionale Organizzazione assistenti sociali e integrazione sociosanitaria

Dott.ssa E. Santarelli Incarico di organizzazione UOSD Pediatria e Neonatologia

Dott.ssa A. Scardocci, Dirigente Medico UOC Oncologia

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

STATO DELLE REVISIONI

DATA	REVISIONE	MOTIVO DEL CAMBIAMENTO
22/07/2015	00	redazione
20/06/2019	01	revisione
23/02/2021	02	revisione
05/03/2023	03	revisione

INDICE

1. PREMESSA	3
2. SCOPO.....	4
3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	4
4. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI.....	4
5. MODALITA' OPERATIVE.....	4
6. PERCORSO NEONATALE.....	13
7. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'	16
8. FORMAZIONE DEL PERSONALE	17
9. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DEL DOCUMENTO	17
10. INDICATORI	19
11. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DEL DOCUMENTO	19
12. AGGIORNAMENTO DEL DOCUMENTO	20
13. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA E NORMATIVA	20
ALLEGATI 1 E 2.....	22

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

1. PREMESSA

La promozione della salute riproduttiva, dalla fase che precede il concepimento fino all'espletamento del parto e al puerperio, rappresenta un tema particolarmente sensibile sia per gli aspetti sanitari che per quelli sociali.

Dal rapporto della natalità nel Lazio (Fonte Istat) si evince che, alla data odierna, le nascite in Italia registrano una diminuzione per il nono anno consecutivo. Dal 2007 al 2023 le nascite nella Regione sono diminuite di 18mila e 153 unità (-35%), registrando un calo ancora più marcato della media nazionale (34%). In questo quadro, prosegue il trend negativo del tasso di natalità anche a livello provinciale: il tasso diminuisce in tutte le province e la flessione per gli anni 2021/2022 (Fonte Istat) è più marcata a Rieti (da +0,7 a -1,1 per mille).

Relativamente al parto chirurgico, basandosi sui dati scientifici disponibili, l'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che i tagli cesarei sono efficaci nel ridurre la mortalità materna e infantile solo se eseguiti su appropriata indicazione clinica. A livello di popolazione generale, un tasso di tagli cesarei superiore al 10% non è associato ad una riduzione della mortalità materna e neonatale, anzi, dal loro abuso possono derivarne complicazioni significative e, a volte, disabilità o morte.

A fronte della denatalità generale, per quanto riguarda il monitoraggio degli indicatori di esito del PNE, la percentuale dei tagli cesarei nella Asl di Rieti registra invece una diminuzione sia della percentuale dei parti cesarei totali (nell'anno 2023 40,2%, nell'anno 2024 il 32,3%)¹ che della percentuale dei tagli cesarei primari (nell'anno 2023 31,4% , nell'anno 2024 il 20,6%)².

Nei paesi economicamente più avanzati, nonostante la mortalità e la morbosità materna correlate al travaglio e/o al parto e le morti o disabilità permanenti del neonato sano di peso superiore ai 2500 grammi siano eventi sempre più rari, è possibile che una quota non trascurabile di tali eventi potrebbe essere evitata migliorando gli standard assistenziali. A tal proposito il Ministero della Salute ha pubblicato le due specifiche raccomandazioni di seguito riportate:

- Raccomandazione n.6/2007 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto;
- Raccomandazione n.16/2014 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita.

Il Centro Regionale Rischio Clinico (CRRC) della Regione Lazio ha curato l'implementazione di tali raccomandazioni in un unico documento di indirizzo Determina Reg. Lazio n° G09765 del 31/07/2018 *Revisione del "Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte Materna correlata al travaglio e/o parto e n. 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi". - approvato con det. n. G.14075 del 05/10/2017*, a cui le aziende sanitarie pubbliche e private devono aderire sul piano operativo. La Asl Rieti quindi ha prodotto una procedura che implementa entrambe le raccomandazioni ministeriali, di cui il presente documento rappresenta la revisione.

¹ Fonte PNE-Elaborazioni SIS, Asl Rieti

² Fonte SIS, Asl Rieti

	<p style="text-align: center;">REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI</p>	
	<p style="text-align: center;">PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI</p>	<p>Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25</p>

2. SCOPO

Lo scopo della presente procedura è di prevenire/ ridurre la mortalità materna correlata al travaglio e/o parto all'interno dell'Asl di Rieti, migliorando il processo di assistenza e sicurezza del travaglio e prevenendo gli eventi avversi gravi quali la morte o morbosità materna e/o disabilità permanente in neonato di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita, laddove evitabili, fornendo indicazioni per migliorare la sicurezza del neonato alla nascita e nel periodo post-natale.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

Il documento è rivolto a tutti gli operatori sanitari della ASL Rieti coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza, in travaglio-parto e dei loro neonati. Interessa tutte le Unità Operative Aziendali della ASL Rieti erogatrici di assistenza alle donne in gravidanza, in travaglio-parto e ai loro neonati tutelando le donne in gravidanza assistite per l'espletamento del parto e nel post-partum e i loro neonati nelle fasi di accettazione, ricovero e dimissione della coppia madre-neonato

4. DEFINIZIONE E ABBREVIAZIONI

- **Morte materna:** la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento, ma non da cause accidentali o fortuite.
- **Morte tardiva:** la morte di una donna per cause ostetriche dirette o indirette oltre i 42 giorni ma entro un anno dal termine della gravidanza.
- **Morte correlata alla gravidanza:** la morte di una donna in gravidanza o entro 42 giorni dal suo termine, indipendentemente dalla causa di morte. Questa definizione include quindi le morti per ogni causa comprese quelle accidentali.
- **Morte materna per causa diretta:** da complicanze ostetriche della gravidanza, del parto e del puerperio.
- **Morte materna per causa indiretta:** da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza o aggravate dalla gravidanza, quali la patologia cardiaca, le neoplasie, e le malattie psichiatriche.

5. MODALITA' OPERATIVE

Il percorso che segue le donne in gravidanza, travaglio/parto fino alla nascita e dimissione del neonato. Esso viene suddiviso in 3 fasi:

- **FASE 1: Accettazione della donna e attribuzione della classe di rischio**
- **PERCORSO A:**
 - FASE 2 parto naturale
 - FASE 3 fase post partum
- **PERCORSO B:**
 - FASE 2 parto chirurgico
 - FASE 3 fase post partum
- **PERCORSO C: TAGLIO CESAREO IN EMERGENZA/URGENZA**

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

L'avvio del percorso richiede la corretta valutazione iniziale delle caratteristiche del travaglio al fine di attribuire la corrispondente classe di rischio (Basso o Alto). Per far questo è necessario eseguire le seguenti attività:

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

1. Triage ostetrico
2. Prima visita
3. Cardiotocografia (CTG)

1. **TRIAGE OSTETRICO:** con questo termine si intende una valutazione complessiva del rischio della donna gravida effettuata al momento dell'accesso al PS e successivamente dal personale ostetrico con la rivalutazione del triage materno-fetale presso la UOC Ostetricia La valutazione ostetrica deve essere registrata sulla documentazione clinica di PS (scheda Triage e cartella clinica di PS).

2. **PRIMA VISITA:** La visita di accettazione viene effettuata dal medico ginecologo in servizio o di guardia. La raccolta dati dell'anamnesi prevede un'accurata valutazione del decorso della gravidanza, della storia ostetrica pregressa, di eventuali terapie in atto e/o di patologie materne concomitanti. Ulteriori valutazioni o indagini devono essere effettuate contestualizzando il caso, su esplicita prescrizione del medico che prende in carico la paziente, coinvolgendo il neonatologo, l'anestesista ed eventuali altri specialisti. I requisiti minimi della visita di accettazione, oltre all'anamnesi, comprendono:

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

3. **RICOVERO IN ELEZIONE O ATTIVAZIONE DEL PERCORSO "FAST TRACK" OSTETRICO-GINECOLOGICO:** le gestanti a rischio di parto in emergenza/urgenza, entrano nel percorso ostetrico-ginecologico che crea un collegamento diretto tra pronto soccorso e reparto mediante il quale, garantisce un servizio efficiente e tempestivo. Le pazienti dopo il triage iniziale vengono portate in reparto e prese in carico sul portale GIPSE da parte delle Ostetriche per visite ed esami diagnostico strumentali. Viene consegnata una lettera informativa alle gestanti (Allegato 1)

4. INDAGINI DIAGNOSTICHE E STRUMENTALI:

CARDIOTOCOGRAFIA: i parametri e i criteri per la valutazione del cardiotocogramma (CTG) sono riportati nella tabella seguente e sono contenuti nella cartella informatizzata.

Tabella 1 - Parametri per la classificazione del cardiotocogramma (CTG)

	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	Accelerazioni	MAF	Attività contrattile
Normale Rassicurante	110-160	± 5 bpm rispetto alla linea di base	Nessuna	Presenti	Presenti	Presente, Regolare, Irregolare o Assente
NB: è da considerarsi FISIOLOGICO un tracciato in cui tutti i parametri rientrano in questa categoria						

Sospetto	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	
	a. Fra 100-109	< 5 bpm per un tempo	a. Precoci	

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI		Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25
			Pag. 6 di 27

	Bradycardia lieve b. Fra 161-180 Tachicardia lieve	compreso tra i40 e i 90 min	b. Variabili in rapporto alla contrazione c. Di durata inferiore a 3 min	
NB: è da considerarsi SOSPETTO un tracciato in cui anche solo uno dei parametri rientri nella categoria SOSPETTO e gli altri in quella FISIOLOGICO				

	Linea di Base (bpm)	Variabilità (bpm)	Decelerazioni	Accelerazioni	MAF	Attività contrattile
Patologico	a. < 100 Bradycardia severa b. > 180 Tachicardia severa c. Sinusoidale per un tempo > 10 min	< 5 per un tempo ≥ 90 min	a. Variabili in rapporto alla morfologia b. Tardive c. Prolungate oltre 3 min	Assenti	Assenti	Presente, Regolare, Irregolare o Assente
NB: E da considerarsi PATOLOGICO un tracciato in cui due o più parametri rientrino nella categoria SOSPETTO oppure uno o più parametri rientrino in quella PATOLOGICO						

Se la paziente è fisiologicamente in travaglio attivo (vedi Tabella 2), viene compilata la sezione documentale relativa al ricovero ostetrico ossia la Scheda informatizzata di accettazione Box Travaglio/Parto.

Tabella 2 - Criteri per la diagnosi di travaglio in fase attiva
a) Almeno tre contrazioni in 10 minuti di durata superiore o uguale a 40 secondi b) Dilatazione maggiore o uguale a 4 cm

Nella sezione documentale relativa al ricovero ostetrico deve essere individuata la classe di rischio sulla base dei criteri riportati nella Tabella 3 e **deve essere indicato in maniera esplicita a quale operatore sanitario viene affidata la gestione del caso - ostetrica in caso di travaglio/parto a basso rischio, ginecologo in caso di travaglio parto ad alto rischio -**

L'individuazione della classe di rischio e l'assegnazione all'operatore sanitario competente deve essere effettuata dal medico ginecologo il quale, per primo, visita la paziente.

Tabella 3 - Criteri per la classificazione di travaglio a basso rischio
a) Epoca gestazionale: a termine (37 settimane + 1 giorno - 41 settimane + 2 giorni) b) Feto singolo c) Presentazione cefalica d) CTG regolare e) Travaglio insorto spontaneamente f) Liquido Amniotico (LA) chiaro g) Rottura prematura delle membrane (Premature Rupture of the Membranes – PROM) < 12 ore in

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

gravidanza a termine
 h) Placenta normalmente inserita
 i) Assenza di patologia materna o fetale

NB: per poter essere classificato come travaglio a basso rischio, devono essere soddisfatti tutti i criteri sopra elencati

L'attribuzione di un caso a una determinata classe di rischio va intesa in senso dinamico, in quanto è comunque necessario monitorare la paziente al fine di porre in essere tutte le misure necessarie per garantire la precoce rilevazione di qualsiasi deviazione clinica dal percorso atteso.

5.2 PERCORSO A: FASE 2 PARTO A BASSO RISCHIO- GESTIONE TRAVAGLIO/PARTO

La gestione del travaglio e del parto a basso rischio è di competenza del personale ostetrico, che ha la responsabilità di informare il medico di guardia qualora le condizioni cliniche della gestante si modifichino da basso a rischio a rischio medio-alto. Tale operazione può essere condotta mediante l'osservazione clinica, la comunicazione con il personale medico e la valutazione del partogramma, lasciandone opportuna evidenza nella documentazione clinica.

In caso di deviazione dalla norma dei parametri fisiologici del decorso del travaglio, l'ostetrica è quindi tenuta a darne tempestiva comunicazione al medico per l'opportuna rivalutazione clinica. La diagnosi di travaglio attivo è formalizzata tramite la compilazione del partogramma (Allegato 2). L'uso di tale strumento è indispensabile per la trasmissione di informazioni tra operatori e la visualizzazione immediata della progressione del travaglio. È inoltre uno degli strumenti di controllo del rispetto delle procedure e della qualità dell'assistenza. È mandatorio che vengano monitorati i seguenti parametri:

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

La diagnosi di travaglio in atto coincide con l'inizio della compilazione del partogramma, sul quale vanno segnalate eventuali remissioni del travaglio. L'ostetrica o il ginecologo, su richiesta della paziente, contattano l'anestesista per l'esecuzione di analgesia attraverso spino-epidurale. L'eventuale esecuzione di anestesia epidurale esclude la gestante dal percorso a basso rischio

NB: è obbligatorio compilare il partogramma in tempo reale al fine di permettere in qualsiasi momento un controllo sull'andamento del travaglio.

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

- Controllo del Battito Cardiaco Fetale (BCF)
- Assistenza al periodo espulsivo
- Clampaggio del funicolo
- Assistenza al secondamento

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

- Valutazione delle perdite ematiche per la rilevazione di perdite superiori ai 500 ml

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

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

1. Partogramma
2. Cardiotocografia o rilevazione dell'auscultazione intermittente

5.3 - FASE 3 DEL PARTO A BASSO RISCHIO: POST-PARTUM

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

In questo periodo l'ostetrica deve monitorare, a intervalli di 15 minuti, almeno i seguenti parametri:

- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- Saturazione Ossigeno
- Diuresi
- Perdite ematiche
- Fondo dell'utero
- Globo di sicurezza
- Ispezione del perineo (per la ricerca di trombo genito-puerperale)
- Ferita chirurgica

secondo quanto previsto dalla Scheda di valutazione e monitoraggio post partum (in Allegato 3). Effettuare la rimozione del catetere epidurale da parte del medico anestesista.

Per quanto riguarda la prevenzione e la diagnosi precoce della depressione puerperale, esiste procedura aziendale specifica a cui si rimanda.

5.4 PERCORSO B- FASE 2: IL PARTO CHIRURGICO – TAGLIO CESAREO

Il Taglio Cesareo (TC) è una modalità di espletamento del parto che può essere decisa sulla base di criteri di appropriatezza (vedi Tabella 4) e/o dal carattere di urgenza-emergenza (vedi Tabella 5), oppure in regime di elezione programmata nel rispetto del timing gestazionale delle indicazioni previste dalle evidenze scientifiche.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25
		Pag. 9 di 27

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

Tabella 4 - Criteri di appropriatezza per il TC

1. Parto vaginale meccanicamente impossibile
2. Macrosomia fetale
3. Presentazione anomala
4. Distocia
5. Sofferenza fetale acuta
6. Placenta previa
7. Distacco intempestivo della placenta
8. Prolasso del cordone ombelicale
9. Patologie materne (es. Gestosi, infezione da HIV, cardiopatia, lussazione congenita dell'anca)
10. Pregresso taglio cesareo dopo valutazione clinica ed eventuale travaglio di prova

5.4.1 Il TC per autodeterminazione, in elezione o in emergenza/urgenza

L'esecuzione del TC per autodeterminazione, in elezione o urgenza e preceduta dalla valutazione degli esami di laboratorio, clinici e strumentali preoperatori di routine e dal controllo dei referti dei tamponi vaginali e rettali per Streptococco β emolitico di gruppo B (GBS).

Occorre inoltre:

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

5.4.2 Prevenzione delle infezioni chirurgiche e del sito operatorio³

Tricotomia area sovra pubica

A meno che i peli nell'area di incisione interferiscano significativamente con l'esecuzione dell'intervento, va evitata la tricotomia.

La tricotomia, nei casi in cui sia strettamente necessaria, deve essere eseguita immediatamente prima dell'intervento utilizzando esclusivamente rasoi elettrici (clipper) o anticipatamente mediante creme depilatorie.

³ SNLG 17 - Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

Inserimento del catetere vescicale da parte dell'ostetrica, subito dopo l'esecuzione dell'anestesia spinale

Antibiotico profilassi perioperatoria

Nel caso del TC la somministrazione dell'antibiotico deve avvenire in unica dose dopo il clampaggio del cordone ombelicale. L'utilizzo di dosi addizionali dopo la fine dell'intervento non si è dimostrato efficace nel ridurre ulteriormente la frequenza di infezioni e va pertanto evitato, a meno di particolari necessità cliniche valutate dallo specialista e di cui dare evidenza in documentazione clinica.

L'antibiotico profilassi è fortemente raccomandata nel TC secondo le seguenti modalità:

TC elettivo: somministrazione di una singola dose di cefalosporine di prima (o seconda) generazione dopo il clampaggio del cordone ombelicale.

TC non elettivo (ovvero con travaglio in atto e/o rottura di membrane più di 6 ore prima dell'intervento): somministrazione di una cefalosporina di seconda generazione dopo il clampaggio del cordone ombelicale.

5.4.3 Prevenzione del rischio tromboembolico

Le donne che partoriscono con TC presentano un rischio di tromboembolismo venoso superiore di 2-3 volte a quello delle donne che partoriscono con parto vaginale. Tale rischio aumenta di circa 4 volte nelle pazienti che subiscono un TC in urgenza. È pertanto fortemente raccomandata, da parte del medico ginecologo, la valutazione precoce del rischio tromboembolico nelle donne che si avviano al percorso del parto vaginale o con TC al fine di attuare gli opportuni schemi operativi secondo quanto riportato di seguito (Tabella 6).

Per tutte le donne sottoposte a TC andrebbe presa in considerazione la trombo-profilassi con eparina a basso peso molecolare (EBPM) per 14 giorni dopo il parto. In pazienti selezionate ad alto rischio di TEV, nelle quali fattori di rischio significativi persistano in puerperio, si suggerisce di continuare la trombo-profilassi farmacologica per 6 settimane dopo il parto⁴.

1. E' obbligatorio eseguire la valutazione della classe di rischio tromboembolico e darne evidenza in documentazione sanitaria

2. Per le pazienti già in terapia si raccomanda la sospensione di EBPM almeno 12 ore prima dell'esecuzione del TC e di riprendere la somministrazione 8-12 ore dopo l'intervento chirurgico.

3. La somministrazione di EBPM non controindica l'allattamento al seno.

⁴ Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio (2014).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

Tabella 6 - Fattori di rischio per il tromboembolismo venoso (TEV)⁵

Fattori di rischio MAGGIORI (OR > 6)	Fattori di rischio MINORI (OR >6 se combinati)
a) Immobilità (riposi forzato a letto per un periodo di tempo \geq 1 settimana) b) Emorragia post partum \geq 1000 ml con intervento chirurgico c) Precedente TEV d) Pre-eclampsia con IUGR e) Trombofilia - Deficit di Antitrombina - Fattore V Leiden (omozigote o eterozigote) - Protrombina G20210A (omozigote o eterozigote) f) Lupus eritematoso sistemico g) Malattie cardiache h) Anemia a cellule falciformi i) Emotrasfusioni j) Infezioni post-partum	a) BMI >30 b) Gravidanza multipla c) Emorragia post-partum > 1000 ml d) Abitudine al fumo (> 10 sigarette/die) e) IUGR f) Trombofilia g) Deficit di proteina C h) Deficit di proteina S i) Pre-eclampsia l) Pregressa morte fetale dopo la 20ima settimana

5.4.4 Anestesia e organizzazione dell'intervento chirurgico

La valutazione preoperatoria della paziente candidata a TC da parte dell'anestesista, oltre a quanto normalmente previsto per ogni intervento chirurgico, deve valutare tutte le possibili alterazioni parafisiologiche presenti nella donna gravida che, sulla base delle evidenze disponibili, possano modificare il rischio anestesilogico. Deve essere pertanto attribuita la classe di rischio ASA ostetrico⁶. Per le operatività anestesilogiche si rimanda al protocollo operativo per TC.

5.5 FASE 3 DEL PARTO CHIRURGICO: POST-PARTUM

Prima di trasferire la puerpera in reparto, è necessario effettuare un periodo di osservazione e monitoraggio della durata di almeno due ore. Si precisa che l'inizio di questo periodo di osservazione e monitoraggio non parte dal momento della espulsione del feto, ma dal termine delle attività relative all'assistenza al parto (ad es. sutura della ferita chirurgica).

In questo periodo l'ostetrica deve monitorare almeno i seguenti parametri:

- Pressione arteriosa
- Frequenza cardiaca
- Saturazione ossigeno
- Diuresi
- Perdite ematiche

⁵ Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio (2014).

⁶

- CLASSE 1 Partorienti senza alcun disturbo organico, fisiologico, biochimico o psichiatrico o al di fuori delle normali modificazioni fisiologiche dovute alla gravidanza
 - CLASSE 2 lieve malattia sistemica o modesta patologia della gravidanza
 - CLASSE 3 Malattia sistemica di grado moderato o grave malattia della gravidanza
 - CLASSE 4 Partorienti con gravi malattie sistemiche in pericolo di vita
 - EMERGENZA (E) per tutte le partorienti delle precedenti classi quando si deve procedere al di fuori di una procedura d'elezione o urgente (Es. Taglio Cesareo).

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

- Fondo dell'utero
- Globo di sicurezza
- Ispezione del perineo (per la ricerca di trombo genito-puerperale)
- Ferita chirurgica

secondo quanto previsto dalla Scheda di valutazione e monitoraggio post partum (in allegato).

Per quanto riguarda la prevenzione e la diagnosi precoce della depressione puerperale, esiste procedura aziendale a cui si rimanda.

5.6 PERCORSO C: TAGLIO CESAREO IN EMERGENZA/URGENZA

Nel caso di condizioni di pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto, la paziente, giunta in PS viene avviata al Fast Track ostetrico e inviata per il TC praticato in emergenza. Per la definizione delle diverse tipologie di TC si veda la Tabella 5.

Tabella 5 - Definizione del TC in autodeterminazione, elezione o emergenza/urgenza ⁷	
Autodeterminazione	Si tratta di una condizione in cui il ricorso al TC non è dettato da ragioni cliniche, ma da una decisione della donna, a seguito della quale va condotta un'attività di counselling, al fine di informarla sui rischi della procedura chirurgica NB: La richiesta di TC in autodeterminazione deve essere riportata nella documentazione clinica e sottoscritta dalla paziente
Elezione	Il percorso clinico-assistenziale inizia con la fase di preospedalizzazione. Il ricorso al TC in elezione può essere legato ad assenza di compromissioni materne e/o fetali, ma necessita, per indicazioni esplicitate in cartella, di espletare il parto tramite TC
Urgenza	Il percorso clinico-assistenziale inizia dal PS o è motivato da variazioni del quadro clinico della donna durante il travaglio. Si ricorre al TC in urgenza per tutte quelle condizioni cliniche che, pur non costituendo un immediato pericolo di vita per la madre e/o del feto, sono potenzialmente legate a un esito sfavorevole del parto vaginale
Emergenza	Il percorso clinico-assistenziale inizia dal PS o è motivato da variazioni del quadro clinico della donna durante il travaglio. Si ricorre al TC in emergenza per pericolo immediato per la vita della madre e/o del feto

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

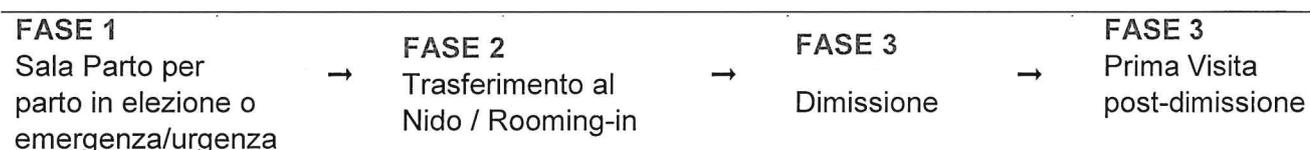
⁷ SNLG 22 - Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - Seconda parte

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

Pag. 13 di 27

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

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



6. PERCORSO NEONATALE

6.1 FASE 1 DEL PERCORSO NEONATALE: SALA PARTO IN ELEZIONE O IN EMERGENZA/URGENZA

In questa fase, oltre alla corretta identificazione della coppia madre-neonato secondo il protocollo aziendale, si effettua la valutazione dei seguenti parametri, di cui andrà data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

- a) Il pediatra/neonatologo acquisisce le informazioni cliniche e anamnestiche del caso dagli operatori che hanno assistito la donna durante il travaglio e il parto, e dalla documentazione sanitaria;
- b) Rileva e registra il Punteggio Apgar al quinto minuto;
- c) Rileva e descrive l'assenza di malformazioni evidenti;
- d) Registra la Frequenza respiratoria e ne verifica la fisiologia;
- e) Rileva i parametri antropometrici e ne conferma la fisiologia statistica;

Nel caso in cui uno o più di questi parametri non siano nella norma, il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie provvedendo al ricovero del neonato o al trasferimento dello stesso presso le strutture regionali di riferimento. Il trasferimento del neonato avverrà seguendo la procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero del paziente come da raccomandazione ministeriale.

Se tutti i parametri rientrano nella norma, è possibile passare alla fase successiva.

6.2 FASE 2 DEL PERCORSO NEONATALE: TRASPORTO E PERMANENZA DEL NEONATO AL NIDO/ROOMING-IN

In questa fase si dovrà effettuare un esame obiettivo accurato e completo del neonato che consenta di valutare i parametri di seguito riportati, di cui andrà data opportuna evidenza nella documentazione sanitaria:

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25
		Pag. 14 di 27

- a) Nascita a termine (fra la 37^{ma} e la 42^{ma} settimana) con peso adeguato all'età gestazionale (superiore al decimo percentile secondo le curve SIN);
- b) Normale adattamento cardiorespiratorio alla vita extrauterina;
- c) Stabilità termica;
- d) Buone capacità nella suzione nutritiva e avvio efficace dell'alimentazione;
- e) Ittero, se presente, a basso rischio;
- f) Emissione registrata di meconio e urine;
- g) Esecuzione/programmazione di screening metabolico neonatale.

Alle puerpere, presso la UOC di Ostetricia, è consegnata un'informativa multilingue sul *rooming-in* con divieto di tenere il neonato nello stesso letto della mamma.

Nel caso in cui uno o più di questi parametri non siano nella norma, il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie provvedendo al ricovero del neonato o al trasferimento dello stesso presso le strutture regionali di riferimento. Il trasferimento del neonato avverrà seguendo la procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero del paziente come da raccomandazione ministeriale.

Se tutti i parametri rientrano nella norma, è possibile passare alla fase successiva.

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

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

6.3 FASE 3 DEL PERCORSO NEONATALE: DIMISSIONE

In questa fase, accertata la permanenza dei criteri indicati nella fase precedente, si dimette il neonato e contestualmente si programma la data per la prima visita ambulatoriale post-dimissione. È opportuno dare evidenza nella documentazione sanitaria delle seguenti attività:

- a) Valutazione della bilirubina in occasione del prelievo di sangue effettuato per lo screening metabolico esteso e praticato in seconda/terza giornata;
- b) Promozione dell'allattamento materno;
- c) Istruzioni ai genitori sull'allattamento e l'igiene del neonato comprendenti un recapito telefonico per eventuali consultazioni nel periodo intercorrente fra la dimissione e la prima visita ambulatoriale post-dimissione.

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

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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

Nel caso in cui uno o più di questi parametri non siano nella norma, il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie provvedendo al ricovero del neonato o al trasferimento dello stesso presso le strutture regionali di riferimento. Il trasferimento del neonato avverrà seguendo la procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero del paziente come da raccomandazione ministeriale.

6.4 FASE 4: PRIMA VISITA POST DIMISSIONE

La prima visita post-dimissione viene effettuata presso i servizi territoriali-Spazio Madre Bambino della UOC Tutela del Materno Infantile.

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

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

Nel caso in cui uno o più di questi parametri non siano nella norma, il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie provvedendo all'invio del neonato in ospedale per gli accertamenti clinico diagnostici con appuntamenti dedicati o inviandolo in PS per il ricovero urgente in Pediatria/Neonatologia. Qualora necessario il pediatra ospedaliero provvede all'invio presso le strutture regionali di riferimento. Il trasferimento del neonato avverrà seguendo la procedura aziendale per la gestione del trasferimento intraospedaliero/extraospedaliero del paziente come da raccomandazione ministeriale n°11.

Se tutti i parametri rientrano nella norma, si conclude il percorso nascita con l'esecuzione della prima visita ambulatoriale post-dimissione e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

1. Esame obiettivo completo del neonato
 2. Esplicitazione presenza/assenza di condizioni problematiche nella relazione madre-neonato
- La presa in carico del neonato passa al Pediatra di Libera Scelta (PLS) del servizio territoriale.

Nel caso si rilevino problematiche di tipo psicosociale, si può prevedere un approfondimento valutativo con eventuale presa in carico da parte dell'équipe competente afferente alla UOC Materno Infantile e, ove necessario, l'attivazione dei servizi specialistici sanitari e/o dei servizi sociali degli Enti Locali preposti alla tutela dei minori e della famiglia.

In caso di Evento Sentinella "morte materna correlata al travaglio e/o parto o morte di neonato sano di peso >2500gr" il personale è tenuto ad effettuare incident reporting al Risk manager mediante modulistica presente sul sito aziendale

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25
		Pag. 16 di 27

7. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

ATTIVITÀ	GINECOLOGO	OSTETRICA	NEONATOLOGO	INFERMIERE neonatologia	PEDIATRA	ANESTESISTA	RISK M	SIS	DMO
Triage ostetrico con attribuzione classe di rischio gravidanza	I	R							
Compilazione scheda ricovero	R								
Compilazione del partogramma	I	R*							
Compilazione della scheda di monitoraggio post-partum	I	R							
Rilevazione cardiocotografia		R							
Refertazione cardiocotografia	R								
Valutazione rischio tromboembolico	R	C				C			
Visita e Consenso informato all'anestesia	I	I				R			
Consenso informato al TC	R	I				I			
Esecuzione taglio cesareo	R	C							
Compilazione Checklist di sala operatoria	R*	R*				R*			
Profilassi antibiotica	R	C							
Identificazione anagrafica madre - neonato	C	R	I						
Rilevazione del punteggio apgar/ obiectivazione dell' assenza di malformazioni evidenti registrazione della frequenza respiratoria	C	R*	R*			I			
Rilevazione durante la permanenza del neonato al Nido /Rooming-in di: Parametri vitali Valori relativi all'andamento ponderale del neonato Emissione di meconio e urine			I	R					
Valutazione della bilirubina			R	C					
Screening per malattie metaboliche dopo 48 ore dalla nascita	I		R	C					
Promozione dell'allattamento materno; Istruzioni sull'igiene del neonato Consegna di un recapito telefonico per eventuali consultazioni nel periodo intercorrente fra la dimissione e la prima visita ambulatoriale post-dimissione		R	C	R					
Visita post dimissioni: Rilievo delle condizioni generali del neonato:				C	R				

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI		 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI		Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25	Pag. 17 di 27

colorito, attività cardiaca, segni neurologici, stato dell'idratazione									
Formazione del personale sulla procedura	R*	R*	R*	C	R*		C		
Monitoraggio criteri appropriatezza	I	I	I	I	I	I	R		
Monitoraggio indicatori AGENAS	I	I	I	I	I	I	R		
Segnalazione NM,EAS,EA,ES	R**	R**	R**	R**	R**	R**	I		
Attività di auditing su indicatori PNE Prevale	C				C		R*	R*	R*
Attività di audit rischio clinico	C	C	C	C	C	C	R		C

Legenda: R: Responsabile. R*: Responsabile per gli ambiti di competenza R** : in quanto tutti professionisti autorizzati alla segnalazione C: Coinvolto. I: Informato.

8. FORMAZIONE DEL PERSONALE

I Direttori, i Dirigenti, gli Incarichi Organizzativi, Referenti e i Facilitatori del Rischio Clinico sono tenuti alla formazione del personale di propria afferenza sul presente documento. La formazione può avvenire anche in modalità di audit formativo on the job, singolarmente o in occasione di audit periodici interni. Traccia (verbale) della formazione effettuata deve essere archiviata agli atti interni e una copia della stessa deve essere inviata all'indirizzo segreteria.riskmanagement@asl.rieti.it insieme al foglio firme di avvenuta diffusione.

9. MONITORAGGIO DI APPLICAZIONE DOCUMENTO

Descrizione delle modalità di monitoraggio dell'applicazione del documento mediante la descrizione di requisiti di appropriatezza e indicatori di processo e di esito.

Requisiti di appropriatezza:

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

1. Triage ostetrico
2. Cardiotocografia
3. Scheda di attribuzione della classe di rischio sul modello dell'Allegato 1

Requisiti di appropriatezza del processo minimi richiesti:

- Corretta compilazione della scheda di Triage ostetrico
- Refertazione CTG sul modello dell'Allegato 1 (Scheda monitoraggio CTG)
- Compilazione sezione documentale relativa al ricovero ostetrico sul modello dell'Allegato 2

9.1 Relativamente al PERCORSO A PARTO NATURALE:

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25
		Pag. 18 di 27

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

1. Partogramma
2. Cardiotocografia o rilevazione dell'auscultazione intermittente

Requisiti di appropriatezza di processo minimi richiesti:

Compilazione partogramma
 Refertazione CTG

La FASE 3 del parto a basso rischio si conclude con il trasferimento della puerpera nel reparto di degenza e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

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

Requisiti di appropriatezza di processo minimi richiesti:

Compilazione Scheda di valutazione e monitoraggio post partum (allegato 3)

9.2 Relativamente al **PERCORSO B PARTO CHIRURGICO:**

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

1. Partogramma in caso di travaglio di prova;
2. Cardiotocografia;
3. Valutazione rischio trombo embolico;
4. Checklist di sala operatoria.

Requisiti di appropriatezza di processo minimi richiesti:

Compilazione checklist di sala operatoria
 Refertazione CTG

La FASE 3 del parto chirurgico si conclude con il trasferimento della puerpera nel reparto di degenza e prevede che nella documentazione sanitaria di tutti i casi siano disponibili le seguenti evidenze:

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

Requisiti di appropriatezza di processo minimi richiesti:

Compilazione completa della Scheda di valutazione e monitoraggio post partum (in allegato)

9.3 Relativamente al **PERCORSO NEONATALE: FASE 1 SALA PARTO**

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

1. Punteggio di Apgar
2. Frequenza respiratoria
3. Sintetica descrizione morfobiometrica del neonato

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25
		Pag. 19 di 27

Requisiti di appropriatezza di processo minimi richiesti:
 Apposizione di identificativo anagrafico madre-neonato
 Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti a) - ... - e) sopra elencati.

FASE 2 DEL PERCORSO NEONATALE TRASFERIMENTO AL NIDO/ROOMING-IN

Requisiti di appropriatezza minimi di processo richiesti:
 Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti a) - ... - g) sopra elencati pagina 17

FASE 3 DEL PERCORSO NEONATALE: DIMISSIONI

Requisiti di appropriatezza minimi di processo richiesti:
 Evidenza nella documentazione sanitaria dell'avvenuta informazione della madre e presenza della lettera di dimissione

FASE 4 DEL PERCORSO NEONATALE: PRIMA VISITA POST DIMISSIONE

Requisiti di appropriatezza i minimi di processo richiesti:
 Evidenze documentali sulla rilevazione dei punti a) - ... - c) sopra elencati pagina 17

10. INDICATORI

Il monitoraggio del rischio clinico relativo all'applicazione della procedura sarà effettuato dalla Struttura del Rischio Clinico con la collaborazione delle UU.OO. afferenti al Dipartimento Materno Infantile della ASL Rieti.

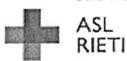
Gli Indicatori oggetto di valutazione annuale di processo/esito sono:

1. N° segnalazioni di Near Miss (NM), Eventi senza Danno (EAS), Eventi Avversi (EA), Eventi Sentinella (ES)
2. N° ES morte materna entro i 42 gg dal parto/n° tot parti/anno
3. N° ES morte neonato sano > 2500 gr /n° tot nati sani > 2500gr/ anno
4. N° verbali audit PNE-Prevale realizzati/n°audit richiesti dalla Regione o dalla Direzione Aziendale
5. N. Cartelle cliniche ostetriche controllate /n° tot cartelle cliniche controllate/anno per i criteri di appropriatezza enunciati

11. DIFFUSIONE E CONSERVAZIONE DOCUMENTO

Il presente documento è pubblicato sull'intranet aziendale. Apposita comunicazione viene inviata da parte della segreteria Risk Management a tutti i Direttori/Responsabili UU.OO./Coordinatori/Posizioni Organizzative coinvolti per la diffusione a tutti gli operatori interessati, con richiesta di presa visione della stessa mediante raccolta delle firme attraverso il modulo "lista di distribuzione".

Copia di tale modulo firmato, il cui originale che andrà conservato presso la U.O. a cura del Coordinatore/Coordinatrice, deve essere trasmesso alla segreteria della U.O.C. Risk Management, Qualità dei Processi e Auditing.

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

I Referenti e i Facilitatori del Rischio Clinico provvederanno alla formazione del personale sul presente documento.

12. AGGIORNAMENTO DOCUMENTO

L'aggiornamento del documento deve avvenire con periodicità stabilita (un anno, tre anni, ecc) e sarà aggiornata anche in base a nuove prove di efficacia emerse in letteratura, e/o ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica e ad eventuali nuovi riferimenti legislativi.

L'aggiornamento è cura del GdL.

13. BIBLIOGRAFIA, SITOGRAFIA, NORMATIVA

- Giuseppe Sabatelli, Maurizio Musolino, Clinical Risk Management e complessità dei sistemi di cura. L'acquedotto romano come paradigma di gestione nella Regione Lazio, ATENEAPOLI Editore (2019);
- Giuseppe Sabatelli, Maurizio Musolino, Domenico Di Lallo, Anna Santa Guzzo, Luigi Tonino Marsella, Antonio Silvestri, 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, Direzione regionale salute ed integrazione sociosanitaria Regione Lazio 2017;
- Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, Linee di indirizzo per la prevenzione delle complicanze legate alla gravidanza, al parto e al puerperio, Agenas 2018;
- Sistema Nazionale delle Linee Guida (SNLG), Documento 17 – Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto (2008);
- SNLG Documento n. 19 - Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - Prima parte (2010);
- SNLG Documento n. 20 - Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati (2011);
- SNLG Documento n. 21 - Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole - Seconda parte (2011);
- SNLG Linea Guida n. 20 - Gravidanza Fisiologica (2011);
- Linee Guida Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – SIGO (2010);
- Raccomandazione SIGO, AOGOI, AGUI, Fondazione Confalonieri Ragonese: Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio (2014);
- Royal College of Obstetrician & Gynaecologists: Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. Green-Top Guideline No. 37a (April 2015);
- Dimissione del neonato. Documento della task force della Società Italiana di Neonatologia (2017);
- Percorso nascita: Parto e puerperio - Assistenza al travaglio - Assistenza al parto a basso rischio. Regione Emilia Romagna (2008);
- Istruzioni per la compilazione del cartogramma. Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze, Regione Toscana (2010);
- Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR) - Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico. Linee Guida Nazionali di riferimento, Ministero della Salute (2004);
- UNICEF Italia - Standard per le buone pratiche per gli ospedali. Roma (2012);

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

- D.M. 740 del 14/09/1994 – Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'ostetrica/o;
- Direttiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 07/09/2005 relativo al riconoscimento delle qualifiche professionali;
- Codice deontologico Ostetrica;
- Codice deontologico Infermiere;
- Codice deontologico Medico;
- Ministero della Salute: Raccomandazione n. 6 per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto (2007);
- Ministero della Salute: Raccomandazione n.16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita (2014);
- Committee on Practice Bulletins-Gynecology, American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 84: Prevention of deep vein thrombosis and pulmonary embolism. Obstet Gynecol 2007; 110: 429-40;
- Geerts WH et al. American College of Chest Physicians. Prevention of VenousThromboembolism. American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines (8th Edition). Chest 2008; 133: S381-454;
- Royal College of Obstetricians and Gynecologists. Reducing the risk of thrombosis and embolism during pregnancy and the puerperium. Green- Top Guidelinesn 37,2009;
- D.Lgs. 06/11/2007, n. 206 Attuazione della Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

ALLEGATO 1

Procedura Implementazione
delle Raccomandazioni Ministeriali n 6 e 16

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

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

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

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

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

DATA _____

TIBRO E FIRMA DELL'OSTETRICA

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

ALLEGATO 2

AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

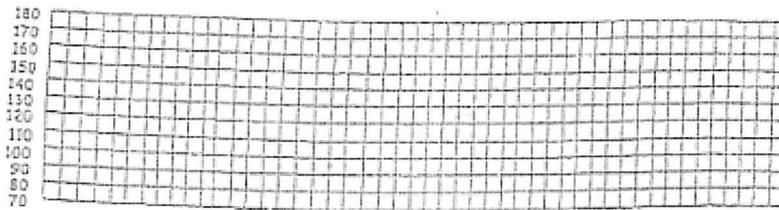
Via del Terminillo, 42 - 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 - PEC: asl.rieti@pec.it
 www.aslrieti.it C.F. e P.I. 00821180577

UOC OSTETRICIA/GINECOLOGIA DIRETTORE DR COSIMO OLIVA

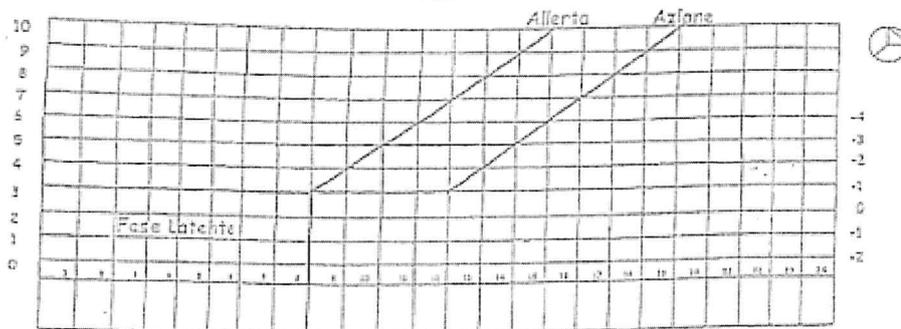
Cognome _____
Nome _____
N.C. _____ Grav _____ Par _____
Ingresso il _____ alle ore _____
Rottura membrane il _____ ore _____

VALUTAZIONE RISCHIO: Rischio Iniziale ore _____ : BASSO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/>
MDG _____ OST _____
Modifica rischio ore _____ : BASSO <input type="radio"/> ALTO <input type="radio"/>
MDG _____ OST _____

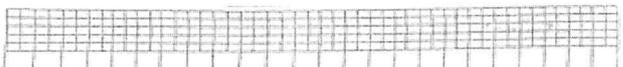
BCF:



DILATAZIONE:



MEMBRANE :

Contrazioni in 10 min	
Seministr.	
Firma	

NOTE _____

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO	
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI		Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25
			Pag. 24 di 27

Allegato 3 - Scheda valutazione e monitoraggio post partum

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

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

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

ALLEGATO 4



AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI

Via del Terminillo, 42 – 02100 RIETI - Tel. 0746.2781 – PEC: asl.rieti@pec.it
www.asl.rieti.it C.F. e P.I. 00821180577

Direttore UOC OSTETRICIA/GINECOLOGIA

Dott. Cosimo Oliva

INFORMATIVA PER IL ROOMING-IN

Cara Mamma,

vorremmo renderti partecipe del fatto che nel nostro reparto Maternità si adotta la pratica del **rooming-in**, letteralmente: “(in camera con)”. Ciò significa che il neonato rimarrà sempre vicino a te, tranne nei casi in cui siano richiesti dei controlli, durante i quali verrà temporaneamente portato presso la Neonatologia o qualora tu non fossi in grado di prendertene cura.

Ti ricordiamo che il personale Ostetrico e Infermieristico del Nido è sempre presente giorno e notte per le esigenze che dovessero manifestarsi.

Alcune importanti **regole** da seguire sia in **ospedale** che a **casa**:

- **Evita sempre al neonato la posizione prona (a pancia in giù): si associa alla SIDS (sindrome della morte in culla).**
- **Non lasciar mai il bambino incustodito. Se, in caso di necessità, devi allontanarti dalla stanza di degenza, chiama l'ostetrica o l'infermiera della Neonatologia.**
- **Non è consentito fumare neanche le sigarette elettroniche nella stanza dove sta il Tuo bambino: il fumo passivo favorisce e infezioni respiratorie.**
- **Non lasciare mai il Tuo bambino solo nel letto con Te quando dormi, per evitare il rischio di cadute accidentali o di soffocamento: mantienilo sempre nel suo lettino a dormire! In particolare, durante la degenza, al fine di preservare la salute e la vita del tuo figlio, è assolutamente vietato far stazionare il bebè nello stesso letto della Mamma. Al termine dell'allattamento e delle procedure di igiene, i neonati devono essere obbligatoriamente lasciati nelle cullette messe a disposizione dal Nido**

Rooming-in: Informativa per le Mamme

 <small>SISTEMA SANITARIO REGIONALE</small> ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

"Al fine di preservare la salute e la vita dei Vostri figli, è assolutamente vietato far stazionare il neonato nello stesso letto della Mamma. Al termine dell'allattamento e delle procedure di igiene del neonato, i neonati devono essere obbligatoriamente lasciati nelle cullette messe a disposizione dal Nido".

Rooming-in Information for Moms

"In order to preserve the health and life of your children, it is absolutely forbidden to have the baby stationed in the same bed as the Mother. At the end of breastfeeding and newborn hygiene procedures, babies must be compulsorily left in the cribs provided by the Nursery."

Rooming-in: Información para las madres

"Para preservar la salud y la vida de su hijo, está absolutamente prohibido tener al bebé en la misma cama que la madre. Al final de la lactancia y de los procedimientos de higiene del recién nacido, los bebés deben dejarse en las cunas proporcionadas por la guardería".

Informations sur le "Rooming-in" pour les mères

"Afin de préserver la santé et la vie de votre enfant, il est absolument interdit d'avoir le bébé dans le même lit que la mère. A la fin des procédures d'hygiène du nouveau-né et de l'allaitement, les bébés doivent être laissés dans les lits fournis par la crèche".

Rooming-in: Informationen für Mütter

"Um die Gesundheit und das Leben Ihres Kindes zu schützen, ist es absolut verboten, das Baby im selben Bett wie die Mutter zu haben. Nach Beendigung des Stillens und der Hygieneprozedur für Neugeborene müssen die Babys in den von der Kinderkrippe zur Verfügung gestellten Betten bleiben".

Informații pentru mame despre "Rooming-in"

"Pentru a păstra sănătatea și viața copilului dumneavoastră, este absolut interzis ca bebelușul să stea în același pat cu mama. La finalul procedurilor de alăptare și de igienă a nou-născuților, bebelușii trebuie lăsați în pătuțurile puse la dispoziție de creșă".

侍寝：给母亲的信息

"为了保护孩子的健康和生命，绝对禁止让孩子与母亲同床共枕。在母乳喂养和新生儿卫生程序结束后，必须将婴儿留在托儿所提供的小床上"。

 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL RIETI	REGIONE LAZIO AZIENDA SANITARIA LOCALE RIETI	 REGIONE LAZIO
	PROCEDURA 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 DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI	Cod. PO/110/082025 Rev. 03 Del 05/03/25

المساكن: معلومات للأمهات

من أجل الحفاظ على صحة وحياة أطفالك ، يُمنع تمامًا وضع الطفل في نفس سرير الأم. وفي نهاية الرضاعة الطبيعية وإجراءات النظافة " للمولود ، يجب ترك الأطفال حديثي الولادة في المهد شريطة التصرف من العش

Rooming-in: Informacion për nënat

“Për të ruajtur shëndetin dhe jetën e fëmijëve tuaj, është absolutisht e ndaluar vendosja e foshnjës në të njëjtin shtrat me nënën. Në fund të dhënies së gjirit dhe procedurave higjienike të të porsalindurit, foshnja duhet të lihet në djepin e vënë në dispozicion nga çerdhja”.