

## DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 461 DEL 08.06.2018

=====

**OGGETTO:** PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE E ADOZIONE DEI DOCUMENTI "LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO" E "LINEE DI INDIRIZZO PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO MAGGIORE DI 2500 GRAMMI NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA" - RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI N. 6/2008 E N.16/2014.

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
<u>AFFISSIONE ALBO</u>	<u>RELATA</u>	<u>ORDINARIA</u>	<u>IMMEDIATA</u>
La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda dal  <b>13.06.2018</b>  e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.  L'incaricato f.to sig.ra Maria Vallone	La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell' Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione  L'incaricato _____	La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal  _____  Il Dirigente  _____	La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.  <b>08.06.2018</b>  Il Direttore Generale f.to dott.ssa Antonietta Costantini

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati,

### IL DIRETTORE GENERALE

Dott. ssa Antonietta Costantini, nominata con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 375 del 13 luglio 2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19 luglio 2016, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione dei pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud

Via Marconi, 66

80059 Torre del Greco

**Oggetto: Presa d'atto, approvazione e adozione dei documenti “Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto” e “Linee di indirizzo per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso maggiore di 2500 grammi non correlata a malattia congenita” - Raccomandazioni Ministeriali n. 6/2008 e n.16/2014**

### ***IL RESPONSABILE DELLA DIREZIONE U.O.C. RISK MANAGEMENT***

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile della Direzione U.O.C. Risk Management e delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica ed amministrativa della stessa resa dal medesimo Dirigente proponente a mezzo di sottoscrizione della presente;

Dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196, ed al Regolamento aziendale, in materia di protezione dei dati personali, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 52 del 17 Gennaio 2018, redatto in conformità alle prescrizione del Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190.

### **Premesso che**

- Che il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di allerta per condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore con l'obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose e fornire gli strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l'assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema;

### **Visti:**

- Il Decreto Legislativo 30/12/1992, n.502 e successive modificazioni ed integrazioni;

- Il Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 che stabilisce tra gli obiettivi da raggiungere, quello di promuovere la sicurezza del paziente e la gestione del rischio clinico;
- La Deliberazione del Commissario Straordinario ASL Napoli 3 Sud n. 439 del 22/07/2015 ad oggetto: *“Implementazione e sviluppo di strumenti per la gestione del rischio clinico. Adozione aziendale delle raccomandazioni agli operatori sanitari del ministero della salute”*;
- La Legge 8 marzo 2017, n. 24 *“Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”*. (GU Serie Generale n.64 del 17/03/2017);

### Considerato:

- Che il Ministero della Salute ha sviluppato un sistema di allerta per condizioni cliniche ed assistenziali ad elevato rischio di errore con l’obiettivo di mettere in guardia gli operatori sanitari riguardo alcune procedure potenzialmente pericolose e fornire gli strumenti efficaci per mettere in atto azioni che siano in grado di ridurre i rischi e promuovere l’assunzione di responsabilità da parte degli operatori per favorire il cambiamento di sistema;
- Che la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, in collaborazione con esperti di Regioni e Province Autonome ha provveduto, fin dal 2005, alla stesura e diffusione di *“Raccomandazioni”* per offrire agli operatori sanitari informazioni su condizioni particolarmente pericolose, che possono causare gravi e fatali conseguenze ai pazienti;
- Che le Raccomandazioni si propongono di aumentare la consapevolezza del potenziale pericolo di alcuni eventi, indicando le azioni da intraprendere per prevenire gli eventi avversi, in particolare la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 6/2008 ad oggetto: *“Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto”*, e la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 16/2014 ad oggetto: *“Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita”*;
- Che le linee guida per la prevenzione dell’emorragia post partum (EPP) dell’Istituto Superiore di Sanità, ottobre 2016, indicano la necessità di adottare strategie organizzative e modalità operative atte a ridurre e/o prevenire i decessi e la morbosità materna e/o neonatale correlate al travaglio e/o parto;
- Che il recepimento formale delle Raccomandazioni è adempimento LEA per le Aziende Sanitarie;
- Che l’accordo Stato Regioni 16-12-2010 ad oggetto: *“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”*, (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011), ha fornito indicazioni per la riorganizzazione dei Punti nascita sul territorio nazionale,

- Che la procedura, di cui alla presente delibera, è stata sottoposta al processo di condivisione con tutti gli attori coinvolti (nota della UOC Risk Management prot. n. 70265 del 11/05/2018, n. 62220 del 26/04/2018, n. 41626 del 16/03/2018) con il recepimento delle osservazioni pervenute, agli atti della UOC proponente;

### **Valutato**

- Che l'adozione di comportamenti uniformati e standardizzati sia la strategia più efficace per garantire la sicurezza del personale sanitario e dei pazienti;
- Le Raccomandazioni Ministeriali rappresentano delle linee di indirizzo clinico-organizzative che devono essere implementate nelle strutture sotto forma di Procedure e/o Protocolli/Check Lists/Strumento Operativo;
- Ciascuna Procedura deve descrivere il chi – fa – cosa e, quindi, rappresentare la responsabilizzazione della struttura e degli operatori al rispetto e all'adesione del livello di sicurezza raccomandato;
- Ciascun Protocollo e il relativo Strumento Operativo devono indicare la sequenza operativa delle attività e dei compiti atti ad assicurare il livello di sicurezza raccomandato in tutte le fasi del processo oggetto di Procedura;
- La necessità di implementare la Raccomandazione del Ministero della Salute n. 6/2008 ad oggetto: "Prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto", e la Raccomandazione n. 16/2014 ad oggetto: "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita";

### **PROPONE AL DIRETTORE GENERALE**

- Di prendere atto, approvare e adottare i documenti "*Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto*" e "*Linee di indirizzo per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso maggiore di 2500 grammi non correlata a malattia congenita*" - Raccomandazioni Ministeriali n. 6/2008 e n.16/2014, che, allegati alla presente deliberazione, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
- Di stabilire la decorrenza della operatività del presente provvedimento con la data di adozione della stessa;
- Di dare mandato al Responsabile della Direzione UOC Risk Management di notificarne i contenuti a tutte le strutture interessate;

- Di dare mandato ai Direttori delle Macrostrutture Aziendali e ai Direttori UU.OO.CC. delle discipline interessate di provvedere alla piena diffusione, implementazione, applicazione, contestualizzazione delle Linee di indirizzo con specifiche procedure, e alla verifica annuale attraverso l'uso degli indicatori previsti;
- Di prendere atto che l'adozione del presente documento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;

### **Il Responsabile della Direzione UOC RISK MANAGEMENT**

**Dott.ssa Edvige Cascone**

### **Il Direttore Generale**

In forza della D.G.R.C. n° 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n° 165 del 19/07/2016

Preso atto della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo

#### **Il Direttore Sanitario**

***Dott. Luigi Caterino***

#### **Il Direttore Amministrativo**

***Dott. Domenico Concilio***

### **DELIBERA**

- Di prendere atto, approvare e adottare i documenti "*Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto*" e "*Linee di indirizzo per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso maggiore di 2500 grammi non correlata a malattia congenita*" - Raccomandazioni Ministeriali n. 6/2008 e n.16/2014, che, allegati alla presente deliberazione, ne costituiscono parte integrante e sostanziale;
- Di stabilire la decorrenza della operatività del presente provvedimento con la data di adozione della stessa;

- Di dare mandato al Responsabile della Direzione UOC Risk Management di notificarne i contenuti a tutte le strutture interessate;
- Di dare mandato ai Direttori delle Macrostrutture Aziendali e ai Direttori UU.OO.CC. delle discipline interessate di provvedere alla piena diffusione, implementazione, applicazione, contestualizzazione delle Linee di indirizzo con specifiche procedure, e alla verifica annuale attraverso l'uso degli indicatori previsti;
- Di prendere atto che l'adozione del presente documento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda;

**Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l'urgenza, e curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D. Lgs 14 marzo 2013 n. 33 e s.m.i.**

*Il Direttore Generale*

*Dott.ssa Antonietta Costantini*

**LINEE DI INDIRIZZO PER  
 LA PREVENZIONE DELLA MORTE  
 MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO  
 E/O PARTO**

*Raccomandazione Ministeriale n. 6/2008*

REDAZIONE	Dott. Francesco Paolo Ruocco, Dirigente Medico UOC Risk Management Dott.ssa Veneranda Imbimbo, Dirigente Biologo UOC Risk Management
VERIFICA	Dott.ssa Edvige Cascone, Responsabile della Direzione UOC Risk Management
CONDIVISIONE	Direzioni Sanitarie di Presidio, Direzione UOC Prevenzione e Cura Patologie della Donna e del Bambino, Direzione UOC Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere, Direzioni UU.OO.CC Pediatria e Neonatologia, Direzione UOC TIN,
ADOZIONE	Dott. Domenico Concilio, Direttore Amministrativo Aziendale Dott. Luigi Caterino, Direttore Sanitario Aziendale Dott.ssa Antonietta Costantini, Direttore Generale

 <p><b>Regione Campania</b> <b>asl Napoli 3 Sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p><i>Giugno 2018</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 2 di 39</i></p>

## INDICE/SOMMARIO

1 Premessa/Motivazioni	3
2 Scopo/obiettivo	5
3 Analisi del contesto	6
4 Destinatari e Campo di applicazione	6
5 Diffusione/Lista di distribuzione	7
6 Terminologia/abbreviazioni	7
7 Responsabilità/matrice delle responsabilità	8
8 Descrizione delle attività	9
Diagramma di flusso	10
9 Consenso Informato	22
10 Sintesi delle attività	23
11 Riferimenti/note bibliografiche/normativa di riferimento	24
12 Contestualizzazione della procedura	25
13 Revisione e Aggiornamento	25
14 Archiviazione	25
15 Indicatori di riferimento/Criteri di valutazione e registrazione dati	25
16 Segnalazione eventi sentinella	26
Allegato 1: Check list tecnologica sala parto e isola neonatale	27
Allegato 2: Check list sala parto	28
Allegato 3: Check list controllo isola neonatale in sala taglio cesareo	29
Allegato 4: Valutazione del rischio tromboembolico al TC	30
Allegato 5: Profilassi TEV in gravidanza e puerperio	32
Allegato 6: Prevenzione emorragia postpartum	34
Allegato 7: Trattamento dell'emorragia postpartum	35
Allegato 8: Prevenzione della preeclampsia	37
Allegato A: Elenco procedure Ostetricia/Neonatologia	38

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 3 di 39</p>

## 1 PREMESSA

Le morti materna e/o neonatale di feto nato sano con peso superiore a 2500 grammi, rappresentano un evento drammatico ed un indicatore cruciale delle condizioni generali di salute e di sviluppo di un paese.

Il sistema di segnalazione nazionale degli Eventi Sentinella (SIMES), attivo dal 2005, ha registrato, nel periodo 2005-2012, 82 eventi sentinella riconducibili a “Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita”, pari al 4.28% del totale. Tra i fattori contribuenti più frequentemente indicati, appaiono sempre i problemi di comunicazione e quelli correlati a linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali e procedure. Nella Raccomandazione ministeriale n° 6 (Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto) gli aspetti clinici sono indicati come le cause più frequenti di decessi materni nei paesi occidentali e tra questi i più rilevanti sono la malattia tromboembolica, l'emorragia del postpartum, la preclampsia, la sepsi e la morte dovuta ad anestesia. Così pure la sicurezza del feto e del neonato è strettamente correlata alle condizioni della madre prima e durante la gestazione e alla buona conduzione dell'intero processo assistenziale. Alcune condizioni, quali ad esempio infezioni, obesità materna, malattie croniche, tabacco, alcol e uso di sostanze stupefacenti, influenzano negativamente il decorso della gravidanza e concorrono a definire i rischi alla nascita. L'attività assistenziale alla madre e al bambino è caratterizzata da elementi di particolare complessità e vede coinvolti diversi profili professionali, il cui coordinamento, secondo un modello organizzativo basato sul "team di assistenza", è essenziale per il mantenimento del continuum assistenziale in tutte le fasi del percorso, dalla cura della donna durante la gravidanza al periodo postnatale.

Poiché la gravidanza, il parto/nascita e il post partum sono momenti di un processo unico, la frammentazione delle prestazioni multidisciplinari, la difficoltosa circolazione e condivisione delle informazioni tra le diverse figure professionali secondo modalità codificate, hanno un peso rilevante sulla sicurezza delle cure. In considerazione della necessità di garantire adeguati standard assistenziali e di assicurare, nel contempo, una capillare copertura del territorio, l'Accordo Stato Regioni 16-12-2010 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”, (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011), ha fornito indicazioni circa la riorganizzazione dei Punti nascita sul territorio nazionale. Vengono segnalati quali aspetti organizzativi cruciali su cui intervenire: il triage ostetrico, i percorsi assistenziali, la comunicazione interprofessionale, la comunicazione con la persona assistita e la documentazione in forma integrata dell'attività clinica. Alla luce di ciò, i programmi per la prevenzione della mortalità neonatale includono, oltre ad un'assistenza in gravidanza e al parto basata su linee guida e standard stabiliti, interventi da effettuare già in fase preconcezionale e tesi alla riduzione dei rischi sopra citati.

### Mortalità Materna e definizioni

 <p><b>Regione Campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 4 di 39</p>

(Da: Ministero della salute: “DOCUMENTO DI INTEGRAZIONE ED INDIRIZZO RELATIVO ALLA RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO)

La Tabella mostra il rapporto di mortalità materna in Italia e per grande ripartizione negli anni 1998-2002 (dati ISTAT 2006).

	Nati vivi	Decessi (ICD-9 630-676)	Rapporto di mortalità materna
Italia	2638112	69	2,62
Nord Ovest	647207	14	2,16
Nord Est	473355	10	2,11
Centro	478241	15	3,14
Sud	716527	16	2,23
Isole	322782	14	4,34

Rilevazioni successive dimostrano una sottostima del rapporto di mortalità materna, incremento giustificabile a seguito dell’aumento dell’età media delle donne al parto, dell’incremento delle donne straniere in età riproduttiva e dell’elevata proporzione di parti espletati mediante taglio cesareo, richiede l’attivazione in tempi brevi di un sistema di sorveglianza attiva della morbosità e mortalità materna e l’analisi delle cause più frequentemente associate ad esse.

La decima revisione dell’“International Classification of Disease (ICD-10) definisce **“morte materna”** “la morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 giorni dal termine della gravidanza per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento”.

La stessa revisione (ICD-10) introduce i concetti di “morte tardiva” e di “morte correlata alla gravidanza”. La **morte tardiva** viene definita come la morte di una donna per cause ostetriche dirette o indirette oltre i 42 giorni ma entro un anno dal termine della gravidanza. Esiste difatti crescente evidenza che la restrizione di tempo a 42 giorni dal parto rappresenti una limitazione al rilevamento di tutte le morti materne. La **morte correlata alla gravidanza** viene definita come 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 e gli infortuni (ad esempio, incidenti stradali o omicidi).

Le morti materne vengono distinte in:

- **dirette** quando risultano da complicanze ostetriche della gravidanza, del parto e del puerperio per interventi, omissioni o trattamenti inappropriati. Le cause più frequenti sono: trombosi e tromboembolismo, emorragia, ipertensione, embolia da liquido amniotico, morti precoci in gravidanza, sepsi e morti associate ad anestesia;

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 5 di 39</p>

- **indirette** quando risultano da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza o aggravate dalla gravidanza quali la patologia cardiaca, le neoplasie e le morti da malattie psichiatriche (suicidio).

L'assistenza al di sotto dello standard (*substandard care*) è risultata frequentemente associata al decesso materno e può essere distinta in:

- **maggiore** quando un diverso management avrebbe potuto determinare un esito differente, ovvero quando contribuisce in modo sostanziale alla morte della donna;
- **minore** quando un diverso management avrebbe potuto determinare risultati differenti, ma la sopravvivenza materna era in ogni caso improbabile, ovvero quando contribuisce in modo non rilevante alla morte della donna;
- **incidentale** quando un diverso management non avrebbe comunque cambiato l'esito finale.

**Postpartum:** è il periodo di due ore che segue l'espulsione della placenta.

**Puerperio:** è il periodo di tempo che inizia subito dopo l'espulsione della placenta e termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica.

## 2 SCOPO/OBIETTIVI

Lo scopo di questo documento è ridurre la mortalità materna correlata al travaglio e/o parto all'interno delle strutture ospedaliere, in linea con le Raccomandazioni n° 6 (Raccomandazione per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto) e n° 16 (Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso maggiore di 2500 grammi non correlata a malattia congenita) del Ministero della Salute, adottando strategie organizzative e modalità operative atte a ridurre e/o prevenire i decessi e la morbosità materna e/o neonatale correlate al travaglio e/o parto.

### OBIETTIVI SPECIFICI:

1. prevenire l'errore nella diagnosi e nella gestione dell'emergenza in sala parto;
2. implementare modelli di integrazione e comunicazione tra differenti professionisti coinvolti nel percorso nascita o potenzialmente coinvolti nell'assistenza in ambito ostetrico-neonatale;
3. garantire l'assistenza neonatale post partum sia in fase di degenza che dopo la dimissione favorendo il processo di continuità assistenziale nel territorio;
4. identificare il neonato a rischio;
5. prevenire gravi conseguenze di salute per la madre e il neonato derivanti da carenze o inappropriato intervento nella gestione della patologia durante il travaglio/parto/puerperio con particolare attenzione a:
  - emorragia del postpartum;
  - sepsi;
  - ipertensione;
  - trombembolismo
  - morte da anestesia;
  - riconoscimento del profilo di rischio materno, fetale, neonatale ricorso a manovre

 <p><b>Regione Campania</b> <b>asl Napoli 3 sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 6 di 39</p>

- o tecniche assistenziali inappropriate o non raccomandate;
- uso inappropriato di farmaci per indurre il travaglio o per aumentare l'attività contrattile in travaglio (ossitocina, prostaglandine);
- ricorso inappropriato e/o intempestivo al taglio cesareo (TC);

### 3 ANALISI DEL CONTESTO

I Punti nascita attualmente operanti nella ASL Napoli 3 sud sono 8 di cui 3 pubblici e 5 privati convenzionati (il Punto nascita del P.O. di Boscotrecase ha sospeso l'attività nell'aprile 2016). La UOC di Ostetricia e Ginecologia di C.mare di Stabia è dotata di Terapia Intensiva Neonatale (TIN).

Punti di nascita pubblici	Punti di nascita accreditati
P.O. Castellammare di Stabia	CdC La Madonnina SRL - San Gennaro Vesuviano
P.O. Vico Equense	CdC Maria Rosaria SPA – Pompei
P.O. Nola	CdC N.S. di Lourdes SPA - Massa Di Somma
	CdC S. Maria La Bruna SRL - Torre Del Greco
	CdC Villa Stabia - Castellammare Di Stabia

Le Unità di Ostetricia assistono gravidanze e parti in età gestazionale > 34 settimane, in situazioni che non prevedano presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II LIVELLO, per la madre e per il feto.

Il piano aziendale (DCA 39/2017), come previsto dal Piano Ospedaliero Regionale (DCA (33/2016, DCA 8/2018) prevede una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale prevedendo due livelli di assistenza:

- Livello 1: Neonatologia (cod. 62): che di norma prevede assistenza ai neonati fisiologici con problemi di adattamento alla vita extrauterina e neonati affetti da patologie (circa il 10% dei parti) che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive (ipoglicemia o tachipnea transitoria) e neonati prematuri > 34 settimane.
- Livello 2: Terapia intensiva neonatale - TIN (cod. 73): in grado di assistere neonati patologici, quali quelli bisognosi di terapia intensiva e ad alta complessità.

Presso la Asl Napoli 3 Sud sono previsti 12 p.l. di Neonatologia (di cui 6 al P.O. di Castellammare e 6 al P.O. di Vico Equense) e 18 posti letto di terapia intensiva (di cui 10 al P.O. di Castellammare ed 8 al P.O. di Nola).

### 4 DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE

Il documento è a tutela della madre e del neonato in tutte le fasi: gravidanza, travaglio-parto e dopo la nascita, durante la degenza e l'eventuale trasporto elettivo o in emergenza.

E' rivolto a tutti i professionisti dell'ASL, e non solo agli operatori del percorso materno- infantile, in

 <p><b>Regione Campania</b> <b>asl Napoli 3 sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 7 di 39</p>

considerazione del fatto che gli eventi avversi correlati alla gravidanza possono avvenire entro 42 giorni dal termine della gravidanza e possono coinvolgere i professionisti sanitari di qualsiasi servizio aziendale a cui afferisce la donna (come ad esempio il Pronto Soccorso o le Strutture Complesse di Anestesia e Rianimazione dei differenti ospedali, nonché del Dipartimento di area critica).

<b>COSA</b>	Modalità operative e organizzative atte a ridurre e/o prevenire i decessi e la morbosità materna e/o neonatale correlate al travaglio e/o parto.
<b>A CHI</b>	Resp. Unità operative Materno-infantile e Blocco Parto e operatori sanitari coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza e parto e dei loro neonati
<b>DOVE</b>	UUOO Ostetricia e Ginecologia, Pediatria/Neonatologia della ASL Napoli 3 sud
<b>PER CHI</b>	A tutela della madre e del neonato in tutte le fasi: gravidanza, travaglio-parto e dopo la nascita, durante la degenza e l'eventuale trasporto elettivo o in emergenza

## 5 DIFFUSIONE/LISTA DI DISTRIBUZIONE

La diffusione della procedura avviene con trasmissione attraverso la posta elettronica aziendale a tutte le Strutture Aziendali coinvolte e attraverso la sua pubblicazione sul portale aziendale (<http://www.aslNapoli3sud.it>), reperibile anche nell'area documentale della UOC Risk Management.

I Responsabili delle Macrostrutture ed i Responsabili delle UU.OO. coinvolte, dopo aver proceduto alla opportuna contestualizzazione della procedura, devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori coinvolti nel processo attraverso riunioni finalizzate alla presa visione e alla discussione onde garantire la diffusione capillare.

La copia cartacea deve essere sempre disponibile e consultabile, presso ogni struttura, in un luogo accessibile a tutti gli operatori.

Si provvederà a distribuire copia del presente documento anche alle Case di Cura Private Accreditate, dotate di punto nascita.

### Lista di distribuzione

Direttori Presidi Ospedalieri  
 Direttori UU.OO. Ostetricia e Ginecologia, Case di cura private accreditate  
 Direttori UU.OO. Pediatria/Neonatologia/TIN  
 Direttori UU.OO. Rianimazione, PP.SS  
 Ambulatori/consultori ostetrico-ginecologici dell'area territoriale  
 Case di cura private accreditate

## 6 TERMINOLOGIA /ABBREVIAZIONI

Audit clinico: Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti

 <p><b>regione campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 8 di 39</p>

dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.

**Morte materna:** 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. Il tasso di mortalità materna è dato dal rapporto tra il numero di decessi materni su 100.000 nati vivi.

**Morte tardiva:** Morte di una donna per cause ostetriche dirette o indirette oltre i 42 giorni ma entro un anno dal termine della gravidanza. Esiste, infatti, crescente evidenza che la restrizione di tempo a 42 giorni dal parto rappresenti una limitazione al rilevamento di tutte le morti materne.

**Evento Sentinella:** Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, può comportare la morte o grave danno al paziente e determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.

**Morte correlata alla gravidanza:** 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 e gli infortuni (ad esempio, incidenti stradali o omicidi).

**Morte materna diretta:** Risulta da complicanze ostetriche della gravidanza, del parto e del puerperio per interventi, omissioni o trattamenti inappropriati

**Morte materna indiretta:** Risulta da malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza o aggravate dalla gravidanza, quali la patologia cardiaca, le neoplasie e le malattie psichiatriche (suicidio).

**Morbosità materna:** Una donna che sarebbe deceduta ma che è sopravvissuta alle complicazioni insorte durante la gravidanza, il parto o entro 42 giorni dal termine della gravidanza stessa perché ha ricevuto cure adeguate.

**Postpartum:** È il periodo di due ore che segue l'espulsione della placenta.

**Puerperio:** È il periodo di tempo che inizia subito dopo l'espulsione della placenta e termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica.

**TC:** taglio cesareo

**STAM:** Sistema Trasporto Materno Assistito

**STEN:** Servizio trasporto emergenza neonatale

**ECG:** Elettrocardiogramma

**HELLP:** Hemolysis, Elevated, Liver enzymes, low, Platelets

**OMS:** Organizzazione Mondiale della Sanità

**GDM:**Diabete gestazionale ISS Istituto Superiore di Sanità

**MMR:**Maternal mortality ratio (decessi materni/100.000 nati vivi)

**P.A.:** Persona Assistita

**PE:** Pre-eclampsia

**EPP:** Emorragia del Post Partum

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 9 di 39</p>

## 7 RESPONSABILITA' /Matrice delle Responsabilit 

La Direzione Strategica e la UOC Risk Management sono i promotori dell'implementazione del presente documento, che dovr  essere diffuso agli operatori sanitari interessati.

La responsabilit  della conservazione e distribuzione di tale documento, della diffusione dei suoi contenuti e della supervisione rispetto alla sua applicazione   dei Direttori/Responsabili e dei Coordinatori Infermieristici delle UU. OO di Ostetricia e Ginecologia della ASL Napoli 3 sud, delle UU.OO. Pediatria/Neonatologia e Della UO TIN, ciascuno per le proprie competenze.

La responsabilit  dell'applicazione del documento   di tutto il personale sanitario.

### Matrice delle responsabilit 

AZIONI/RESPONSABILITA'	Direttore Sanitari Presidiali	Dir. UOC Ginec/ostetricia	Ginecologo	Ostetrica	Infermiere professionale	Responsabile UOC Anestesia Rianimazione	Anestesista	Neonatalogo/ Pediatra	Responsabile UOC Pediatria/ Neonatologia
Compilazione turni di servizio team punto nascita		R*				R*			R*
Assistenza neonato in sala parto e nel periodo peripartum		I	R*	R*	C		R*	R*	I
Applicazione protocolli /procedure/istruzioni operative		R*	R*	R*	R*	R*	R*	R*	R*
Applicazione procedura Trasferimento della madre e del neonato		I	R	C		I	C	R	I
Identificazione del neonato e della coppia madre-figlio		I	C	R			C	C	I
Compilazione documentazione clinica		I	R*	R*	I	R*	R*	R*	I
Rianimazione cardiopolmonare materna e neonatale		I	C	C	C	I	R*	R*	I
Valutazione del rischio		I	R	C		I	C	C	I
Comunicazione interprofessionale e attivazione di audit clinici	R*	R*	C	C	C	R*	C	C	R*
Segnalazione eventi sentinella/avversi/ near miss	R*	R*	R*	R*	R*	R*	R*	R*	R*
Contestualizzazione procedura	R								
Monitoraggio e verifica degli indicatori previsti in procedura	C	R*							R*
Monitoraggio applicazione della procedura	R	C							

R = responsabile C = collabora I = Informato

\*Per quanto di competenza

<p>regione campania <b>asnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 10 di 39</p>

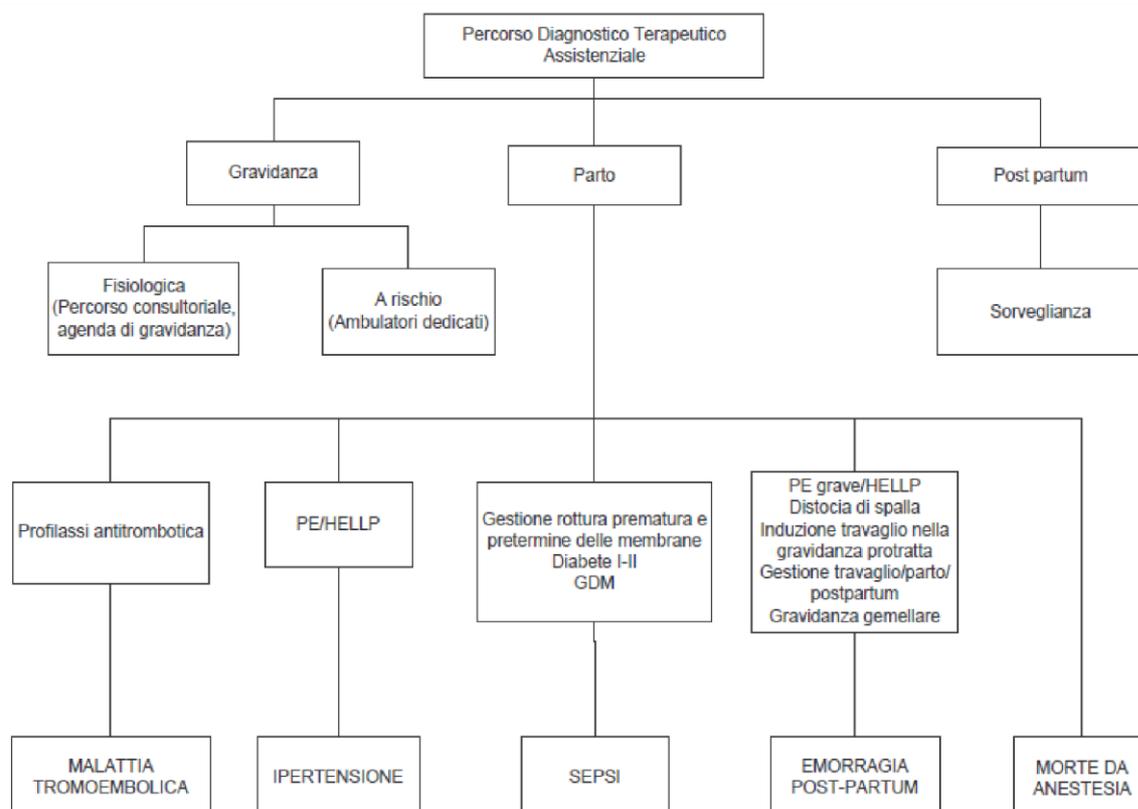
## 8 DESCRIZIONE ATTIVITÀ/MODALITÀ OPERATIVA

L'assistenza in sala parto è un processo multidisciplinare che fa convergere molte e diverse professionalità: la competenza tecnica, la qualifica professionale e le specifiche esperienze devono essere coerenti con il livello assistenziale definito e uniformi tra tutti i membri dello staff. Le funzioni di coordinamento del punto nascita, sono svolte dal Responsabile della UOC Ostetricia e Ginecologia.

Il presente documento deve incoraggiare l'adozione di appropriate misure assistenziali e organizzative per evitare o minimizzare l'insorgenza di eventi avversi nell'assistenza al parto e al postpartum in modo da ridurre la mortalità potenzialmente evitabile.

La seguente mappa concettuale fa riferimento alla Raccomandazione del Ministero della Salute "Raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto"; dettaglia le condizioni di rischio trattate nei documenti aziendali rispetto alle cinque cause più frequenti di eventi avversi (sepsi, emorragia post- partum, malattia trombo embolica, ipertensione, morte da anestesia).

### Diagramma di flusso/ mappa concettuale



 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 11 di 39</p>

## ASPETTI ORGANIZZATIVI

### 1. Definizione del team del punto nascita

Nei piani organizzativi e nella composizione dei turni di servizio è presa in considerazione la clinical competence, in modo coerente con il livello delle prestazioni da erogare.

Sono definite, formalizzate e condivise le responsabilità assistenziali e le competenze per ogni figura professionale coinvolta nell'assistenza e se ne tiene conto nella composizione dei turni di servizio e nel piano di formazione dei singoli operatori.

### 2. Orientamento/inserimento per il nuovo personale.

Tutto il personale deve essere informato e addestrato sulle modalità operative del punto nascita. La persona di nuovo inserimento deve essere affiancata, per il periodo utile, da personale esperto. La responsabilità della formazione è in carico al Responsabile della UOC di competenza che deve documentarne il percorso nel relativo fascicolo.

### 3. Il triage ostetrico (valutazione del rischio)

La corretta valutazione del rischio della donna in occasione del parto, rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze. Un corretto triage può favorire l'identificazione delle priorità assistenziali correlate alla gravità del singolo caso. Alla classificazione del rischio all'atto del ricovero (distinto in basso, medio e alto) devono conseguire specifici "percorsi assistenziali", differenziati per profilo di rischio e caratterizzati da definite responsabilità cliniche e organizzative. La valutazione del profilo di rischio della donna deve essere effettuata sulla base di criteri definiti e condivisi dall'équipe assistenziale (ostetriche, ginecologo, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla gestante) e deve essere caratterizzata da un processo di rivalutazione continuo e dinamico, sempre associato ad un'adeguata e continuativa sorveglianza della donna e del feto in travaglio.

Per la determinazione del profilo di rischio di una donna in travaglio devono sempre essere considerati e accuratamente riportati nella documentazione clinica:

- i fattori biologici, tra i quali: anamnesi familiare, età, andamento della o delle gravidanze e dei parti precedenti, peso, altezza, complicanze nella storia ostetrica come morte endouterina e taglio cesareo (TC), preeclampsia, gravidanza multipla, emorragie pre e intra parto, anemia, rischio tromboembolico, ecc;
- i fattori sociali, come fattori socio-economici, appartenenza a fedi religiose che possono condizionare i comportamenti in sala parto, qualità dell'assistenza antenatale, supporto familiare, presenza di barriere linguistiche o culturali, ecc;
- i fattori psicologici, come fattori emozionali e di comportamento, coping, precedenti esperienze di parto, ecc.

ANAMNESI GENERALE MATERNA	ANAMNESI OSTETRICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Età &lt;16aa, &gt; 42aa</li> <li>Diabete pre —gestazionale di tipo I e tipo II</li> <li>Patologia renale nota</li> <li>Patologia cardiaca nota</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Precedente morte endouterina fetale o neonatale</li> <li>Storia di tre o più aborti spontanei</li> <li>Pregresso Taglio Cesareo</li> </ul>

- Ipertensione essenziale
- Epilessia
- Patologie autoimmuni
- Patologie ematologiche e/o della coagulazione
- Patologia neoplastica
- Tumori e/o malformazioni dell'apparato genitale
- Asma
- Abuso di sostanze ( droga e/o alcol)
- Problemi psichiatrici
- Infezioni da HIV o processi infettivi in fase attiva
- Obesità I Anoressia
- Anomalie del bacino materno

- Precedente figlio con peso alla nascita <2500 gr
- Precedente figlio con peso alla nascita >4500 gr
- Precedente anomalia congenita neonatale (anatomica o genetica)
- Ipertensione e/o preeclampsia, sindrome HELLP, nella gravidanza precedente
- Pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di setto uterino, conizzazione con \ utilizzo dei punti, cerchiaggio cervicale)
- Emorragie post-partum ripetute (almeno due volte)
- Placenta ritenuta (almeno due volte)
- Multiparità elevata (più di 4 gravidanze)

**GRAVIDANZA ATTUALE**

- Epoca gestazionale < 37 0 > 42 settimane
- Diabete gestazionale
- Gravidanza gemellare
- Pressione diastolica => a 90 mmHg
- Perdite ematiche vaginali
- Presentazione di podice
- Patologie del canale del parto (es. HSV in atto)
- Iposviluppo fetale (inferiore al 5%)
- Macrosomia fetale (superiore al 95%)
- Parto pretermine
- Oligoidramnios
- Poliamnios
- Isoimmunizzazione Rh nell'attuale o altri AB significativi
- Patologia o malformazione fetale diagnosticata in gravidanza
- Obesità I Anoressia
- Anomalie del bacino materno

**4. Utilizzo e implementazione di procedure e percorsi assistenziali**

L'uniformità dei comportamenti nell'ambito di un processo assistenziale è un elemento importante per garantire la sicurezza, così come la condivisione delle modalità operative previste dal processo stesso ne rappresenta la condizione più importante.

Come da raccomandazione Ministeriale: **“Ogni struttura ospedaliera (dipartimenti di emergenza oltre che di ostetricia) deve dotarsi di protocolli e percorsi assistenziali scritti, basati sulle prove di efficacia, condivisi da tutti gli operatori sanitari coinvolti”**

L'adozione di protocolli scritti offre molteplici vantaggi:

- riduzione della variabilità clinica spesso presente in contesti organizzativi complessi;
- adeguato coordinamento di tutte le professionalità coinvolte nell'assistenza;
- migliore comunicazione tra la persona assistita e i componenti dell'équipe ;

 <p><b>Regione Campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 13 di 39</p>

- possibilità di monitoraggio e valutazione dei percorsi assistenziali adottati.

Alla luce delle prove di efficacia attualmente disponibili sono stati sviluppati protocolli volti a prevenire/ridurre i fattori iatrogeni di morbosità/mortalità materna che considerano, in particolare modo il rischio potenziale di emorragia legato alle induzioni, il rischio di sepsi legato ad ospedalizzazioni prolungate, il rischio di trombosi legato a immobilizzazione prolungata, il rischio anestesiológico legato a TC.

Essi prevedono anche le modalità di trasporto in caso di emergenza ostetrica (Procedura per il trasporto del paziente perinatale in emergenza). Nella valutazione della conduzione di un caso clinico è opportuno considerare sempre le possibili ricadute di una condizione ostetrica su entrambi i soggetti assistiti, madre e feto, nella loro complessità, evitando scelte che privilegino solo uno dei due. Per esempio, nel caso si renda necessario il trasferimento della donna gravida in bassa epoca gestazionale presso un reparto ostetrico di livello assistenziale superiore, occorre tenere presente che la tempestività dell'intervento ostetrico influisce notevolmente sul benessere materno fetale (per esempio, distacco di placenta in bassa epoca gestazionale).

**Le UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia, Pediatria/Neonatologia, Anestesia e Rianimazione, sono dotate dei percorsi clinico-assistenziali ed istruzioni operative elaborati dai professionisti in considerazione delle specificità dei reparti in cui operano e delle evidenze presenti in letteratura e disponibili presso le UU.OO. di pertinenza, come da prospetto in allegato A.**

### **5. Utilizzo dei servizi di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza**

La possibilità di attuare tempestivamente manovre rianimatorie impreviste, deve essere assicurata tramite:

- disponibilità di un anestesista rianimatore H24;
- disponibilità H24 dell'intervento immediato di un neonatologo/pediatra in grado di completare la rianimazione, eventualmente con il supporto del rianimatore;
- presenza alla nascita del neonatologo/pediatra quando la necessità di rianimazione è prevedibile in base alle condizioni cliniche di madre/feto/neonato;
- preparazione, secondo procedura aziendale e prima della nascita, del materiale per la rianimazione e verifica del suo corretto funzionamento.

I protocolli da utilizzare in caso di rianimazione materna e neonatale devono essere formalizzati e condivisi da tutti gli operatori sanitari del Punto nascita che devono essere puntualmente informati sugli aggiornamenti.

Il punto nascita deve essere in grado di affrontare contemporaneamente due situazioni di rianimazione (ostetrico-neonatale) al momento del parto.

Tutti gli operatori di sala parto devono avere una formazione di BLS neonatale, con periodica valutazione e retraining. Tra gli operatori presenti in sala parto al momento della nascita, almeno uno deve essere nelle condizioni di iniziare e di dedicarsi esclusivamente alla rianimazione primaria neonatale.

 <p><b>Regione Campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p><i>Giugno 2018</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 14 di 39</i></p>

## 6. Checklist di sala Parto

All'interno di un programma di miglioramento della sicurezza, devono essere adottate ed implementate la Checklist di preparazione della sala parto e la Checklist parto sicuro dell'OMS al fine di migliorare la qualità e sicurezza nell'assistenza materna e neonatale durante le fasi del parto. Lo strumento ricorda e aiuta il personale a garantire aderenza alle pratiche essenziali del parto; ogni elemento è un'azione fondamentale che, se perso, può portare a complicazioni o a morte.

Gli item della Checklist affrontano le cause principali delle morti materne (emorragie, infezioni, travaglio e disordini ipertensivi), nati morti intrapartum correlati (insufficiente cura intrapartum) e delle morti neonatali (Eventi in travaglio correlati, infezioni e complicazioni della prematurità). Le Checklist sono rappresentate negli Allegati 2 e 3.

## 7. Partogramma

La durata del travaglio di parto è indicata dal tempo che intercorre tra la fase di diagnosi di travaglio attivo e l'espletamento del parto. Nella gestione dell'assistenza al travaglio/parto, la formulazione della diagnosi di travaglio attivo, riveste un'importanza fondamentale nella prevenzione e riduzione dei rischi connessi all'adozione di interventi non appropriati.

Al momento della formulazione della diagnosi di travaglio attivo deve iniziare la compilazione del partogramma, il cui uso risulta importante perché permette un'immediata comprensione dell'evoluzione del travaglio ed una precoce individuazione di alterazioni della dinamica e della meccanica del parto.

Il **partogramma**, definito anche cervicodilatogramma, rappresenta un ottimo strumento di registrazione dei parametri clinici che definiscono l'andamento del travaglio.

Con il termine **Partografia** s'intende un metodo per la sorveglianza del travaglio che consiste nel riportare su un grafico opportunamente predisposto i principali fenomeni del travaglio dilatazione della cervice uterina e discesa della parte fetale presentata, in funzione del tempo trascorso.

Il Partogramma è il documento su cui è rappresentato il diagramma utilizzato per la registrazione di questi due fenomeni del travaglio, oltre a ciò sono presenti altri grafici e tabelle su cui poter registrare altri parametri significativi per la valutazione dell'andamento del travaglio stesso e del benessere materno-fetale. Il tempo impiegato dalle modifiche del collo dell'utero per verificarsi, permette di disegnare una curva che indica l'evoluzione del travaglio. Tale curva viene confrontata con un'ideale linea di riferimento tracciata sul diagramma prodotta per effetto dei limiti statistici della durata del travaglio calcolati in merito ai limiti di normalità, descritti da Friedman, in base alla parità della donna. Gli eventuali scostamenti tra la linea di azione e quella di attenzione permettono di individuare le alterazioni del travaglio che si classificano come distocie. Per la corretta compilazione ed interpretazione del tracciato, consultare la relativa istruzione operativa.

## 8. Criteri per il trasferimento della madre e del neonato

Le procedure da adottare in caso di trasferimento della madre o del neonato in altre unità di degenza di altro livello, sono definite nei documenti "Procedura per la gestione del trasferimento del paziente perinatale in emergenza" e "Procedura per la gestione del trasferimento intra ed extra

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 15 di 39</p>

ospedaliero del paziente”, in corso di adozione e già condivise con gli operatori coinvolti.

### 9. Identificazione del neonato e della coppia madre-figlio

Frequentemente lo scambio di un paziente con un altro è potenziale causa di errori. In sala parto è indispensabile attivare quei meccanismi che garantiscono oltre alla corretta identificazione di madre e neonato anche il loro sicuro e stabile abbinamento.

L’identificazione della coppia madre-figlio viene compiuta dall’Ostetrica mediante applicazione del doppio bracciale di gomma, secondo quanto indicato nella relativa Istruzione Operativa.

Tutti gli operatori verificano l’identificazione della madre e del neonato:

1. prima del trasferimento dalla sala parto;
2. prima della somministrazione dei farmaci;
3. prima dell’esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche, di procedure invasive e di interventi chirurgici;
4. prima di eseguire prelievi di sangue o campioni biologici;
5. prima di un’eventuale trasfusione di sangue o emoderivati;
6. prima di dare il neonato ai genitori;

Nel caso in cui la madre non consenta di essere nominata **deve essere prevista la modalità di identificazione del neonato in sala parto.**

### 10. Documentazione clinica

Tutte le informazioni colte sono gli elementi di base per una adeguata pianificazione delle cure necessarie e devono essere riportato in cartella. La documentazione dell’assistenza alla donna in gravidanza e al neonato ha tre funzioni principali:

- la definizione e l’identificazione di condizioni di rischio materno e fetale e/o di situazioni che richiedono la pianificazione di interventi specifici;
- la comunicazione tra i professionisti che assistono la donna, la progettazione di audit e di indagini epidemiologiche;
- la raccolta di dati amministrativi.

Vanno documentati in cartella gli atti clinico assistenziali e allegati referti diagnostici, moduli e checklist previste.

L’attenzione agli aspetti connessi alla gestione del dolore devono far parte comunque di ogni livello assistenziale; il percorso “parto indolore” deve essere documentato secondo quanto indicato nel relativo documento “Parto analgesia”. La raccolta dei dati di salute prenatale deve essere effettuata con criteri e modalità standardizzati, al fine di identificare e registrare le condizioni di rischio.

I professionisti e i servizi di assistenza alla gravidanza devono affidare alla donna la cartella con la documentazione clinica prenatale.

La valutazione e il punteggio di Apgar assegnato alla nascita e tutte le procedure eseguite, ivi inclusa la visita neonatologica/pediatria devono essere registrate in cartella clinica. Ogni annotazione sulla cartella clinica deve riportare data, ora e firma.

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 16 di 39</p>

### **11. La comunicazione interprofessionale**

Per agevolare la comunicazione tra i professionisti devono essere previste riunioni multidisciplinari, con cadenza variabile, nelle diverse Strutture Complesse coinvolte nel processo assistenziale. Andrebbero organizzati audit sistematici e documentati mediante metodologie che permettano di confrontare le procedure assistenziali a degli standard riconosciuti al fine di valutarne l'appropriatezza e di migliorare l'assistenza.

Nel corso dell'anno, ogni UU.OO del punto nascita deve attuare almeno un audit clinico o mettere in campo un percorso di miglioramento nell'ambito della qualità e sicurezza delle cure.

### **12. La comunicazione con la persona assistita**

La comunicazione è "un processo relazionale in cui si conduce e si è condotti". Un colloquio professionale è quindi un processo comunicativo sequenziale, in cui il professionista deve prepararsi, chiedendosi:

- con chi sto parlando
- che obiettivo mi pongo
- che informazioni ho bisogno di sapere
- che informazioni è necessario che io dia
- che aspettative ha il mio interlocutore
- cosa è in condizioni di capire.

L'operatore sta nella comunicazione in modo professionale, puntando all'efficacia del suo agire. La comunicazione è un elemento costitutivo della sua professionalità, non delegabile a nessun altro. La comunicazione efficace deve essere essenziale, chiara, empatica, autorevole e pertinente.

I professionisti coinvolti nell'assistenza, sin dal primo accesso della donna alla struttura sanitaria e per tutta la durata del suo percorso, devono provvedere ad informarla, sostenerla emotivamente, perché sia parte attiva del processo di decision making, instaurando con la donna/coppia una valida ed efficace comunicazione, favorendo la partecipazione e la fiducia verso le cure e l'assistenza fornite. Nell'ambito della relazione con il professionista, la donna deve poter esprimere liberamente le proprie decisioni rispetto agli atti sanitari proposti, rilasciando il proprio consenso firmato e sottoscritto anche dal medico che l'ha informata.

La madre ed i familiari del neonato devono essere attivamente coinvolti in tutte le fasi del processo di assistenza del neonato; le informazioni devono essere accessibili anche alle madri che non comprendono la lingua italiana possibilmente mediante la collaborazione di un mediatore culturale. I genitori devono inoltre essere istruiti anche mediante il documento informativo "consigli utili per mamma e papà" da rilasciare al momento della dimissione, in cui vengono offerte informazioni rispetto a:

- Allattamento
- Osservazione di feci e urine
- Posizione nel sonno
- Igiene del neonato
- Igiene ambientale (inquinamento-fumo)
- Sicurezza del Trasporto in auto

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 17 di 39</p>

È opportuno riferirsi al servizio di Psicologia Integrata della Donna e del Bambino attivo in Azienda, per un counselling psicologico alla donna/coppia e per il sostegno anche dei professionisti sanitari quando devono affrontare comunicazioni complesse ed emotivamente difficili da gestire.

## ASPETTI CLINICI

In questo paragrafo verranno affrontate le cinque cause più frequenti e più efficacemente prevenibili di morte materna nei paesi occidentali e per le quali è necessario predisporre procedure concordate con gli specifici attori: **la malattia tromboembolica, l'emorragia postpartum, l'ipertensione – preeclampsia, la sepsi e la morte dovuta ad anestesia.** In proposito ricordiamo che gli aspetti legati all'integrazione e alla continuità dell'assistenza, all'appropriata informazione delle persone assistite e alla qualità della documentazione clinica rivestono pari importanza rispetto all'appropriatezza dei percorsi diagnostico terapeutici. Occorre inoltre tener presente che la maggiore frequenza di TC in Italia (37% nel 2003; 38% nel 2004) rispetto all'Europa ed in particolare alla realtà anglosassone (23% nel 2003-04) cui si fa frequente riferimento, potrebbe aumentare l'esposizione al rischio di morbosità e mortalità materna per alcune condizioni cliniche (ad esempio, la malattia tromboembolica, la morte dovuta ad anestesia).

### 1. Il tromboembolismo venoso

La malattia tromboembolica, sia pur rara in valore assoluto (13 casi per 10.000), rappresenta una delle principali cause di mortalità materna diretta (15 casi mortali per milione di gravidanze). La raccomandazione principale riguarda la valutazione del profilo di rischio trombotico della donna in occasione di ogni contatto con la struttura ospedaliera, anche per aborti interni o interruzioni di gravidanza, gravidanze extrauterine o interventi per cause non ostetriche; infatti, come risulta dall'ultimo rapporto anglosassone, circa l'80% delle donne decedute per embolia polmonare presentava anamnesi positiva per specifici fattori di rischio tromboembolico.

Il mancato riconoscimento dei fattori di rischio, di segni e sintomi della malattia tromboembolica e i trattamenti non sufficientemente tempestivi o i dosaggi inappropriati in caso di tromboprolifassi sono gli aspetti di *substandard care* rilevati più frequentemente. Infatti, come riportato nel 2004 dal Report Anglosassone, una condizione di *substandard care* risulta presente in più della metà dei casi di malattia tromboembolica in donne gravide.

I fattori di rischio per la malattia tromboembolica in gravidanza, in corso di parto spontaneo e in puerperio possono essere preesistenti alla gestazione, come riportato nelle schede 4 e 5. Nelle stesse schede sono riportati gli interventi di profilassi raccomandati dalle linee guida AGOI e Chest 2012.

### 2. L'emorragia post partum

Per emorragia del post partum si intende una perdita ematica uguale o superiore a 500 ml in un parto vaginale (grave se supera i 1000 ml); nel taglio cesareo può essere definita abnorme una perdita ematica pari o superiore a 1000 ml.

La frequenza stimata oscilla tra il 5 e il 22% del totale dei parti. La mortalità è pari all'8,5 per milione

 <p><b>Regione Campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 18 di 39</p>

di gravidanze, di cui il 71%, come riportato nel Regno Unito, attribuibile a *substandard care*.

Le cause di emorragia post partum sono: l'atonia uterina (90%), le lacerazioni della cervice e/o del perineo (5%), la ritenzione di materiale placentare (4%), i problemi della coagulazione, l'inversione uterina e la rottura d'utero. La placenta accreta si pone oggi come importante causa di emorragia primaria (nelle prime 24 ore dal parto), probabilmente a seguito dell'aumento della frequenza di tagli cesarei e dell'aumento dell'età delle donne al parto. Molti dei casi di emorragia del post partum avvengono in donne senza fattori di rischio.

Le evidenze emerse dalla revisione sistematica della Cochrane Library, che nel 2003 ha preso in esame più di 4.500 casi, paragonando il trattamento attivo con la gestione fisiologica del secondamento, suggeriscono il protocollo mostrato in allegato 6 per la **prevenzione** dell'emorragia post-partum.

I cardini del trattamento dell'emorragia del post partum sono: il mantenimento della contrattilità uterina ottenuto tramite mezzi fisici o farmacologici e il mantenimento o sostegno del circolo con opportuna idratazione.

Da un punto di vista organizzativo è opportuno:

- dotarsi di un protocollo scritto per la pronta disponibilità del sangue, nonché per il tempestivo intervento di figure professionali non presenti in reparto;
- prevedere periodiche esercitazioni sulle emergenze, rivolte a tutti i membri dello staff sia medico che ostetrico e infermieristico.

Da un punto di vista clinico è raccomandato quanto descritto in allegato 7.

Sarebbe inoltre opportuno conoscere già in epoca prenatale le attitudini delle assistite verso l'emotrasfusione e le pratiche di emorecupero, soprattutto in caso di rischio noto di emorragia peripartum (preeclamptiche, gemellari, placenta previa, ecc.), in modo da concordare e predisporre un piano assistenziale in caso di emorragia post partum.

### 3. L'ipertensione in gravidanza e al parto

Si definisce ipertensione gestazionale o ipertensione indotta dalla gravidanza la comparsa di valori di pressione sistolica  $\geq 140$  mmHg o diastolica  $\geq 90$  mmHg dopo le 20 settimane di età gestazionale in una donna precedentemente normotesa.

Se all'ipertensione è associata proteinuria  $\geq 300$  mg in un campione di 24 ore, si parla di preeclampsia (PE).

La PE si definisce grave quando si verifica una o più delle seguenti condizioni:

- pressione sistolica  $\geq 160$  mmHg o diastolica  $\geq 110$  mmHg in due misurazioni consecutive a distanza di almeno 6 ore
- proteinuria  $\geq 5$  g/24h oppure 3+ su 2 campioni urinari consecutivi raccolti a distanza di almeno 4 ore
- oliguria (<500 ml nelle 24 ore)
- disturbi cerebrali o visivi
- edema polmonare o cianosi
- dolore epigastrico o nel quadrante superiore destro
- alterazione della funzionalità epatica

 <p><b>Regione Campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 19 di 39</p>

- trombocitopenia
- restrizione di crescita fetale

Le complicanze della PE sono **l'eclampsia e la sindrome HELLP**.

L'**eclampsia** è definita dalla comparsa di convulsioni e/o perdita di coscienza non attribuibili a patologie neurologiche preesistenti. Cefalea, scotomi ed iperreflessia possono precedere la crisi eclamptica.

La **HELLP** è definita sulla base di dati laboratoristici: emolisi, aumentati livelli degli enzimi epatici, diminuzione dei livelli di piastrine.

L'incidenza di ipertensione indotta dalla gravidanza, è dell'8-10%.

La PE complica il 3-4% di tutte le gravidanze; nella sua forma grave si verifica in meno dell'1% di tutte le gravidanze.

L'eclampsia ha un'incidenza di 1:2000 parti. La HELLP complica il 20% delle PE gravi.

La PE costituisce il 13% - 15% delle cause dirette di morte materna nei Paesi occidentali. Il tasso di mortalità è pari a 7 casi mortali per milione di maternità, la percentuale di *substandard care* riportato dal Report Anglosassone è pari al 50%. Le cause più frequenti di morte nelle pazienti preeclamptiche sono: l'emorragia cerebrale, la Multiple Organs Failure (MOF) e la coagulazione intravasale disseminata.

Fattori di rischio per lo sviluppo della PE sono: la nulliparità, la gravidanza gemellare, una preeclampsia pregressa, una storia familiare di preeclampsia, l'ipertensione cronica, il diabete pregravidico, le malattie vascolari e del tessuto connettivo, la nefropatia, la sindrome degli anticorpi antifosfolipidi, l'obesità, l'età > 35 anni, la razza afro-americana.

A tutt'oggi non esistono interventi di provata efficacia per prevenire la PE: modesti benefici potrebbero derivare dall'uso dell'aspirina a basse dosi. L'unica terapia definitiva della PE è l'interruzione della gravidanza. In caso di età gestazionale pari o superiore alle 34 settimane si procede all'espletamento del parto; quando la PE si sviluppa precocemente (prima delle 34 settimane di età gestazionale) si dovranno accuratamente bilanciare i benefici dell'interruzione di gravidanza per la madre con i rischi del parto pretermine per il feto (mortalità perinatale ed esiti neurologici a distanza).

Uno degli obiettivi delle cure prenatali è il riconoscimento precoce dell'insorgenza di PE al fine di prevenire le sue complicanze. Le misure in questo senso sono descritte in allegato 8.

CLASSIFICAZIONE DELL' IPERTENSIONE IN GRAVIDANZA	
<p><b>IPERTENSIONE GESTAZIONALE</b> ↓</p>	<p>Iipertensione che insorge in gravidanza dopo la 20<sup>a</sup> settimana di gestazione, senza altri segni di alterazioni multisistemiche o di preeclampsia, e che si risolve entro 6-12 settimane dopo il parto.</p>
<p><b>Severa</b></p>	<p>PAS ≥ 160 mmHg e/o PAD ≥ 110 mmHg</p>

 <p><b>Regione Campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 20 di 39</p>

<p><b>PREECLAMPSIA</b></p> <p>↓</p>	<p><b>Ipertensione gestazionale e uno o più dei seguenti segni:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Proteinuria <math>\geq 0,3</math> g/24h (o proteinuria/creatinina <math>\geq 30</math> mg/mmol nel campione isolato) di nuova insorgenza</li> <li>•Una o più condizioni avverse</li> <li>•Una o più complicanze severe</li> </ul>
<p><b>Severa</b></p>	<p><b>Preeclampsia con una o più complicanze severe</b></p>
<p><b>IPERTENSIONE CRONICA</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ipertensione presente prima della gravidanza o prima della 20<sup>a</sup> settimana di gestazione</li> <li>•Ipertensione osservata per la prima volta in gravidanza e che non si risolve dopo il puerperio.</li> </ul>
<p><b>PREECLAMPSIA SOVRAPPOSTA AD IPERTENSIONE CRONICA</b></p>	<p><b>Quando all'ipertensione cronica si associa ad uno o più dei segni di preeclampsia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>•Proteinuria significativa di nuova insorgenza o ingravescente</li> <li>•Ipertensione resistente alla terapia</li> <li>•Una o più condizioni avverse</li> <li>•Una o più complicanze severe</li> </ul>

#### 4. La sepsi

La sepsi può verificarsi nella prima metà della gravidanza, in genere correlata all'aborto o, molto raramente, a manovre diagnostiche (ad esempio, amniocentesi); durante la gravidanza e al momento del parto o durante il puerperio, sia dopo un parto spontaneo che dopo un taglio cesareo.

La sepsi è la sindrome clinica definita dalla contemporanea presenza di infezione e risposta infiammatoria sistemica. L'OMS definisce la sepsi puerperale come: "infezione del tratto genitale che si verifica in qualunque momento fra l'inizio della rottura delle membrane o del travaglio e il 42° giorno dopo il parto o l'aborto in cui sono presenti due o più dei seguenti segni o sintomi: dolore pelvico, febbre a 38.5° C o superiore misurata per via orale in qualsiasi momento, anomale perdite vaginali, perdite vaginali maleodoranti, ritardo nell'involuzione uterina". Va ricordato che la diagnosi di sepsi deve essere sospettata anche in presenza di vomito, diarrea e dolore addominale, con o senza febbre.

L'**incidenza** della sepsi è di circa 1/1000 parti; la sua forma più grave, lo shock settico, ha un'incidenza di 1/8000 parti circa. La sepsi rappresenta l'8% - 12% delle cause dirette di mortalità materna. Il tasso di casi mortali è pari al 5,5 per milione di maternità, la percentuale di *substandard care* riportato dal Rapporto Anglosassone è pari al 77%.

I **patogeni** più frequentemente coinvolti nelle morti riportate dalla Confidential enquiry sono: Streptococco dei gruppi A, B, C, D e G, Stafilococco aureo, Escherichia coli, anaerobi (bacteriodes e Fusobacterium). Deve essere sottolineato che in alcuni casi di sepsi non è stato possibile evidenziare alcun agente patogeno.

I **fattori di rischio** per tale patologia sono: le infezioni del tratto urinario, il parto pretermine, la rottura prolungata delle membrane, la corionamniotite, il taglio cesareo in generale e il taglio cesareo d'emergenza, la ritenzione di materiale ovulare dopo un aborto o un parto, l'endometrite

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 21 di 39</p>

post partum e la morte fetale. In termini di prevenzione primaria è raccomandato ridurre le esplorazioni vaginali all'essenziale nelle donne con membrane rotte e rispettare comunque rigorose misure di asepsi durante le esplorazioni vaginali, mantenere un'accurata pulizia delle mani, utilizzare la profilassi antibiotica in caso di taglio cesareo.

La **prevenzione secondaria** si avvale, in caso di sospetta sepsi, di un trattamento aggressivo e tempestivo, mediante antibiotici a largo spettro, per evitare che le condizioni materne si aggravino in modo irreversibile. Il trattamento deve essere instaurato immediatamente, senza attendere gli esiti degli accertamenti di laboratorio. La scelta del farmaco è lasciata alle politiche locali, ma è importante che sia sempre consultato un medico infettivologo. Se si sospetta una ritenzione di membrane, sono necessari un esame clinico e un tampone vaginale e un'ecografia per verificare se la cavità uterina è vuota.

#### 5. Le morti materne da anestesia

Le morti materne riconducibili direttamente all'anestesia sono ormai rare e dovute prevalentemente al mancato controllo delle vie aeree in anestesia generale per TC. Il tasso di casi mortalità è pari a 3 per milione di maternità; in caso di taglio cesareo il tasso di mortalità sale a 1 per 100.000 cesarei. La percentuale di *substandard care* riportato dal Report Anglosassone è pari al 100%.

Dato l'incremento di rischio anestesilogico che si configura in caso di intervento non programmato, sarebbe opportuno favorire la visita anestesilogica alla trentaduesima settimana per le donne con gravidanze patologiche (preeclampsia, diabete, minaccia di parto pretermine).

Inoltre, considerando il numero sempre maggiore di gravide straniere che partoriscono in Italia ed essendo dimostrato dall'esperienza anglosassone che la mancata comunicazione è una delle possibili fonti di *substandard care* in ostetricia, si raccomanda che, se necessario, tale visita venga programmata avvalendosi di mediatori culturali. E' inoltre opportuno comunicare tempestivamente e formalmente all'unità operativa di anestesia e rianimazione il ricovero in reparto ostetrico di assistite ad alto rischio anestesilogico (tra cui le gravide grandi obese e le cardiopatiche gravi), oltre che di quelle con gravidanze patologiche, affinché, nell'eventualità di un cesareo, possano venire predisposti per tempo piani di trattamento anestesilogico e intensivistico adeguati alla gravità del caso (tecniche di monitoraggio invasivo, tecniche particolari di intubazione, ricovero postoperatorio in aree intensive).

L'**anestesia di prima scelta per il parto cesareo** è oggi rappresentata dall'anestesia peridurale e/o subaracnoidea, dato l'incremento di rischio di mortalità materna ormai dimostrato in caso di anestesia generale. Si raccomanda che, tenendo conto della possibilità concreta che la gravida necessiti di un'anestesia peripartum, tutta l'équipe (ginecologo, ostetrica, specialisti che hanno in cura la gestante patologica) concorra fattivamente a rendere possibile tale scelta (programmazione, indicazioni e *timing* di un eventuale cesareo, scelta di farmaci appropriati, con particolare attenzione alle sostanze attive sull'emostasi).

Qualora si dovesse ricorrere all'anestesia generale è necessario che l'anestesista conosca e applichi

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 22 di 39</p>

le linee guida esistenti per un adeguato controllo delle vie aeree.

## 9 CONSENSO INFORMATO A PRATICHE OSTETRICHE/GINECOLOGICHE

*E' necessario che ogni U.O. di di Ostetricia e Ginecologia predisponga il modello di informativa e consenso informato per ogni pratica ostetrica ginecologica espletata secondo le modalità espresse nella procedura aziendale (del. n. 643 del 02/12/2016. "Procedura per l' Informazione del Paziente e l' Acquisizione del Consenso Informato") e, ai sensi della legge 22 dicembre 2017 n. 219 recante " Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". E' opportuno che, oltre ai casi di legge, l'informativa e l'acquisizione del consenso siano in forma scritta in tutti i casi "gravati da elevato rischio di mortalità o da esiti che incidano in modo rilevante sull'integrità psico-fisica". La recente legge prevede la possibilità di acquisizione anche tramite videoregistrazione.*

### **In linea generale il modello:**

- Deve essere schematizzato in maniera diversa a seconda delle patologie da trattare:
  - Per interventi programmati o in urgenza;
  - Per patologia (tipi di intervento e complicanze);
- Deve comprendere:
  - Diagnosi accurata;
  - Tipo di intervento (eventuali altre procedure);
  - Complicanze generiche e specifiche possibili;
  - Parte in cui si afferma che il paziente ha compreso tutte le spiegazioni e di accettare l'intervento;
- Bisogna coinvolgere il paziente sulla scelta del trattamento spiegando accuratamente il tipo di intervento (terapeutico o chirurgico) o le alternative chirurgiche, le possibilità di riuscita (mai previsioni eccessivamente ottimistiche ma ovviamente nemmeno catastrofiche), rischi e complicanze (se possibile accennare anche alle meno frequenti). Il paziente dovrebbe essere messo in condizione di non poter dire di non avere avuto la possibilità di scegliere anche in relazione ai rischi e complicanze;
- Per gli stranieri, aggiungere in calce dichiarazione in cui il paziente afferma di aver capito in una lingua a lui comprensibile e la sua firma per accettazione;
- Se possibile e il paziente è d'accordo (Privacy) coinvolgere 1 o più familiari nel colloquio e chiedere l'autorizzazione a rilasciare anche a loro notizie sul decorso;
- In caso di interventi programmati è necessario rilasciare al paziente, alla prima visita, il modulo di accettazione e un prospetto informativo sulla patologia da trattare. In questa maniera, il paziente ha lo stato d'animo giusto ed il tempo per riflettere sul consenso: la firma di accettazione potrà essere posta anche durante l'accesso per l'intervento chirurgico;
- Tale prospetto, di max 1-2 pagine, deve riportare tutte le informazioni ed eventuali immagini esplicative sulla patologia da trattare e deve essere strutturato con i seguenti campi: (definizione, etiopatogenesi, evoluzione, stato clinico, diagnosi, proposte di trattamento, complicanze, decorso post-operatorio e riabilitativo, ecc.);
- Naturalmente, con riferimento allo schema proposto, ogni Unità Operativa può sviluppare tali prospetti informativi, adattandoli alla propria realtà operativa ed alle tecniche adoperate.

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 23 di 39</p>

**L'IMPORTANZA DEL CONSENSO INFORMATO CONSAPEVOLE ALLA LUCE DELLA RECENTE SENTENZA DELLA CASSAZIONE E DELLA LEGGE SUL BIOTESTAMENTO (LETTERA AGOI)**

*Le nuove norme sul consenso informato previste dalla legge sul testamento biologico impongono un ancor più scrupolosa attenzione nella raccolta della volontà del/della paziente in relazione ad ogni attività invasiva a cui dovesse essere sottoposto/a per la cura della propria salute.*

*La sentenza della Cassazione n. 26827 del 14 novembre 2017 ha ribadito che il consenso non solo deve rendere noti i possibili pregiudizi conseguenti alla prestazione (giuridicamente inerenti allo stato di salute) ma anche deve mettere il paziente in grado di avvalersi del suo diritto all'autodeterminazione (giuridicamente inerente alla persona). In buona sostanza, la Suprema Corte conferma che il consenso informato, riportato su un semplice prestampato, non è sufficiente a provare l'adempimento da parte del medico di acquisire un valido e consapevole consenso informato. La semplice compilazione, con relativa sottoscrizione di un modulo di consenso informato del tutto generico da parte della paziente, non è prova idonea a far desumere che il medico, a ciò contrattualmente obbligato, abbia comunicato oralmente tutte le informazioni necessarie alle decisioni da parte della stessa paziente. Pertanto, al fine di salvaguardare il diritto della paziente a una scelta consapevole ed informata riguardo a trattamenti che incidono sulla sua salute nonché a evitare comportamenti censurabili dal punto di vista medico-legale, è obbligatoria una scrupolosa compilazione del documento di consenso e soprattutto che ciò avvenga (salvo casi di manifesto impedimento) in modo 'olografico' (compilato cioè di pugno dalla paziente). In parole povere, non più il medico che compila il modulo del consenso e chiede alla paziente di firmarlo bensì la paziente che scrive mentre il medico lo sottoscrive dopo la firma della paziente stessa! Naturalmente il consenso non dovrà esprimere generiche informazioni ma specifici riferimenti alla prestazione in oggetto e alle possibili conseguenze oltre ai rischi ed alle eventuali alternative terapeutiche.*

*L'inadempimento rispetto a tali principi può comportare responsabilità per il medico in termini di omissione e prefigurare richieste di risarcimento del danno, non patrimoniale, per colpa grave*

## 10 SINTESI DELLE ATTIVITÀ

- Accettazione** della gestante in P.S.: la paziente viene indirizzata in regime di consulenza ostetrico - ginecologica oppure in regime di ricovero, presso l'U.O. Ostetricia.
- Triage ostetrico-ginecologico:** la gestante viene presa in carico dagli specialisti i quali (ginecologo ed ostetrica) procedono attraverso le seguenti fasi:
  - Anamnesi generale ed ostetrica accurata, da riportare in cartella con lo scopo di inquadrare il rischio e soprattutto di indirizzarlo verso l'esclusione dal basso rischio (vedi tabella pag. 9)
  - Raccolta dei dati ambulatoriali in possesso della paziente (esami ematici, registrazioni BCF, esami ecografici).
- Visita alla paziente**, generale ed ostetrica, quest'ultima per via addominale e vaginale, eventuale ecografia, registrazione del BCF che rappresenti il primo rilievo del monitoraggio che va effettuato, nei tempi e nella frequenza, secondo le direttive approvate in reparto da formalizzare e comunicare a tutti gli operatori in reparto.

 <p><b>regione campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 24 di 39</p>

4. **Comunicazione** dei risultati ottenuti all'interno della U.O.; estensione delle condizioni in atto ai professionisti che possono dovere intervenire (anestesista, neonatologo, centro trasfusionale); comunicazione del presunto approccio assistenziale alla coppia e richiesta di eventuali apposizione di firma ai consensi informati.
5. **Assistenza al parto** e nell'immediato post — partum.
6. **Assistenza al neonato.**
7. **Trasferimento della gestante** presso altra struttura qualora dalle rilevanze sopraesposte dovesse ravvisarsi l'inadeguatezza strutturale o organizzativa rispetto alla gravidanza o alle presumibili condizioni del bambino.
8. In caso di morte materna correlata al travaglio e/o al parto, deve essere fatta segnalazione alla Direzione Sanitaria di Presidio entro le 24 ore dall'accaduto. La segnalazione dell'evento sentinella va fatta dal personale che ne è a conoscenza.
9. Nei 5 giorni successivi, il Responsabile dell'Unità Operativa deve inoltrare una relazione alla U.O. di Risk Management, che trasmetterà questa relazione al Ministero della Salute per il tramite del Competente Settore Regionale.
10. Il Risk Manager deve indire una riunione per la discussione del caso.

## 11 RIFERIMENTI/BIBLIOGRAFIA/SITOGRAFIA

1. Raccomandazione Ministeriale N. 6 “Prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e al parto” – Marzo 2008;
2. Raccomandazione ministeriale N.16 “Prevenzione della morte o della disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi, non correlata a malattia congenita”, Aprile 2014;
3. Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto- Aprile 2007;
4. Accordo Stato Regioni 16-10-2010 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”. (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011);
5. WHO Safe Childbirth Checklist Programme. World Health Organization, Geneva 2013;
6. SNLG-ISS. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole, 2010;
7. SNLG-ISS. Linee guida Gravidanza Fisiologica, 2010;
8. Terapia anticoagulante e gravidanza (giu 2005) M. Moia e M. Carpenedo, per la Task Force della FCSA sulla Terapia Anticoagulante in Gravidanza V. De Stefano, E. Grandone, I. Martinelli, G. Palareti;
9. Screening di trombofilia e indicazioni alla profilassi farmacologica in gravidanza (Linee Guida Siset, mag 2008, disponibile online [www.siset.org](http://www.siset.org));

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 25 di 39</p>

**10.** Statement condiviso tra le società italiana per lo studio dell' emostasi e della trombosi (SISSET) e la società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO) : Prevenzione del tromboembolismo venoso associato alla gravidanza. (E Grandone, R. Abbate, V. De Stefano, E.M. Faioni, I. Martinelli, G.Palareti, D. Tormene, F. Sirimarco, P. Martinelli;

**11.** Il rischio tromboembolico in gravidanza e puerperio: raccomandazioni AOGOI;

## 12 CONTESTUALIZZAZIONE DELLA PROCEDURA

La presente procedura deve essere contestualizzata (adattata), previo analisi del contesto locale, dalla Direzione Medica di Presidio con la collaborazione di tutti gli attori coinvolti nel processo.

## 13 REVISIONE E AGGIORNAMENTO

La presente Procedura sarà oggetto di revisione periodica e dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda o evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Al fine di migliorare la Procedura nella pratica clinica, le strutture sanitarie coinvolte sono invitate a fornire suggerimenti e commenti, all'indirizzo di posta elettronica:

*riskmanagement@aslnapoli3sud.it - riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it*

## 14 ARCHIVIAZIONE

L'archiviazione dei documenti è a carico delle figure indicate nella matrice di responsabilità. Ogni documento deve essere conservato in forma cartacea da chi lo redige. La procedura va tenuta e resa fruibile da tutti gli operatori, presso tutte le UU.OO., oltre alla sua archiviazione nella banca-dati delle procedure, presso il sito intranet aziendale, area documentazione Risk Management. Le funzioni interessate possono a loro volta pubblicare la procedura sul sito aziendale nella relativa area.

## 15 INDICATORI DI MONITORAGGIO

Qualità e sicurezza del processo nascita saranno valutate attraverso la misura dei seguenti indicatori

- Numero neonati con APGAR < 5 a 5' / anno

*(Indica le problematiche inerenti alla gravidanza/travaglio/parto e la capacità assistenziale del gruppo multidisciplinare ostetrico/pediatrico/rianimatore).*

- Numero parti avvenuti senza presenza pediatra/ginecologo con presenza di indicazione: valore atteso=0

 <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p>Giugno 2018</p>	<p>Rev. 0</p>	<p>Pagina 26 di 39</p>

*(Indica il livello di organizzazione e sicurezza del punto nascita con particolare attenzione al neonato)*

- Numero (% dei parti) annuo di donne che necessitano di emo-trasfusioni nelle 48 ore postpartum

*(Indica il livello di sicurezza del gruppo professionale che assiste il travaglio parto, si preferisce indicare la trasfusione anziché le perdite ematiche poiché la quantificazione delle perdite ematiche è frequentemente imprecisa; si presuppone che una donna che sia stata trasfusa nelle 48 ore postpartum abbia avuto una perdita ematica significativa)*

- %le di TC in primipare valore atteso < 20%
- N. Morti materne /anno

*(Indica il livello di organizzazione e sicurezza del punto nascita con particolare attenzione alla madre).*

- Numero neonati trasferiti in terapia intensiva neonatale/anno

*(Indica il livello di organizzazione e sicurezza del punto nascita con particolare attenzione al neonato in relazione al livello assistenziale ed alla tipologia di neonati ricoverati).*

- Mortalità neonatale annuale
- Mortalità neonatale intra partum
- Mortalità neonatale precoce

## 16 SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA/AVVERSO/NEAR MISS

L'evento sentinella "Morte materna correlata al travaglio e/o parto" deve essere obbligatoriamente segnalato tempestivamente alla UOC Risk Management utilizzando la scheda di incident reportig, pubblicata sul portale aziendale nell'area Risk Management.

La segnalazione (scheda A) verrà trasmessa al Sistema di Monitoraggio del Ministero della Salute (SIMES) entro 5 giorni, e l'evento sarà oggetto di audit di risk management per la pianificazione delle azioni di miglioramento.

È responsabilità della UOC Risk Management trasmettere i risultati dell'analisi e le azioni emerse (scheda B) entro 45 giorni dalla segnalazione.

È responsabilità di tutti gli operatori segnalare al Risk Management anche in forma anonima, near miss ed eventi avversi, al fine di individuare e condividere appropriate azioni di miglioramento della sicurezza.

Allegato 1

CHECK LIST TECNOLOGICA SALA PARTO E ISOLA NEONATALE			
sala 1 <input type="checkbox"/> sala 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
TECNOLOGIE	VERIFICHE		CRITICITA'/SOLUZIONE
1) Aspiratori Vacuum	a) presenza tubi connessione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	b) corretto collegamento	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
	c) presenza di sondini CH 8/ 10	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	d) funzione di aspirazione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
2) Lampada scialitica e/o satellite	a) collegamento rete elettrica/ accensione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
3) Letto travaglio/parto	a) collegamento rete elettrica/accensione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	b) funzionamento telecomando	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
	c) funzionamento accessori	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
4) Bilancia elettronica	a) funzionamento/pile di scorta	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
5) Temperatura acqua	a) presenza termometro	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	b) temperatura dell'acqua (37°)	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
6) Unità respiratoria	a) presenza unità respiratoria manuale	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	b) presenza maschere facciali neonatali N°1 (bianco) e N°2 (rosa) presenza	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
	c) maschere ossigeno adulti corretto	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
	d) funzionamento della fonte di ossigeno	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
7) Monitor multiparametrico	a) check di funzionamento	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
8) Cardiotocografo	a) collegamento rete elettrica /accensione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	b) funzionalità sonde	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
	c) data e ora corrette	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
9) Lampada radiante	a) collegamento rete elettrica	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	b) funzionamento della lampada radiante	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_ FIRMA OSTETRICA \_\_\_\_\_

**Allegato 2**

**CHECK LIST SALA PARTO**

Sig.ra.....Inizio compilazione: data e ora .....fase del travaglio.....

Rischio:  basso    Rischi:  .....

ATTIVITÀ	SUBATTIVITA	SI	NO	COMMENTI	OK
<b>PERSONA ASSISTITA</b>	Comunicazione agevole			se NO:	
	Posizione libera			se NO:	
	Dolore sotto controllo			se NO:	
	Membrane integre o rotte <12 h			se NO:	
	Temperatura Polso PA normali			se NO:	
<b>CARTELLA CLINICA</b>	Anamnesi compilata			se NO:	
	Partogramma compilato			se NO:	
	Emocromo e coagulazione recenti			se NO:	
<b>SALA TRAVAGLIO</b>	Terapia farmacologica			QUALE:	
	CTG pronto			se NO:	
	Ecografo disponibile			se NO:	
	Sala TC pronta			se NO:	
	Isola neonatale pronta			SE NO:	
	Prelievo lattati pronto			se NO:	
	Check list tecnologica aggiornata			se NO:	
	<input type="checkbox"/> BCF <input type="checkbox"/> QTG <input type="checkbox"/> DLattati <input type="checkbox"/> Apgar normali			se NO:	
<b>POSTPARTUM</b>	Liquido chiaro			se NO:	
	Utero contratto			se NO:	
	Lochi regolari			se NO:	
	Terapia			QUALE:	
	Neonato con la madre			se NO:	
<b>RISCHI COMPARI IN SALA PARTO</b>	<input type="checkbox"/> anestesista <input type="checkbox"/> ginecologo <input type="checkbox"/> neonatologo informati			RISCHIO:	
	<input type="checkbox"/> anestesista <input type="checkbox"/> ginecologo <input type="checkbox"/> neonatologo informati			RISCHIO:	

**DATA COMPILAZIONE** \_\_\_\_\_ **ORA** \_\_\_\_\_ **FIRMA OSTETRICA**  
 \_\_\_\_\_

Allegato 3

CHECK LIST CONTROLLO ISOLA NEONATALE IN SALA TAGLIO CESAREO			
TECNOLOGIE	VERIFICHE		CRITICITA'/SOLUZIONE
1) Aspiratori Vacuum	a) presenza tubi connessione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	b) corretto collegamento	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
2) CORD-CLAMP	c) presenza di sondini CH 8/ 10	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	d) funzione di aspirazione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
3) Termometro per misurare temperatura acqua bagnetto	a) presenza termometro	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	b) temperatura dell'acqua (37°C)	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
4) Bilancia	a) funzionamento/pile di scorta	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
5) a) Unità respiratoria manuale a muro	a) presenza unità respiratoria manuale	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	b) presenza maschere facciali neonatali N°1 (bianco) e N°2 (rosa)	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
b) NEOPUFF	c) corretto funzionamento della fonte di ossigeno	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	a) verificare che il manometro indichi zero e che non vi sia alcun flusso di gas	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
	b) collegare tubo di erogazione (tubicino verde) alla porta di ingresso del gas	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	c) collegare il circuito con raccordo a T alla porta di uscita del gas	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
6) Collirio per profilassi blenorragia	d) corretto funzionamento della fonte di ossigeno	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	a) presenza di collirio	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
7) Braccialetti per identificazione Madre/Neonato	a) presenza di braccialetti	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
			SOLUZIONE
8) Isola neonatale	a) collegamento rete elettrica /accensione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	b) funzionamento lampada radiante	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
9) Telini	c) funzionamento timer	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	d) funzionalità dei circuiti respiratori (vedi n.5)	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE
	e) funzionalità apparecchiature aspirazione neonatale (vedi n.1)	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	CRITICITA'
	a) Presenza di telini	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SOLUZIONE

DATA COMPILAZIONE \_\_\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_ FIRMA OSTETRICA \_\_\_\_\_

**PROFILO DI RISCHIOTEV IN DONNE SOTTOPOSTE A TAGLIO CESAREO**

Sinossi dei requisiti del paziente processati al fine di identificare uno score di rischio e dunque la relativa terapia appropriata  
(Da AOGOI 2012- CHEST 2012 mod.)

Cognome..... Nome..... VA..... Data.....

**Motivo dell'intervento.....**

Fattori di rischio minore - 1 punto		Fattori di rischio maggiore - 2 punti		Rischio globale
<b>FATTORI DI RISCHIO PRESISTENTI ALLA GESTAZIONE</b>				
<input type="checkbox"/> Età >35	<input type="checkbox"/> Fattore V Leiden	<input type="checkbox"/> Abitudine al fumo	<input type="checkbox"/> Mutazione G20210A della protrombina	
<input type="checkbox"/> BMI > 30Kg/m2	<input type="checkbox"/> Deficit di AT o PC o PS	<input type="checkbox"/> Vene varicose e/o insufficienza venosa arti inferiori	<input type="checkbox"/> Anemia a cellule falciformi	
<input type="checkbox"/> Storia di aborti ricorrenti	LES	<input type="checkbox"/> Storia di aborti ricorrenti		
<input type="checkbox"/> Patologia concomitante internistica associata a rischio (es. sindrome nefrosica, colite ulcerosa, ecc)	Anticorpi Antifosfolipidi	<input type="checkbox"/> Patologia concomitante internistica associata a rischio (es. sindrome nefrosica, colite ulcerosa, ecc)		
<input type="checkbox"/> Immobilità pre-intervento (> 4gg)	<input type="checkbox"/> Malattie cardiovascolari	<input type="checkbox"/> Immobilità pre-intervento (> 4gg)		
<input type="checkbox"/> Paralisi agli arti inferiori	<input type="checkbox"/> Storia personale di TEV	<input type="checkbox"/> Paralisi agli arti inferiori		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Storia familiare di TEV	<input type="checkbox"/>		
<b>FATTORI DI RISCHIO OSTETRICI</b>				
<input type="checkbox"/> Pre-eclampsia	<input type="checkbox"/> Infezione puerperale	<input type="checkbox"/> Pre-eclampsia		
<input type="checkbox"/> IUGR	<input type="checkbox"/> Emotrasfusione	<input type="checkbox"/> IUGR		
<input type="checkbox"/> Emorragia post-partum>1000ml	<input type="checkbox"/> Chirurgia addominale o pelvica maggiore (es.cesareo + isterectomia)	<input type="checkbox"/> Emorragia post-partum>1000ml		
<input type="checkbox"/> Disidratazione , iperemesi, sindrome da iperstimolazione ovarica	<input type="checkbox"/> Pre-eclampsia con IUGR	<input type="checkbox"/> Disidratazione , iperemesi, sindrome da iperstimolazione ovarica		
<input type="checkbox"/> Gravidanza multipla o gravidanza ottenuta con PMA	<input type="checkbox"/> Emorragia post-partum>1000ml con intervento chirurgico	<input type="checkbox"/> Gravidanza multipla o gravidanza ottenuta con PMA		
<input type="checkbox"/> Taglio cesareo in urgenza	<input type="checkbox"/> Immobilità prolungata in gravidanza (>1 sett.)	<input type="checkbox"/> Taglio cesareo in urgenza		

**FATTORI DI RISCHIO EMORRAGICO che controindicano l'uso di EBPM e indicano le CE**

<input type="checkbox"/> Diatesi emorragica (coagulopatie congenite gravi e acquisite)
<input type="checkbox"/> Emorragia in atto
<input type="checkbox"/> Condizioni ostetriche ad alto rischio emorragico (ad es placenta previa ancora in sede)
<input type="checkbox"/> Trombocitopenia (PTL< 75.000/mm <sup>3</sup> )
<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascolare acuto (ischemico o emorragico) da meno di 4 settimane
<input type="checkbox"/> Grave nefropatia (Filtrato glomerulare <30 ml/m/1,73 m <sup>2</sup> )
<input type="checkbox"/> Ipertensione non controllata (PAS> 200 mmHg; PAD> 120 mmHg)

**LIVELLI DI RISCHIO TROMBOEMBOLICO E RACCOMANDAZIONI DI PROFILASSI NEL TAGLIO CESAREO**

LIVELLI DI RISCHIO	PROFILASSI SUGGERITA	Racc
<input type="checkbox"/> <b>Basso</b> ≤2	<input type="checkbox"/> Mobilizzazione precoce	1B
<input type="checkbox"/> <b>Moderato</b> 3-4	<input type="checkbox"/> EBPM o CPI o CE	2B
<input type="checkbox"/> <b>Alto</b> ≥5	<input type="checkbox"/> EBPM + CPI, o CE estesa fino a 6 sett. dopo il parto	2C

<input type="checkbox"/> <b>Rischio emorragico normale</b>	<input type="checkbox"/> <b>Rischio emorragico alto</b>
<input type="checkbox"/> <b>Anestesia combinata</b>	<input type="checkbox"/> <b>Anestesia generale</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Anestesia locoregionale</b>

**Tabella 15 - TC**

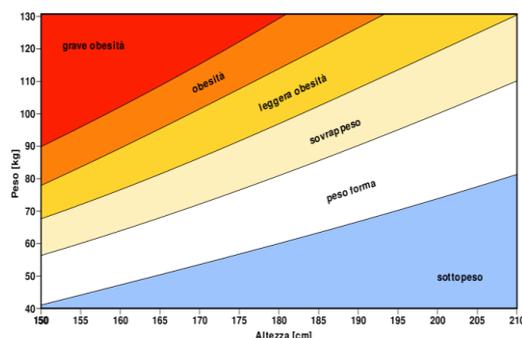
**SCHEMA DI DOSAGGIO PER LA PROFILASSI ANTITROMBOTICA UTILIZZANDO I FARMACI DISPONIBILI NELLA AZIENDA SANITARIA NAPOLI3 SUD**

Caprini SCORE	Rischio	PROVVEDIMENTO	DURATA
≤ 2	<input type="checkbox"/> basso	Mobilizzazione precoce, Calze elastiche a compressione graduata	
3-4	<input type="checkbox"/> moderato	<input type="checkbox"/> <b>BEMIPARINA*</b> - 2500U, 2 ore dopo poi una volta/die <input type="checkbox"/> <b>ENOXAPARINA*</b> - 0.2 ml, 2000 UI aXa/die 12 ore prima poi una volta/die <input type="checkbox"/> <b>NADROPARINA</b> - 0.3 ml, 2850 UI aXa/die, a dose variabile secondo il peso (vedi scheda tecnica del farmaco) prima, poi una volta/die <input type="checkbox"/> <b>PARNAPARINA</b> - 0,3 ml, 3200 U 2-4 ore prima. poi una volta/die	Limitata alla degenza ospedaliera
≥ 5	<input type="checkbox"/> alto	<input type="checkbox"/> <b>BEMIPARINA*</b> - 3500U iniziando 2 ore prima o sei ore dopo, poi una volta/die <input type="checkbox"/> <b>ENOXAPARINA*</b> - 0.4 ml, 4000 UI aXa/die 12 ore prima e 12 ore dopo, poi una volta/die <input type="checkbox"/> <b>NADROPARINA</b> 0.4 ml- 3750 UI aXa/die, modificando la dose con giornata postoperatoria (vedi scheda tecnica) <input type="checkbox"/> <b>PARNAPARINA</b> - 4250 U 12 ore prima e 12 ore dopo, poi una volta/die	Fino a 6 sett. dopo il parto

- **Farmaci presenti in PTOA, su richiesta nominale**

NON CONSIGLIATO FONDAPARINUX

**Elastocompressione:** sempre in caso di vene varicose, sindrome post-flebitica, insufficienza venosa cronica di rilievo



Allegato 5

**PROFILASSI TEV IN GRAVIDANZA E PUERPERIO**

CONDIZIONE	RACCOMANDAZIONE	GRADO
<input type="checkbox"/> <b>Immobilizzazione prolungata senza altri fattori di rischio</b>	CE	1C
<input type="checkbox"/> <b>Familiarità per TEV senza trombofilia</b>	Sorveglianza clinica <sup>1</sup>	2C
<input type="checkbox"/> <b>Pregresso TEV secondario a fattori di rischio transitori</b>	Sorveglianza clinica in gravidanza EBPM a dosi profilattiche o intermedie nel post-partum x 6 sett. o TAO (INR 2-3)	2C 2B
<input type="checkbox"/> <b>Pregresso TEV secondario a gravidanza o terapia ormonale</b>	EBPM a dosi profilattiche o intermedie durante la gravidanza; EBPM a dosi profilattiche o intermedie nel post-partum o TAO x 6 sett.	2C
<input type="checkbox"/> <b>Pregresso TEV idiopatico</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Pregresso TEV e stati trombofilici ereditari gravi<sup>2</sup></b>		
<input type="checkbox"/> <b>Stati trombofilici ereditari gravi<sup>2</sup> con storia famil. positiva x TEV</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Eterozigosi per FV Leiden o FII G20210A con o senza storia familiare positiva x TEV</b>	Sorveglianza clinica in gravidanza o EBPM a dosi profilattiche o intermedie nel post-partum x 6 sett. o TAO (INR 2-3)	Racc Siset
<input type="checkbox"/> <b>Iperomocisteinemia</b>	Supplementazioni di ac. Folico prima del concepimento; proseguire la terapia con folati per tutta la gravidanza	2C
<input type="checkbox"/> <b>Carenza congenita di AT con storia di TEV</b>	EBPM per tutta la gravidanza e per 6 settimane nel puerperio a dosi terapeutiche, in alternativa, EBPM nel primo trimestre, TAO nel 2° e 3° trimestre, EBPM al parto; eventuale infusione di concentrato di AT nel peripartum (40UI/Kg)	2C
<input type="checkbox"/> <b>Carenza congenita di AT senza storia di TEV</b>	EBPM a dosi intermedie per tutta la gravidanza e per 6 settimane nel puerperio; eventuale infusione di concentrato di AT nel peripartum (40UI/Kg)	2C
<input type="checkbox"/> <b>APS (3 perdite fetali + ACA e/o LAC)</b>	EBPM a dosi intermedie + Aspirina 75-100 mg/die in gravidanza; nel puerperio sospendere ASA; in alternativa nel puerperio TAO	1B
<input type="checkbox"/> <b>APS con storia di TEV in TAO</b>	EBPM per tutta la gravidanza a dosi pari al 75% delle dosi terapeutiche; TAO nel puerperio a lungo termine	2C
<input type="checkbox"/> <b>Anticorpi fosfolipidi senza aborti e senza storia di TEV</b>	EBPM a dosi profilattiche e/o aspirina 100 mg/die in gravidanza; nel puerperio EBPM a dosi profilattiche per 6 settimane	Racc Siset 1B
<input type="checkbox"/> <b>Rischio di pre-eclampsia</b>	Aspirina 75-100 mg/die in gravidanza dal secondo trimestre	1B
<input type="checkbox"/> <b>2 o più complicanze ostetriche senza APS o trombofilia conosciuta</b>	Nessuna profilassi	1B
<input type="checkbox"/> <b>Tecniche di riproduzione assistita</b>	Nessuna profilassi	1B
<input type="checkbox"/> <b>Riproduzione assistita e sindrome da iperstimolazione ovarica severa</b>	EBPM a dosi profilattiche fino a tre mesi dopo la risoluzione della sindrome	2C
<input type="checkbox"/> <b>Complicanze ostetriche con evidenza di anticorpi antifosfolipidi</b>	EBPM a dosi profilattiche + ASA 100 mg in gravidanza; EBPM a dosi profilattiche nel puerperio per 6 settimane	Racc Siset

 <b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino <b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone
<b>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</b>	<b>Giugno 2018</b> <b>Rev. 0</b> <b>Pagina 33 di 39</b>

<input type="checkbox"/> <b>Complicanze ostetriche e presenza di trombofilia grave</b>	EBPM a dosi profilattiche in gravidanza; per la durata della profilassi nel puerperio valutare il rischio tromboembolico (presenza o meno di fattori aggiuntivi)	Racc SISET
<input type="checkbox"/> <b>Complicanze ostetriche e presenza di FV Leiden o FII G20210A</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Protesi valvol. in gravidanza</b>	EBPM per tutta la gravidanza e puerperio a dosi terapeutiche, in alternativa, soprattutto per le donne a rischio tromboembolico molto alto EPBM nel primo trimestre e TAO 2° e 3° trimestre, EPBM al parto fino a 24 h prima	2C

#### Legenda

- 1 Sorveglianza clinica: vigilanza clinica stretta e esami strumentali in donna con minimo sospetto di TVP
- 2 Stati trombofilici ereditari gravi: deficit PC, deficit PS, omozigosi per FV-Leiden o FII G20210A, doppia eterozigosi FV Leiden – FII. Donne portatrici di deficit di Antitrombina seguono un protocollo a parte.
- 3 **Le complicanze ostetriche comprendono aborti ricorrenti (almeno 3 totali o almeno 2 con cariotipo fetale normale), IUGR, perdita fetale, preclampsia, HELLP syndrome e distacco di placenta). Per la scarsità delle evidenze cliniche, spesso le raccomandazioni si estrapolano per analogia a quelle per la prevenzione del TEV**

Occorre tener presente che l'utilizzo di anticoagulanti in prossimità del parto può essere pericoloso: se la madre è in TAO, accanto al rischio di emorragia per il parto stesso, vi è il rischio per il feto di emorragia intracranica. Pertanto si pongono le seguenti raccomandazioni:

- se la madre è in TAO sospendere almeno tre settimane prima e sostituire con EBPM a dosi terapeutiche fino al travaglio
- sospendere l'EBPM all'inizio del travaglio in caso di parto vaginale
- in caso di parto vaginale riprendere la terapia eparinica o la TAO dopo 6 ore
- in caso di taglio cesareo riprendere l'EBPM a dosi profilattiche dopo 6-12 ore e continuare a dosi piene quando è accertata una buona emostasi locale. Iniziare TAO dopo la cicatrizzazione della ferita chirurgica.

Nella tabella 15 – GIN sono indicati i regimi di profilassi e gli schemi posologici per la profilassi e terapia antitrombotica in gravidanza, in cui sono utilizzate fondamentalmente le EBPM. Nelle linee guida ACCP viene citata sempre la possibilità di utilizzare anche l'ENF, ma per i vantaggi nella pratica clinica delle EBPM, oltre che per i convincenti dati di sicurezza in gravidanza abbiamo seguito le indicazioni delle Linee Guida Italiane che fanno riferimento alle sole EBPM. Resta chiaro che in alcune condizioni particolari, come l'insufficienza renale o un elevato rischio emorragico, potrebbe essere preferito l'uso dell'ENF. In genere non si suggerisce un monitoraggio della terapia con EBPM. In gravidanza, però, soprattutto quando le EBPM sono utilizzate a dosi terapeutiche, alcune Linee Guida raccomandano tale monitoraggio, che richiede la valutazione dell'attività anti-Xa, test disponibile solo in laboratori specializzati. Non consigliato l'utilizzo in gravidanza del fondaparinux e NAO (1C).

#### TIMING E DURATA DELLA PROFILASSI ANTITROMBOTICA

Se necessaria deve essere iniziata il più presto possibile. Nel puerperio l'EBPM deve essere somministrata appena possibile dopo il parto e protratta per sei sett., a condizione che non ci sia emorragia in atto. In tal caso utilizzare CE.

<b>Tabella 15-GINECOLOGIA</b>			
<b>SCHEMI DI IMPIEGO EBPM NELLA PROFILASSI DEL TROMBOEMBOLISMO IN GRAVIDANZA E PUERPERIO</b>			
<b>EBPM</b>	<b>Dosi profilattiche</b>	<b>Dosi intermedie</b>	<b>Dosi terapeutiche</b>
<b>Enoxaparina</b>	4000anti Xa / die	4000U anti Xaogni 12 ore	100U/Kg peso ogni 12 ore
<b>Dalteparina</b>	5000anti Xa / die	5000U anti Xaogni 12 ore	100U/Kg peso ogni 12 ore
<b>Nadroparina</b>	38000antiXa / die	3800U anti Xaogni 12 ore	90 U/Kg peso ogni 12 ore

\* A causa dell'emivita più breve in gravidanza sembra preferibile la somministrazione ogni 12 ore per scopi terapeutici

#### Precauzioni durante il travaglio e il parto (LG AOGOI)

Sospendere la somministrazione di EBPM in caso di travaglio o perdite vaginali

Nel caso in cui la paziente riceva profilassi a dose intermedie si può sospendere all'inizio del travaglio o ridurre a dosi profilattiche il giorno prima dell'induzione del parto o di un eventuale TC

 <p><b>Regione Campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> <i>Dott.ssa Antonietta Costantini</i></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p><i>Giugno 2018</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 34 di 39</i></p>

*Allegato 6*

## **PREVENZIONE EMORRAGIA POSTPARTUM**

1. somministrazione di una fiala di metilergometrina 0,2 mg. più una fiala di ossitocina (5 UI) intramuscolo al coronamento della spalla fetale e comunque prima dell'avvenuto secondamento a tutte le donne che partoriscono (gruppo 1);
2. somministrazione nelle donne con controindicazioni all'uso della metilergometrina (ipertensione, allergia, ecc.) di due fiale intramuscolo di ossitocina (10 UI) al coronamento della spalla fetale e comunque prima dell'avvenuto secondamento (gruppo 2);
3. nelle assistite particolarmente a rischio di emorragia del post-partum (gravidanza gemellare, preeclampsia, atonia uterina pregressa, obesità, distacco di placenta, placenta previa, placenta ritenuta, febbre in travaglio >38°, peso del neonato > 4000gr, travaglio indotto, portatrici di mioma): somministrazione intramuscolare dell'ossitocico (sia le donne del gruppo 1 che quelle del gruppo 2) e somministrazione endovenosa di quattro fiale di ossitocina (20UI) diluite in 500 ml di soluzione fisiologica;
4. per ciò che concerne le altre due componenti del trattamento attivo del terzo stadio (trazione controllata sul cordone ombelicale e clampaggio precoce dello stesso) gli operatori della sala parto potranno decidere di applicarle o meno, secondo le circostanze e la loro personale esperienza.

L'attenta sorveglianza della donna nelle prime 2 ore del post-partum e la promozione di un precoce attaccamento del neonato al seno materno rappresentano azioni raccomandabili per la prevenzione e la precoce individuazione di eventuali sanguinamenti anomali.

 <p><b>Regione Campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>		<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Direttore UOC Clinical Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>	
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p><i>Data 01/06/2018</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 35 di 39</i></p>

Allegato 7

## TRATTAMENTO DELL'EMORRAGIA POSTPARTUM

I cardini **del trattamento** dell'emorragia del post partum sono: il mantenimento della contrattilità uterina ottenuto tramite mezzi fisici o farmacologici e il mantenimento o sostegno del circolo con opportuna idratazione.

Da un punto di vista organizzativo è opportuno:

- dotarsi di un protocollo scritto per la pronta disponibilità del sangue, nonché per il tempestivo intervento di figure professionali non presenti in reparto;
- prevedere periodiche esercitazioni sulle emergenze, rivolte a tutti i membri dello staff sia medico che ostetrico e infermieristico.

Da un punto di vista clinico è raccomandato:

- mantenere la contrattilità uterina meccanicamente (compressione uterina bimanuale, tamponamento uterino endocavitario con garza o catetere uretro- vescicale a palloncino di Rusch) o mediante farmaci (ossitocina, metilergometrina, derivati sintetici delle prostaglandine);
- nei casi che lo richiedano andranno attuate le manovre ginecologiche evacuative della cavità uterina o riparative di lacerazioni del canale del parto che possano rendersi necessarie;
- incannulare due accessi venosi di grosso calibro (16 G o meglio 14 G), per separare nettamente la via di somministrazione degli ossitocici da quella delle infusioni necessarie per sostenere la volemia e utilizzare preferibilmente la somministrazione tramite pompe infusionali;
- impostare un adeguato trattamento dello shock emorragico, per evitare la deplezione del letto vascolare e prevenire l'instaurarsi di una coagulazione intravasale disseminata;
- in generale, in caso di infusione di cristalloidi infonderne una quantità pari a 3:1 rispetto al volume ematico perso;
- richiedere un riscaldatore di liquidi e di sangue e uno spremisacca per accelerare la somministrazione di emoderivati;
- somministrare ossigeno in maschera;
- monitorare con attenzione: pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione arteriosa di ossigeno, temperatura, ECG, diuresi attraverso un catetere vescicale a permanenza e un urinometro per valutare la diuresi oraria che deve mantenersi superiore a 30 ml/ora;
- registrare i parametri vitali;
- richiedere al Servizio trasfusionale un congruo numero di sacche di emazie concentrate e plasma (in sala parto e/o a disposizione se il protocollo per l'accesso agli emoderivati del nosocomio d'appartenenza lo richiede);
- mantenere l'ematocrito relativamente alto rispetto ai valori minimi accettati abitualmente (a livello del 25-30%);
- in presenza di contrazione della diuresi può essere indicato il controllo della PVC tramite un catetere venoso centrale;
- monitorare/ripristinare i Parametri della coagulazione: PT, PTT, fibrinogeno, d-dimero, AT;
- in caso di alterazioni gravi della coagulazione (PLT <50.000/  $\mu$ L; fibrinogeno < 100 mg/ 100 ml; PT-R o PTT-R >1,5; Fattori coagulazione <30%; deficit grave di AT) correggere tali deficit somministrando,

<i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i>	<i>Data 01/06/2018</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pagina 36 di 39</i>
---	------------------------	---------------	------------------------

secondo necessità, dosi adeguate rispettivamente di piastrine, plasma, AT o concentrati dei fattori della coagulazione;

- in caso di coagulazione intravascolare disseminata acuta (DIC) mirare a correggere la causa scatenante e a instaurare un'adeguata terapia di supporto emodinamico;
- nei casi che non rispondano alle terapie sopra indicate, organizzare per tempo manovre chirurgiche di devascularizzazione (arterie uterine, ovariche o iliache interne) o di compressione dell'utero (suture B-Linch o tecnica semplificata proposta da Hayman);
- in caso di necessità, procedere all'isterectomia eventualmente preceduta da un tentativo di controllo dell'emorragia tramite somministrazione sistemica di Fattore VII ricombinante;
- stabilizzare la donna che ha subito un'emorragia grave, per un congruo numero di ore, in un'area che consenta un controllo post-partum di tipo intensivo, con disponibilità adeguata di emoderivati e possibilità di accesso urgente a un'area operatoria.

Sarebbe inoltre opportuno conoscere già in epoca prenatale le attitudini delle assistite verso l'emotrasfusione e le pratiche di emorecupero, soprattutto in caso di rischio noto di emorragia peripartum (preeclamptiche, gemellari, placenta previa, ecc.), in modo da concordare e predisporre un piano assistenziale in caso di emorragia post partum.

 <p><b>regione campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> Dott.ssa Antonietta Costantini</p>		<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> Dott. Luigi Caterino</p> <p><b>Direttore UOC Clinical Risk Management</b> Dott.ssa Edvige Cascone</p>	
<p><i>Linee di indirizzo per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto</i></p>	<p><i>Data 01/06/2018</i></p>	<p><i>Rev. 0</i></p>	<p><i>Pagina 37 di 39</i></p>

*Allegato 8*

## **PREVENZIONE DELLA PREECLAMPSIA**

- a) nelle gravidanze a basso rischio, misurazione della P.A. ad ogni controllo ostetrico;
- b) nelle donne con fattori di rischio, sorveglianza più intensiva della P.A. materna e della crescita fetale (la riduzione o l'arresto della crescita fetale possono precedere anche di settimane lo sviluppo dell'ipertensione materna);
- c) trattamento dell'ipertensione con farmaci ipotensivi non controindicati in gravidanza (di prima scelta: alfa-metil-dopa, calcio antagonisti e labetalolo per os o ev);
- d) nei casi di PE grave, riferimento immediato a un centro specialistico con competenze multidisciplinari (ostetriche, anestesieologiche, neonatologiche) in cui si instaurerà un monitoraggio materno e fetale intensivo e un trattamento finalizzato alla stabilizzazione delle condizioni dell'assistita: ipotensivi, profilassi anticonvulsivante con MgSO<sub>4</sub>, accurato bilancio idrico, cauta espansione dei volumi plasmatici, monitoraggio della pressione venosa centrale in casi selezionati.

Se l'età gestazionale è pari o superiore a 34 settimane si procede quindi all'espletamento del parto; in età gestazionali inferiori, ginecologo, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla gestante dovranno accuratamente bilanciare rischi per la madre e vantaggi per il feto nel proseguimento della gravidanza.

In merito alla scelta dei farmaci e alla relativa posologia si rimanda alla bibliografia di approfondimento.

Per quanto riguarda le modalità del parto si possono formulare le seguenti *raccomandazioni*:

- una gravida con ipertensione gestazionale non complicata può partorire a termine per via vaginale
- l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* consiglia il parto per via vaginale nella pre-eclampsia lieve e moderata;
- non sono disponibili studi clinici controllati randomizzati di valutazione della modalità ottimale del parto in caso di pre-eclampsia severa o eclampsia;
- non esistono evidenze in letteratura sull'opportunità di un espletamento anticipato del parto, fatti salvi i casi in cui si verificano aggravamento del quadro ipertensivo e/o mancata risposta alla terapia farmacologica e/o IUGR e/o sofferenza fetale;
- l'anestesia perimidollare è la modalità di scelta nelle donne con preeclampsia severa o eclampsia, ma è generalmente controindicata in caso di rischio o presenza di coagulopatia.

*Allegato A*

<b>ELENCO PROCEDURE OSTETRICIA/NEONATOLOGIA/TIN</b>	
<b>Fase PRENATALE</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>GESTIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO E CONTROLLO DEL BENESSERE FETALE</b>
	a) Percorso parto
	b) LG ACOG sulla Monitoraggio elettronico fetale;
	c) LG (ACOG) sull'auscultazione intermittente
	d) Istituzione ambulatorio per la gravidanza a termine
	e) Monitoraggio gravidanza fisiologica a termine
	f) Monitoraggio gravidanza a medio rischio presso il termine
	g) I.O di assistenza al travaglio e parto vaginale
	h) lettura del tracciato cardiocografico
	i) compilazione del partogramma
<input type="checkbox"/>	<b>GESTIONE DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO IN ACQUA</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PROCEDURA PARTO VAGINALE IN SITUAZIONI "A RISCHIO"</b>
	1. GESTIONE DEL TRAVAGLIO DISTOCICO
	2. ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DELLA DISTOCIA DI SPALLA
	3. GESTIONE DELLA SOFFERENZA FETALE ACUTA
	4. GESTIONE PROM "ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE AMNIOCORIALI"
	5. GESTIONE DEL PARTO PRETERMINE
	6. GESTIONE DELLA RESTRIZIONE DELLA CRESCITA FETALE (I.U.G.R.)
<input type="checkbox"/>	<b>GESTIONE DELLA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA</b>
<input type="checkbox"/>	<b>INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>GESTIONE DEL PARTO SPONTANEO DOPO TAGLIO CESAREO (V.B.A.C.)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA PER IL PARTO CESAREO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA PER IL TRATTAMENTO DELLA MINACCIA DI PARTO PREMATURO E DEL TRASFERIMENTO IN UTERO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE PARTO INDOLORE</b>
<input type="checkbox"/>	<b>GESTIONE DELLA M.E.F. (MORTE ENDOUTERINA FETALE)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELL'EMORRAGIA DEL POST PARTUM</b>
	a) Linea Guida Metrorragia Post Partum
	b) Prevenzione EPP
	c) EPP schema
	d) EPP schema rapido
<input type="checkbox"/>	<b>PROCEDURA OPERATIVA IPERTENSIONE E GRAVIDANZA</b>
	a) gestione PE (Pre-eclampsia) non grave:
	b) LG gestione PE severa;
	c) Protocollo trattamento crisi eclamptica;
	d) Protocollo utilizzo Solfato di Magnesio;
	e) Trattamento sindrome HELLP.
<input type="checkbox"/>	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA PREVENZIONE/TRATTAMENTO DELLA SESPI</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE/TRATTAMENTO DELLA MALATTIA TROMBOEMBOLICA</b>
<input type="checkbox"/>	<b>DISPOSIZIONE TAGLIO CESAREO IN PUNTO MORTE</b>

**FASE DELLA NASCITA**

- ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO E DELLA COPPIA MADRE-FIGLIO
- ISTRUZIONE OPERATIVA ASSISTENZA NEONATO IN SALA PARTO E NEL PERIODO PERIPARTUM
- PROCEDURA ASSISTENZIALE DEL NEONATO NON PATOLOGICO
- ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DEL NEONATO A RISCHIO
- PROCEDURA DI DIMISSIONE DEL NEONATO
- ISTRUZIONE OPERATIVA DI TRASFERIMENTO DI NEONATO PATOLOGICO
- REGOLAMENTAZIONE ACCESSO SALA TRAVAGLIO/PARTO
- ACCOGLIENZA DEL NEONATO IN SALA PARTO
- PROCEDURA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO

**FASE POST NASCITA**

- PROTOCOLLO "RIANIMAZIONE NEONATALE"
- ALGORITMO DI RIANIMAZIONE NEONATALE
- LETTERA DI DIMISSIONE U.O. DI NEONATOLOGIA E T.I.N.

**LINEE DI INDIRIZZO PER LA  
 PREVENZIONE DELLA MORTE O  
 DISABILITÀ PERMANENTE IN NEONATO  
 SANO DI PESO >2.500 GRAMMI NON  
 CORRELATA A MALATTIA CONGENITA**

*Raccomandazione Ministeriale n. 16/2014*

REDAZIONE	Dott.ssa Veneranda Imbimbo, Dirigente Biologo UOC Risk Management Dott. Francesco Paolo Ruocco, Dirigente Medico UOC Risk Management
VERIFICA	Dott.ssa Edvige Cascone, Responsabile della Direzione UOC Risk Management
CONDIVISIONE	Direzioni Sanitarie di Presidio, Direzione UOC Prevenzione e Cura Patologie della Donna e del Bambino, Direzione UOC Assistenza Consultoriale e Medicina di Genere, Direzioni UU.OO.CC Pediatria e Neonatologia, Direzione UOC TIN,
ADOZIONE	Dott. Luigi Caterino, Direttore Sanitario Aziendale Dott. Domenico Concilio, Direttore Amministrativo Aziendale Dott.ssa Antonietta Costantini, Direttore Generale

## INDICE/SOMMARIO

1 Premessa	3
2 Scopo/obiettivo	4
3 Analisi del contesto	5
4 Destinatari e Campo di applicazione	5
5 Diffusione/Lista di distribuzione	6
6 Terminologia/abbreviazioni	7
7 Responsabilità/matrice delle responsabilità	8
8 Descrizione delle attività	10
9 Riferimenti/note bibliografiche/normativa di riferimento	17
10 Archiviazione	18
11 Contestualizzazione della procedura	18
12 Revisione e Aggiornamento	18
13 Indicatori di riferimento/Criteri di valutazione e registrazione dati	18
14 Segnalazione eventi sentinella	19
Allegato 1: Check list tecnologica sala parto e isola neonatale	21
Allegato 2: Check list sala parto	22
Allegato 3: Check list controllo isola neonatale in sala taglio cesareo	23
Allegato 4: Check list carrello di emergenza sala operatoria e sala parto	24
Allegato 5: Check-list carrello emergenze TIN	25
Allegato 6: Controllo giornaliero check-list carrello emergenze TIN	27
Allegato 7: Check- list valigia rianimazione sala parto- sala operatoria	28
Allegato 8: Firma per ripristino presidi e farmaci utilizzati sanificazione e sostituzione circuiti termoculla da trasporto	29
Allegato A Elenco procedure	30

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 3 di 31</b></p>

## 1 PREMESSA

In Italia, gli eventi avversi che si verificano durante il travaglio, il parto, subito dopo la nascita e nel periodo neonatale, sono rari rispetto al totale delle nascite, tuttavia, le conseguenze fisiche, psicologiche ed economiche che ne possono derivare e l'impatto che esse hanno sul bambino, la famiglia ed i professionisti coinvolti fanno sì che su di essi si debba porre una particolare attenzione.

Si sottolinea inoltre che la morte del neonato e la disabilità permanente che avvengono in modo inatteso non sempre costituiscono eventi prevenibili; l'inquadramento diagnostico ed etiologico di tali eventi è spesso difficile per la complessità dei fattori che li determinano, ad oggi non tutti riconoscibili e diagnosticabili.

Per ovviare alle difficoltà di inquadramento etiologico, tutte le morti perinatali e le disabilità permanenti inaspettate dovrebbero essere analizzate e approfondite con un percorso diagnostico dettagliato e rigoroso che consenta di individuare correttamente la quota di eventi avversi evitabili attraverso la messa in atto di azioni di prevenzione e contenimento dei rischi.

Gli aspetti clinici, sociali, etici, nonché i fattori di ordine economico e medico-legali inducono a porre una grande attenzione su tali evenienze e alla realizzazione degli interventi più idonei per la loro prevenzione.

Le conoscenze disponibili indicano che le carenze organizzative, quali la mancanza di procedure assistenziali e/o la non adeguata presenza di competenze rispetto alla complessità del processo clinico-assistenziale, la sottovalutazione dei fattori di rischio, l'insufficiente comunicazione tra gli operatori e con le persone assistite e/o i loro familiari, l'inadeguata formazione e addestramento del personale, l'inadeguata educazione sanitaria delle famiglie, possono determinare ritardi, omissioni o non corretti interventi terapeutici ed assistenziali durante la gravidanza, il periodo perinatale, e la vita post natale e comportare conseguenze gravi per il feto ed il neonato.

Nella maggior parte degli eventi intervengono più fattori, negli eventi avversi perinatali intervengono fattori umani e relativi a scarsa o assente comunicazione tra gli operatori. In particolare, la mancanza di un linguaggio comune tra gli operatori di contesti organizzativi differenti aumenta la possibilità di errore nel momento in cui devono essere condivise informazioni sulle condizioni materne o fetali e sulle azioni da compiere in condizioni di urgenza.

### **Mortalità Neonatale**

In Italia, il sistema di segnalazione nazionale degli Eventi Sentinella (SIMES), attivo dal 2005, ha registrato, nel periodo 2005-2012, 82 eventi sentinella riconducibili a "Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita", pari al 4.28% del totale degli eventi sentinella registrati e validati. Tra i fattori contribuenti più frequentemente indicati, appaiono i problemi di comunicazione e quelli correlati a linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali e procedure.

I dati ISTAT (*Indagine su decessi e cause di morte - Movimento e calcolo della popolazione residente - Anni 2005-2008*) registrano per l'anno 2008 un tasso di mortalità infantile nel nostro Paese pari a 3.3 per 1000 nati vivi e un tasso di mortalità neonatale pari a 2.4 per 1000 nati vivi. La principale criticità è rappresentata dalla significativa variabilità territoriale, con tassi di mortalità infantile che

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 4 di 31</b></p>

variano da 1.8 a 4.9 per 1000 e tassi di mortalità neonatale che variano da 1 a 3.7 per 1000 nelle differenti aree del Paese; emergono quindi due aspetti principali:

- la mortalità nel primo mese di vita, strettamente correlata alla qualità dell'assistenza durante la gravidanza e il parto, costituisce gran parte della mortalità infantile;
- nonostante i tassi di mortalità infantile e neonatale siano in continua diminuzione e tali da collocare il nostro Paese a livelli molto elevati nel *ranking* internazionale, permangono significative disparità tra le diverse Regioni a svantaggio delle Regioni meridionali.

In considerazione della necessità di garantire adeguati standard assistenziali e di assicurare, nel contempo, una capillare copertura del territorio, si è giunti all'Accordo Stato Regioni 16-12-2010 "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo", (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011), con il quale vengono date indicazioni circa la riorganizzazione dei Punti nascita sul territorio nazionale e la cui applicazione costituisce il cardine per la qualità e la sicurezza delle cure in campo materno-infantile.

## 2 SCOPO/OBIETTIVI

Obiettivo del documento è la prevenzione di eventi avversi gravi quali la morte o la disabilità permanente in neonato sano 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. In linea con le Raccomandazioni n. 16/2014 del Ministero della Salute, il documento fornisce strategie organizzative e modalità operative per migliorare la sicurezza del neonato alla nascita e nel periodo post-natale.

Il documento stimola fortemente la stesura e l'adozione di procedure aggiornate e definite in ogni singola fase del processo assistenziale della gravidanza, del travaglio-parto e del neonato la cui conoscenza ed applicazione da parte di tutti gli operatori coinvolti rappresentano il presupposto fondamentale per la tutela della sicurezza del neonato.

Questa procedura è correlata ad altra documentazione aziendale, in corso di formalizzazione, relativa a:

- Procedura per la gestione del trasferimento intraospedaliero ed extraospedaliero del paziente (*raccomandazione ministeriale n. 11/2010*);
- Procedura per la gestione del trasferimento del paziente perinatale in emergenza;
- Procedura per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto (*raccomandazione ministeriale n. 6/2008*).

Con la presente procedura si recepisce ufficialmente, a livello aziendale, la "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita" (Ministero della Salute, aprile 2015).

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 5 di 31</b></p>

### 3 ANALISI DEL CONTESTO

I Punti nascita attualmente operanti nella ASL Napoli 3 sud sono 8, di cui 3 pubblici e 5 privati convenzionati (il Punto nascita del P.O. di Boscotrecase ha sospeso l'attività nell'aprile 2016).

Alla UOC di Ostetricia e Ginecologia del P.O. Castellammare-Gragnano si affianca la UOC di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale (TIN).

Punti di nascita pubblici	Punti di nascita accreditati
P.O. Castellammare di Stabia	CdC La Madonnina SRL - San Gennaro Vesuviano
P.O. Vico Equense	CdC Maria Rosaria SPA – Pompei
P.O. Nola	CdC N.S. di Lourdes SPA - Massa Di Somma
	CdC S. Maria La Bruna SRL - Torre Del Greco
	CdC Villa Stabia - Castellammare Di Stabia

Le Unità di Ostetricia assistono gravidanze e parti in età gestazionale > 34 settimane, in situazioni che non prevedano presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del II LIVELLO, per la madre e per il feto.

Il piano aziendale (DCA 39/2017), come previsto dal POR (DCA (33/2016) prevede una riorganizzazione della rete assistenziale neonatale prevedendo due livelli di assistenza:

- Livello 1: Neonatologia (cod. 62): che di norma prevede assistenza ai neonati fisiologici con problemi di adattamento alla vita extrauterina e neonati affetti da patologie (circa il 10% dei parti) che necessitano di cure intermedie e non richiedono cure intensive (ipoglicemia o tachipnea transitoria) e neonati prematuri > 34 settimane.
- Livello 2: Terapia intensiva neonatale - TIN (cod. 73): in grado di assistere neonati patologici, quali quelli bisognosi di terapia intensiva e ad alta complessità.

Presso la Asl Napoli 3 Sud sono previsti 12 p.l. di Neonatologia (di cui 6 al P.O. di Castellammare e 6 al P.O. di Vico Equense) e 18 posti letto di terapia intensiva (di cui 10 al P.O. di Castellammare ed 8 al P.O. di Nola).

### 4 DESTINATARI/CAMPO DI APPLICAZIONE

La procedura è rivolta a tutti i professionisti dell'ASL, e non solo agli operatori del percorso materno-infantile, in considerazione del fatto che gli eventi avversi correlati alla gravidanza possono avvenire entro 42 giorni dal termine della gravidanza e possono coinvolgere i professionisti sanitari di qualsiasi servizio aziendale a cui afferisce la donna (come ad esempio il Pronto Soccorso o le

 <p><b>Regione Campania</b> <b>aslnapoli3sud</b></p> <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 6 di 31</b></p>

Strutture Complesse di Anestesia e Rianimazione dei differenti ospedali, nonché del Dipartimento di area critica).

<b>COSA</b>	Modalità operative e organizzative atte a ridurre e/o prevenire i decessi e la morbosità in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita
<b>A CHI</b>	Responsabili Unità operative Materno-infantile e Blocco Parto e tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza e parto e dei loro neonati
<b>DOVE</b>	Tutte le strutture aziendali erogatrici di assistenza alle donne in gravidanza e durante il parto e ai neonati. (UUOO Ostetricia, Pediatria/Neonatologia)
<b>PER CHI</b>	A tutela del neonato in tutte le fasi: gravidanza, travaglio-parto e dopo la nascita, durante la degenza e l'eventuale trasporto elettivo o in emergenza

## 5 DIFFUSIONE/LISTA DI DISTRIBUZIONE

La diffusione della procedura avviene con trasmissione attraverso la posta elettronica aziendale a tutte le Strutture Aziendali coinvolte e attraverso la sua pubblicazione sul portale aziendale (<http://www.aslnapoli3sud.it>), reperibile anche nell'area documentale della UOC Risk Management.

I Responsabili delle Macrostrutture ed i Responsabili delle UU.OO. coinvolte, dopo aver proceduto alla opportuna contestualizzazione della procedura, devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori coinvolti nel processo attraverso riunioni finalizzate alla presa visione e alla discussione onde garantire la diffusione capillare.

La copia cartacea deve essere sempre disponibile e consultabile, presso ogni struttura, in un luogo accessibile a tutti gli operatori.

Si provvederà a distribuire copia del presente documento anche alle Case di Cura Private Accreditate, dotate di punto nascita.

<b>DA DISTRIBUIRE A:</b>
Direttori Presidi Ospedalieri
Direttori UU.OO. Ostetricia e Ginecologia
Direttori UU.OO. Pediatria/Neonatologia/TIN
Direttori UU.OO. Rianimazione, PP.SS
Ambulatori/consultori ostetrico-ginecologici dell'area territoriale
Case di cura private accreditate

## 6 TERMINOLOGIA /ABBREVIAZIONI

<b>Tasso di Mortalità Infantile (IMR)</b>	Tasso di mortalità calcolato per bambini di età inferiore ad un anno. Il numeratore è il numero delle morti verificatesi tra i bambini di età inferiore ad un anno in un certo periodo di tempo, il denominatore è invece il numero dei nati vivi durante lo stesso periodo. Tale tasso viene generalmente espresso per 1.000 nati vivi.). E' un parametro che riveste estrema importanza in quanto, oltre ad essere un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, è considerato misura riassuntiva dello stato di salute di una intera popolazione. Rappresenta un parametro di valutazione delle condizioni socioeconomiche, ambientali, culturali e della qualità delle cure materno – infantili.
<b>Tasso di mortalità neonatale</b>	Tasso di mortalità calcolato per bambini di età inferiore a 28 giorni di vita. Il numeratore è il numero delle morti verificatesi tra i bambini dalla nascita ai 27 giorni di vita in un certo periodo di tempo, il denominatore è invece il numero dei nati vivi durante lo stesso periodo. Tale tasso viene generalmente espresso per 1.000 nati vivi. E' maggiormente legata a specifici elementi quali: fattori biologici e andamento del parto. Questo indicatore misura la salute della madre e gli stili di vita in epoca prenatale (fumo, alcol, droghe, lavoro pesante), oltre che i fattori legati all'assistenza al parto e al dopo parto, con particolare riferimento alla qualità dei servizi sanitari.
<b>Tasso di mortalità perinatale</b>	Tasso di mortalità calcolato per i bambini di età inferiore a 8 giorni e per i feti dopo le 27 settimane di gestazione.
<b>Tasso di mortalità postneonatale</b>	Tasso di mortalità calcolato per bambini di età compresa tra i 28 giorni ed 1 anno di vita. Il numeratore è il numero delle morti verificatesi tra i bambini di tale età in un certo periodo di tempo, il denominatore è invece il numero dei nati vivi durante lo stesso periodo. Tale tasso viene generalmente espresso per 1.000 nati vivi. Stima la qualità dell'ambiente di vita (stato di nutrizione, infezioni etc.) ed è legata a fattori ambientali e sociali (educazione materna, reddito, ecc.).
<b>Audit clinico</b>	Metodologia di analisi strutturata e sistematica per migliorare la qualità dei servizi sanitari, applicata dai professionisti attraverso il confronto sistematico con criteri espliciti dell'assistenza prestata, per identificare scostamenti rispetto a standard conosciuti o di best practice, attuare le opportunità di cambiamento individuato ed il monitoraggio dell'impatto delle misure correttive introdotte.
<b>Evento Sentinella</b>	Evento avverso di particolare gravità, potenzialmente indicativo di un serio malfunzionamento del sistema, può comportare la morte o grave danno al paziente e determina una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario. Per la sua gravità, è sufficiente che si verifichi una sola volta perché si renda opportuna un'indagine immediata per accertare quali fattori eliminabili o riducibili lo abbiamo causato o vi abbiano contribuito e determini l'implementazione di adeguate misure correttive da parte dell'organizzazione.
<b>Post-partum</b>	È il periodo di due ore che segue l'espulsione della placenta.

Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
grammi non correlata a malattia congenita

**Giugno 2018**

**Rev. 0**

**Pagina 8 di 31**

<b>Puerperio</b>	È il periodo di tempo che inizia subito dopo l'espulsione della placenta e termina con la ripresa dell'attività ciclica ovarica.
<b>TC</b>	Taglio cesareo
<b>STAM</b>	Sistema Trasporto Materno Assistito
<b>STEN</b>	Servizio Trasporto Emergenza Neonatale
<b>ECG</b>	Elettrocardiogramma
<b>HELLP</b>	Hemolysis, Elevated, Liver enzymes, low, Platelets
<b>OMS</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità
<b>GDM</b>	Diabete gestazionale ISS Istituto Superiore di Sanità
<b>MMR</b>	Maternal mortality ratio (decessi materni/100.000 nati vivi)
<b>P.A.</b>	Persona Assistita
<b>PE</b>	Pre-eclampsia
<b>EPP</b>	Emorragia del Post Partum

## 7 RESPONSABILITÀ /MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

La Direzione Strategica, la UOC Risk Management sono i promotori dell'implementazione della presente procedura, che dovrà essere diffusa agli operatori sanitari interessati.

La responsabilità della conservazione e distribuzione di tale documento, della diffusione dei suoi contenuti e della supervisione rispetto alla sua applicazione è dei Direttori/Responsabili e dei Coordinatori Infermieristici delle UU. OO di Ostetricia e Ginecologia della ASL Napoli 3 sud, ciascuno per le proprie competenze.

La responsabilità dell'applicazione del documento è di tutto il personale sanitario.

Le responsabilità specifiche sono descritte nelle due matrici.

Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
 disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
 grammi non correlata a malattia congenita

**Giugno 2018**

**Rev. 0**

**Pagina 9 di 31**

**MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ NELLE FASI PRE-PARTUM E PERI-PARTUM**

Attività Attori	Direttore Sanitario di P.O.	Respons. UOC Ostetricia e Ginecologia	Coord Ostetrico/Infermiere	Ginecologo	Ostetrica	Infermiere Pediatrico/Infermiere	Anestesista	Personale supporto
Gestione ed organizzazione équipe		R	C	C	C	C	C	I
Valutazione del rischio		I	I	R*	C	C	R*	I
Applicazione protocolli/procedure/istruzioni operative		R	C	C	C	C	C	C
Orientamento/inserimento per il nuovo personale		R	C	C	C	C	C	I
Compilazione partogramma		I	I	C	R	I	I	
Applicazione procedura Trasferimento della madre e del neonato		I	I	R	C	C	C	I
Compilazione documentazione clinica		R	C	C	C	C	C	I
Comunicazione interprofessionale		R*	R*	R*	R*	R*	R*	C
Comunicazione con la Persona Assistita		R	C	C	C	C	C	I
Contestualizzazione procedura	R	C	C					
Verifica applicazione della procedura		R	C	C	C	C	C	I
Monitoraggio e verifica adozione procedura	R	C	C	C	C	C	C	I

Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
grammi non correlata a malattia congenita

**Giugno 2018**

**Rev. 0**

**Pagina 10 di 31**

### MATRICI DELLE RESPONSABILITÀ NELLA FASE POST-PARTUM (neonato)

Attività / Attori	Direttore P.O.	Responsabile UOC Neonatologia	Coord Infermiere Pediatrico	Neonatologo	Infermiere Pediatrico/ Infermiere	Anestesista	Personale di supporto
Gestione ed organizzazione équipe		R	C	C	C	C	I
Valutazione del rischio		I	I	R	C	C	I
Applicazione protocolli/ procedure/istruzioni operative		R	C	C	C	C	C
Orientamento/ inserimento per il nuovo personale		R	C	C	C	C	I
Applicazione procedura Trasferimento della madre e del neonato		I	I	R	C	C	I
compilazione documentazione clinica		R	C	C	C	C	I
Comunicazione interprofessionale		R*	R*	R*	R*	R*	C
Monitoraggio e verifica adozione procedura	R	C	C	C	C	C	I

*R = responsabile*

*C = collabora*

*I = informato*

*\*Per quanto di competenza*

## 8 DESCRIZIONE ATTIVITÀ

La sicurezza del feto e del neonato è strettamente correlata alle condizioni della madre prima e durante la gestazione e alla buona conduzione dell'intero processo assistenziale. Alcune condizioni, quali ad esempio infezioni, obesità materna, malattie croniche, tabacco, alcol e uso di sostanze stupefacenti, influenzano negativamente il decorso della gravidanza e concorrono a definire i rischi alla nascita. La prevalenza di tali fattori di rischio, spesso strettamente correlati con la povertà, il basso livello d'istruzione e i relativi problemi sociali, sembra essere crescente, almeno in alcune fasce di popolazione. Alla luce di ciò, i programmi per la prevenzione della mortalità neonatale devono includere, oltre ad un'assistenza in gravidanza e al parto basata su linee guida e standard stabiliti, interventi da effettuare già in fase preconcezionale e tesi alla riduzione dei rischi sopra citati.

L'attività assistenziale alla madre e al bambino è caratterizzata da elementi peculiari e di particolare complessità e vede coinvolti diversi profili professionali, il cui coordinamento, secondo un modello

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 11 di 31</b></p>

organizzativo basato sul "team di assistenza", è essenziale per il mantenimento del *continuum assistenziale* in tutte le fasi del percorso, dalla cura della donna durante la gravidanza al periodo post-natale.

Poiché la gravidanza, il parto/nascita e il *post partum* sono momenti di un processo unico, la frammentazione delle prestazioni multidisciplinari, la difficoltosa circolazione e condivisione delle informazioni tra le diverse figure professionali secondo modalità codificate, hanno un peso rilevante sulla sicurezza delle cure.

Ai fini di una corretta condivisione delle informazioni, un ruolo determinante è svolto dalla compilazione tempestiva e appropriata di tutta la documentazione clinica (referti ambulatoriali, cartella clinica, agenda della gravidanza, eventuali tracciati cardiocografici e loro refertazione, verbale del parto, Certificato di Assistenza al Parto-CeDAP) che deve essere disponibile in tutte le fasi, per consentire la tracciabilità delle informazioni e la corretta valutazione clinica.

**L'adozione delle misure previste nella presente procedura e le azioni per il miglioramento della sicurezza dei Punti nascita si basano sull'applicazione puntuale dell'Accordo Stato/Regioni del 16 dicembre 2010, che dà indicazione sui livelli di assistenza neonatale e materna da garantire nel nostro Paese.**

La presente procedura deve incoraggiare l'adozione di appropriate misure assistenziali e organizzative per evitare o minimizzare l'insorgenza di eventi avversi nell'assistenza al parto e al post-partum in modo da ridurre la mortalità potenzialmente evitabile.

Vengono indicate di seguito le attività specifiche individuate per la fase prenatale, della nascita e post-natale e, successivamente, le attività che trasversalmente interessano l'intero processo assistenziale.

#### FASE PRENATALE: Attuazione degli interventi preventivi

L'assistenza e la cura in questa fase hanno lo scopo di individuare i fattori e valutare i livelli di rischio e mettere in atto le misure più efficaci per prevenire o ridurre, laddove possibile, le complicanze e migliorare gli esiti per la madre e per il bambino. A tal fine vengono indicate le seguenti azioni:

1. **Monitoraggio** di tutte le gravidanze secondo percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) definiti e condivisi, in aderenza con quanto previsto dall'Accordo 16 dicembre 2010.
2. Preventiva valutazione, formalizzazione e controllo costante del **livello di rischio** della gravidanza e, in relazione a ciò, definizione della presa in carico da parte dei vari professionisti coinvolti e della struttura più idonea.
3. Gestione delle **gravidanze ad alto rischio** in consultazione con gli specialisti e presso Centri appropriati in relazione al livello di cure necessarie alla donna, al feto e al neonato.
4. **Programmazione dell'espletamento del parto**, una volta riconosciuta la condizione di gravidanza ad alto rischio, presso la struttura più idonea per garantire il livello di cure adeguato

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 12 di 31</b></p>

per la sicurezza della madre e del nascituro.

5. **Il timing di espletamento** del parto in caso di gravidanza ad alto rischio viene deciso dal ginecologo che deve avvalersi del parere del neonatologo/pediatra per le problematiche organizzative e assistenziali correlate al neonato.
6. Il flusso delle informazioni, in particolare in caso di rischio materno e/o fetale, deve essere codificato e facilmente accessibile a tutti gli operatori, in quanto la documentazione clinica completa, aggiornata, condivisa e disponibile ai professionisti e alla donna/coppia durante tutto il percorso assistenziale, possibilmente informatizzata, migliora la qualità e la sicurezza.
7. Durante la gravidanza, devono essere fornite alla donna e, se lo desidera, alla sua famiglia, le **informazioni** riguardanti il decorso della gravidanza, gli screening, i possibili fattori di rischio ed ogni altra condizione che può incidere sull'esito neonatale.
8. La donna e, se lo desidera, la sua famiglia, deve essere informata sulle modalità di espletamento del parto, in particolare sulla opportunità di ricorrere al taglio cesareo o al parto vaginale operativo, sulla possibilità di parto-analgesia nonché sul modello organizzativo del Punto nascita.
9. La **comunicazione** deve essere comprensibile e orientata a stimolare la partecipazione attiva al programma di assistenza e cura.

Alcuni concetti fondamentali su cui si fonda una corretta comunicazione e relazione sono:

- **Dignità e rispetto.** Gli operatori sanitari ascoltano e rispettano i valori, le credenze, le prospettive e le scelte della donna e della famiglia che verranno considerati nella pianificazione ed erogazione delle cure;
- **Condivisione delle informazioni.** Gli operatori sanitari forniscono informazioni complete, imparziali, tempestive e accurate al fine di favorire la partecipazione efficace nella cura e il processo decisionale;
- **Partecipazione.** Le donne e le famiglie sono incoraggiate e sostenute nella partecipazione alla cura e al processo decisionale utilizzando gli strumenti disponibili per migliorare la comunicazione e l'empowerment e prevedendo la presenza di mediatori culturali al fine di consentire decisioni condivise con le donne/coppie che presentino difficoltà di comprensione linguistico-culturale.

*Le UU.OO.CC di Ostetricia e Ginecologia dell'Azienda sono dotate di percorsi clinico-assistenziali ed istruzioni operative (Allegato A), che consentono la valutazione, formalizzazione, monitoraggio costante del livello di rischio della gravidanza al fine di individuare e ridurre i fattori di rischio e le condizioni cliniche che in fase prenatale possono aumentare il rischio di mortalità e morbosità nella madre e nel bambino.*

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 13 di 31</b></p>

Il periodo del peripartum rappresenta una fase molto complessa durante la quale, in un tempo relativamente breve, possono realizzarsi le condizioni favorevoli esiti particolarmente gravi sia per la madre sia per il feto/neonato.

**Le principali condizioni di rischio per il nascituro includono:**

- mancato riconoscimento del profilo di rischio materno, fetale, neonatale;
- ricorso a manovre o tecniche assistenziali inappropriate o non raccomandate;
- uso inappropriato di farmaci per indurre il travaglio o per aumentare l'attività contrattile in travaglio (ossitocina, prostaglandine);
- ricorso inappropriato e/o intempestivo al taglio cesareo (TC);
- uso inappropriato di ventosa;
- mancata o non corretta rianimazione del neonato.

Tuttavia il periodo intrapartum/peripartum rappresenta la fase in cui vi sono grandi opportunità di miglioramento della qualità e sicurezza delle cure e, quindi, degli esiti, attraverso l'attuazione di misure, soprattutto organizzative, quali:

1. standardizzazione dei processi;
2. uso di liste di controllo;
3. la formazione, il lavoro di gruppo;
4. accurata gestione delle risorse e delle apparecchiature;
5. uso di linee guida e di pratiche basate sull'evidenza. In particolare, l'affidabilità del team di sala parto e delle organizzazioni nel fornire costantemente cure di elevata qualità e sicurezza, soprattutto in condizioni di emergenza e di criticità, è strettamente correlata all'efficace **lavoro di squadra**, ad una comunicazione strutturata, a processi standardizzati e all'utilizzo di linee guida e pratiche cliniche aggiornate e basate su prove di efficacia.

**AZIONI**

1. Definizione di un piano di valutazione e miglioramento che prevede anche la programmazione di audit clinici e incontri periodici tra tutti gli operatori coinvolti per la verifica delle attività e gli approfondimenti di tipo organizzativo e tecnico-scientifico.
2. Realizzazione di un programma per la formazione e l'addestramento degli operatori al fine di rafforzare le competenze individuali tecnico-scientifiche e relazionali e migliorare la risposta integrata del team.
3. Mantenimento costante delle competenze ai fini di riconoscere prontamente, valutare e gestire condizioni intrapartum che possono determinare gravissimi eventi per la madre e per il feto (es. rottura d'utero, prolasso di funicolo, bradicardia fetale persistente, liquido tinto, parto podalico non diagnosticato/complicato, distocia di spalla).
4. Adozione di protocolli contestualizzati alla struttura sanitaria, in particolare:
  - definizione dei livelli assistenziali erogabili a feto/madre/neonato da parte della struttura sanitaria, resi noti all'intera organizzazione e agli utenti. I protocolli che definiscono i livelli assistenziali erogabili dalla struttura devono essere in coerenza con l'organizzazione

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 14 di 31</b></p>

regionale e le indicazioni nazionali sui Punti nascita;

- adozione di protocolli, modalità operative e sistemi di valutazione, monitoraggio e controllo per evitare il ricorso a parti elettivi prima del completamento della 39° settimana di gestazione non strettamente correlati a documentate esigenze cliniche;
  - adozione di protocolli standardizzati per la prescrizione, l'attuazione e il monitoraggio dell'induzione e dell'accelerazione del parto. L'utilizzo di protocolli standard altamente specifici focalizzati sulla risposta uterina e fetale può migliorare la sicurezza del neonato e ridurre il ricorso al TC per anomalie del battito cardiaco fetale;
  - adozione di una procedura condivisa tra gli operatori circa l'interpretazione del tracciato cardiocografico (CTG), definendo dei criteri condivisi per l'interpretazione clinica;
  - adozione di protocolli per la prevenzione del danno neurologico (ipotermia, somministrazione di solfato di magnesio).
5. Adozione di checklist per la corretta gestione della fase intrapartum verificando che tutti gli interventi per la sicurezza della madre e del feto siano adeguatamente eseguiti e documentati.
6. Adozione di procedure formalizzate che definiscono:
- le modalità di collaborazione con i Centri di riferimento per le patologie di tipo ostetrico non gestibili dall'Unità Operativa;
  - le modalità di trasporto della madre con imminenza di parto ad alto rischio presso strutture di livello più avanzato con indicazione di tempi, mezzi e personale adeguati;
  - le modalità di coordinamento tra i Centri coinvolti nel trasferimento.

*I percorsi clinico-assistenziali, le istruzioni operative e le checklist sono stati elaborati dai professionisti in considerazione delle specificità e delle evidenze presenti in letteratura (Allegato A).*

*I documenti consentono l'integrazione fra i servizi (compresi i Centri di riferimento territoriali ed extra territoriali nei casi di trasferimento madre-feto/neonato) e le competenze professionali coinvolte nel processo di assistenza intrapartum.*

## **FASE POSTNATALE: Sicurezza della madre e del neonato**

La fase postnatale, in particolare le prime ore dopo la nascita, rappresenta un periodo molto delicato per il neonato e richiede un attento monitoraggio e valutazione delle condizioni del bambino, con la tempestiva identificazione e gestione delle eventuali criticità. Tali criticità possono intervenire in sala parto, al momento della transizione dalla sala parto e durante la degenza.

### **AZIONI**

Ai fini della qualità e della sicurezza devono essere assicurate in ogni Punto nascita le seguenti azioni:

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 15 di 31</b></p>

1. **Disponibilità di linee guida, protocolli, percorsi assistenziali** formulati in base a prove di efficacia e periodicamente revisionate e condivise.
2. **Definizione delle modalità di assistenza al neonato in sala parto e nel periodo peripartum** preventivamente concordate e formalizzate tra ostetriche, ginecologi, pediatri/neonatologi, anestesisti/rianimatori.
3. **Definizione delle modalità di rianimazione neonatale:**
  - Deve essere assicurata la possibilità di attuare tempestivamente manovre rianimatorie impreviste, tramite la presenza di professionisti adeguatamente formati;
  - Deve essere preparato, secondo le procedure aziendali e prima della nascita, il materiale per la rianimazione e verificato il suo corretto funzionamento;
  - Tutti gli operatori di sala parto dovrebbero avere una formazione di BLS neonatale, con periodica valutazione e retraining. Tra gli operatori presenti in sala parto al momento della nascita, almeno uno deve essere nelle condizioni di iniziare e di dedicarsi esclusivamente alla rianimazione primaria neonatale;
  - Deve essere immediatamente disponibile H24 l'intervento di un neonatologo/pediatra in grado di completare la rianimazione, eventualmente con il supporto del rianimatore;
  - Il neonatologo/pediatra deve essere presente alla nascita quando la necessità di rianimazione è prevedibile in base alle condizioni cliniche di madre/feto/neonato.
4. **Presenza dell'elenco del materiale in dotazione all'isola neonatale.** Il materiale deve essere controllato per quanto attiene la disponibilità, il funzionamento e la corretta conservazione con documentazione delle avvenute verifiche.
5. **Presenza di una procedura/sistema per l'identificazione del neonato e della coppia madre-figlio.**
6. Presenza di **documentazione clinica** relativa al neonato che registri la valutazione e il punteggio di Apgar assegnato alla nascita e tutte le procedure eseguite, ivi inclusa la visita neonatologica/pediatria. Ogni annotazione sulla cartella clinica deve riportare data, ora e firma.
7. **Visita neonatologica** effettuata tempestivamente, comprendente la valutazione della documentazione clinica e la raccolta di anamnesi accurata relativa alle condizioni di salute della madre prima e durante la gravidanza, l'andamento del travaglio e del parto, segnalando tutte le condizioni che possono costituire fattori di rischio o di allarme per la salute del neonato.
8. Nei parti fisiologici, dopo una prima valutazione clinica, deve essere favorito il **contatto tra la madre ed il neonato** e le madri devono essere incoraggiate e sostenute ad avviare precocemente l'allattamento al seno. Nelle prime due ore dopo la nascita (corrispondenti al periodo del post-partum) deve essere effettuata una attenta e regolare sorveglianza del benessere neonatale verificando il colorito, il respiro, l'equilibrio termico e l'avvio dell'allattamento segnalando sistematicamente i dati in cartella e attivando il neonatologo in caso di necessità.
9. Per le coppie mamma/neonato sani deve essere favorita la degenza in **"rooming-in"** laddove

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 16 di 31</b></p>

possibile e, comunque, i professionisti sanitari devono affiancare e supportare le madri nelle cure quotidiane del neonato e nella valutazione del benessere del loro bambino.

Durante la degenza i professionisti sanitari:

- osservano l'interazione mamma-bambino;
- forniscono alle madri informazioni necessarie per valutare l'equilibrio termico, il colorito, la emissione di urine e di feci;
- effettuano il controllo del peso giornaliero per verificarne il calo, la valutazione della poppata per verificare la capacità di attaccarsi al seno e il buon avvio dell'allattamento.

10. La **visita neonatologica, effettuata prima della dimissione**, comprende l'esame obiettivo completo, la valutazione del calo fisiologico, l'ispezione degli occhi con oftalmoscopio per la ricerca del riflesso rosso e l'esclusione di opacità inclusa la cataratta, l'esecuzione della manovra di Ortolani per la ricerca di displasia dell'anca, l'auscultazione cardiaca, la palpazione dei polsi femorali e, se prevista, saturimetria, per l'individuazione di possibili cardiopatie congenite, nonché lo screening audiologico a tutti i neonati.

11. Ogni visita al neonato dovrebbe essere svolta alla presenza della madre o, se possibile, di entrambi i genitori che devono essere informati sulle procedure di assistenza, nonché sulle capacità di risposta e sul comportamento del neonato.

12. Adozione ed applicazione di procedure formalizzate per la gestione del neonato a rischio di patologia che prevedano:

- le modalità di sorveglianza del neonato a rischio;
- i criteri per il ricovero del neonato in Patologia Neonatale;
- le modalità di accesso ad assistenza intensiva, laddove necessaria, in Unità di Terapia Intensiva Neonatale all'interno o all'esterno del Punto nascita.

13. Adozione ed applicazione di procedure e di modalità di collaborazione con i Centri di riferimento per le patologie non gestibili dall'U.O., predisposta la rete di Trasporto Neonatale e le modalità per attuare il trasporto neonatale incluso l'accompagnamento sanitario dedicato da parte di professionisti esperti.

14. La madre ed i familiari del neonato devono essere attivamente coinvolti in tutte le fasi del processo di assistenza del neonato; **le informazioni devono essere accessibili anche alle madri che non comprendono la lingua italiana** possibilmente mediante la collaborazione di un mediatore culturale. I genitori devono inoltre essere istruiti ad osservare i principali parametri di salute del proprio bambino e devono essere offerte informazioni almeno rispetto a:

- Allattamento;
- Osservazione di feci e urine;
- Posizione nel sonno;
- Igiene del neonato;
- Igiene ambientale (inquinamento-fumo);

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 17 di 31</b></p>

- Sicurezza del Trasporto in auto.

15. Deve essere prevista la procedura per la dimissione che assicuri una adeguata transizione del neonato dall'ospedale al territorio consentendo la continuità assistenziale e la presa in carico da parte del Pediatra di libera scelta.
16. Deve essere compilato un documento di dimissione che riporti le condizioni e quanto fatto durante la degenza che possa essere da guida al Pediatra di libera scelta e agli operatori dei Servizi Consultoriali e Territoriali che lo prenderanno in carico e dovrà fornire le indicazioni per contattare l'unità operativa, laddove necessario, per chiarimenti e consulenze al fine di mettere in atto una coordinata ed efficace presa in carico del neonato.
17. In caso di necessità deve essere previsto un controllo post-dimissione del neonato che deve essere programmato in base all'andamento dell'adattamento neonatale (peso, bilirubinemia, allattamento) nei 3-5 giorni successivi alla dimissione o presso il Punto nascita o presso il Pediatra di libera scelta o presso i Servizi Territoriali.

Al fine di tutelare la salute e la sicurezza della madre e del neonato, gli operatori professionali dei Presidi Ospedalieri di Castellammare, Nola e Vico Equense hanno elaborato protocolli di percorsi clinico-assistenziali basati su prove di efficacia e periodicamente revisionate e condivise.

In particolare, per la fase prenatale, sono stati definiti percorsi clinico-assistenziali ed istruzioni operative che consentono la valutazione, formalizzazione, monitoraggio costante del livello di rischio della gravidanza al fine di individuare e ridurre i fattori di rischio e le condizioni cliniche che in fase prenatale possono aumentare il rischio di mortalità e morbosità nella madre e nel bambino. I percorsi clinico-assistenziali, le istruzioni operative relative all'assistenza al travaglio-parto-post-parto sono state elaborate dai professionisti in considerazione delle specifiche competenze e delle evidenze presenti in letteratura. I documenti consentono l'integrazione dei professionisti dei diversi servizi.

Per la fase di nascita, sono formalizzate e condivise modalità di assistenza al neonato in sala parto e nel periodo peripartum (es. manovre rianimatorie, presenza del neonatologo/pediatra 24h, checklist monitoraggio parametri neonato, verifica controllo- ripristino materiale/presidi in uso, identificazione madre-bambino, gestione neonato a rischio), e la collaborazione tra tutti gli operatori impegnati nell'assistenza alla nascita, nel rispetto delle singole professionalità e della normativa vigente.

*L'elenco delle procedure specifiche e istruzioni operative sono elencate in Allegato A.*

## 9 RIFERIMENTI/NOTE BIBLIOGRAFICHE/SITOGRAFIA

- 1 Raccomandazione Ministeriale N. 6 "prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e al parto" – Marzo 2008

- 2 Raccomandazione ministeriale N.16 “prevenzione della morte o della disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi, non correlata a malattia congenita”- Aprile 2014
- 3 Documento di integrazione ed indirizzo relativo alla raccomandazione per la prevenzione della morte materna correlata al travaglio e/o parto- Aprile 2007
- 4 Accordo Stato Regioni 16-10-2010 “Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”. (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011)
- 5 WHO Safe Childbirth Checklist Programme. World Health Organization, Geneva 2013
- 6 SNLG-ISS. Linee guida Gravidanza Fisiologica, 2010
7. Regione Toscana: I quaderni dei laboratori per la sicurezza del paziente: 1Buone pratiche per la sicurezza del paziente in Ginecologia ed Ostetricia.
8. ISS-SNLG: Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla

## **10 CONTESTUALIZZAZIONE DELLA PROCEDURA**

La presente procedura deve essere contestualizzata, previo analisi del contesto locale, dalla Direzione Medica di Presidio con la collaborazione di tutti gli attori coinvolti nel processo.

## **11 REVISIONE E AGGIORNAMENTO**

La presente Procedura sarà oggetto di revisione periodica e dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell’ambito dell’azienda o evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Al fine di migliorare la Procedura nella pratica clinica, le strutture sanitarie coinvolte sono invitate a fornire suggerimenti e commenti.

## **12 ARCHIVIAZIONE**

L’archiviazione dei documenti è a carico delle figure indicate nella matrice di responsabilità.

Ogni documento deve essere conservato in forma cartacea da chi lo redige.

La procedura va tenuta e resa fruibile da tutti gli operatori, presso tutte le UU.OO., oltre alla sua archiviazione nella banca-dati delle procedure, presso il sito intranet aziendale, area documentazione Risk Management. Le funzioni interessate possono a loro volta pubblicare la procedura sul sito aziendale nella relativa area.

## **13 INDICATORI DI MONITORAGGIO**

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 19 di 31</b></p>

Qualità e sicurezza del processo nascita saranno valutate attraverso la misura dei seguenti indicatori.

- Numero neonati con APGAR < 5 a 5 minuti/ anno

*(Indica le problematiche inerenti alla gravidanza/travaglio/parto e la capacità assistenziale del gruppo multidisciplinare ostetrico/pediatrico/rianimatore).*

- Numero parti avvenuti senza presenza pediatra/ginecologo con presenza di indicazione: valore atteso=0

*(Indica il livello di organizzazione e sicurezza del punto nascita con particolare attenzione al neonato)*

- Numero (% dei parti) annuo di donne che necessitano di emo-trasfusioni nelle 48 ore postpartum

*(Indica il livello di sicurezza del gruppo professionale che assiste il travaglio parto, si preferisce indicare la trasfusione anziché le perdite ematiche poiché la quantificazione delle perdite ematiche è frequentemente imprecisa; si presuppone che una donna che sia stata trasfusa nelle 48 ore postpartum abbia avuto una perdita ematica significativa)*

- %le di TC in primipare valore atteso < 20%
- N. Morti materne /anno

*(Indica il livello di organizzazione e sicurezza del punto nascita con particolare attenzione alla madre).*

- Numero neonati trasferiti in terapia intensiva neonatale/anno

*(Indica il livello di organizzazione e sicurezza del punto nascita con particolare attenzione al neonato in relazione al livello assistenziale ed alla tipologia di neonati ricoverati).*

- Mortalità neonatale annuale
- Mortalità neonatale intra partum
- Mortalità neonatale precoce

#### **14 SEGNALAZIONE DELL'EVENTO SENTINELLA/AVVERSO/NEAR MISS**

L'evento sentinella "Morte materna correlata al travaglio e/o parto" deve essere obbligatoriamente segnalato tempestivamente alla UOC Risk Management utilizzando la scheda di incident reportig, pubblicata sul portale aziendale nell'area Risk Management. La segnalazione (scheda A) verrà trasmessa al Sistema di Monitoraggio del Ministero della Salute (SIMES) entro 5 giorni, e l'evento sarà oggetto di audit di risk management per la pianificazione delle azioni di miglioramento.

È responsabilità del Risk Manager trasmettere i risultati dell'analisi e le azioni emerse (scheda B) entro 45 giorni dalla segnalazione per il tramite del Competente Settore Regionale..

 <p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <i>Dott. Luigi Caterino</i></p> <p><b>Responsabile Direzione UOC Risk Management</b> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i></p>		
<p>Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso &gt;2500 grammi non correlata a malattia congenita</p>	<p><b>Giugno 2018</b></p>	<p><b>Rev. 0</b></p>	<p><b>Pagina 20 di 31</b></p>

È responsabilità di tutti gli operatori segnalare al Risk Management anche in forma anonima, near miss ed eventi avversi, al fine di individuare e condividere appropriate azioni di miglioramento della sicurezza.

Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
grammi non correlata a malattia congenita

**Giugno 2018**

**Rev. 0**

**Pagina 21 di 31**

*Allegato 1*

**CHECK LIST TECNOLOGICA SALA PARTO E ISOLA NEONATALE**

sala 1 <input type="checkbox"/> sala 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
TECNOLOGIE	VERIFICHE	CRITICITA'/SOLUZIONE	
1) Aspiratori Vacuum	a) presenza tubi connessione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	b) corretto collegamento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	c) presenza di sondini CH 8/ 10	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	d) funzione di aspirazione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
2) Lampada scialitica e/o satellite	a) collegamento rete elettrica/ accensione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
3) Letto travaglio/parto	a) collegamento rete elettrica/accensione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	b) funzionamento telecomando	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	c) funzionamento accessori	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
4) Bilancia	a) funzionamento/pile di scorta	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
5) Temperatura acqua	a) presenza termometro	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	b) temperatura dell'acqua (37°)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
6) Unità respiratoria	a) presenza unità respiratoria manuale presenza	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	b) maschere facciali Neonatali N.1 (bianco) e N.2 (rosa), Prematuri N. 0,	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	c) presenza maschere ossigeno adulti corretto	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	d) funzionamento della fonte di O2	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
7) Monitor multiparametrico	check di funzionamento	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	a)		
8) Cardiotocografo	a) collegamento rete elettrica /accensione	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	b) funzionalità sonde	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	c) data e ora corrette	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
9) Lampada radiante	a) collegamento rete elettrica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
	b) funzionamento della lampada radiante	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>

**DATA COMPILAZIONE**

**FIRMA OSTETRICA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
grammi non correlata a malattia congenita

**Giugno 2018**

**Rev. 0**

**Pagina 22 di 31**

**Allegato 2**

**CHECK-LIST SALA PARTO**

Sig.ra.....Inizio compilazione: data e ora .....fase del travaglio.....

Rischio:  basso    Rischi:  .....

ATTIVITÀ	SUBATTIVITA	SI	NO	COMMENTI	OK
<b>PERSONA ASSISTITA</b>	Comunicazione agevole			Se NO:	
	Posizione libera			Se NO	
	Dolore sotto controllo			Se NO	
	Membrane integre o rotte <12 h			Se NO	
	Temperatura Polso PA normali			Se NO	
<b>CARTELLA CLINICA</b>	Anamnesi compilata			Se NO	
	Partogramma compilato			Se NO	
	Emocromo e coagulazione recenti			Se NO	
<b>SALA TRAVAGLIO</b>	Terapia farmacologica			Se NO	
	CTG pronto			Se NO	
	Ecografo disponibile			Se NO	
	Sala TC pronta			Se NO	
	Isola neonatale pronta			Se NO	
	Prelievo lattati pronto			Se NO	
	Check list tecnologica aggiornata			Se NO	
<b>FETO/NEONATO</b>	<input type="checkbox"/> BCF <input type="checkbox"/> QTG <input type="checkbox"/> DLattati <input type="checkbox"/> Apgar normali			Se NO	
	Liquido chiaro			Se NO	
<b>POSTPARTUM</b>	Utero contratto			Se NO	
	Lochi regolari			Se NO	
	Terapia			QUALE:	
	Neonato con la madre			Se NO	
<b>RISCHI COMPARI IN SALA PARTO</b>	<input type="checkbox"/> anestesista <input type="checkbox"/> ginecologo <input type="checkbox"/> neonatologo informati			RISCHIO:	
	<input type="checkbox"/> anestesista <input type="checkbox"/> ginecologo <input type="checkbox"/> neonatologo informati			RISCHIO:	

**DATA COMPILAZIONE**

**FIRMA OSTETRICA**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
grammi non correlata a malattia congenita

**Giugno 2018**

**Rev. 0**

**Pagina 23 di 31**

*Allegato 3*

**CHECK LIST CONTROLLO ISOLA NEONATALE IN SALA TAGLIO CESAREO**

<b>TECNOLOGIE</b>	<b>VERIFICHE</b>	<b>CRITICITA'/SOLUZIONE</b>
1) Aspiratori Vacuum	a) presenza tubi connessione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	b) corretto collegamento	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	c) presenza di sondini CH 8/ 10	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	d) funzione di aspirazione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
2) CORD-CLAMP	a) presenza cord-clamp	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
3) Termometro per misurare temperatura acqua bagnetto	a) presenza termometro	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	b) temperatura dell'acqua (37°C)	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
4) Bilancia	a) funzionamento/pile di scorta	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
5) a) Unità respiratoria manuale a muro b) NEOPUFF	a) presenza unità respiratoria manuale	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	b) presenza maschere facciali: prematuri N.0, neonatali N.1, e N. 2	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	c) corretto funzionamento della fonte di ossigeno	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	a) verificare che il manometro indichi zero e che non vi sia alcun flusso di gas	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	b) collegare tubo di erogazione (tubicino verde) alla porta di ingresso del gas	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	c) collegare il circuito con raccordo a T alla porta di uscita del gas	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	d) corretto funzionamento della fonte di ossigeno	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
6) Collirio per profilassi blenorragia	a) presenza di collirio	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
7) Braccialetti per identificazione Madre/Neonato	a) presenza di braccialetti	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
8) Isola neonatale	a) collegamento rete elettrica /accensione	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	b) funzionamento lampada radiante	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	c) funzionamento timer	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	d) funzionalità dei circuiti respiratori (vedi n.5)	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	e) funzionalità apparecchiature aspirazione neonatale (vedi n.1)	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
9) Telini	a) Presenza di telini	SI' <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

**DATA COMPILAZIONE**

**FIRMA OSTETRICA**

Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
grammi non correlata a malattia congenita

**Giugno 2018**

**Rev. 0**

**Pagina 24 di 31**

*Allegato 4*

**CHECK-LIST CARRELLO EMERGENZE SALA OPERATORIA E SALA PARTO**

ACQUAGEL	10
CANNULE DI MAJO N. 0 - N 1	2+2
CATETERE OMB. CH 3.5 - CH 5	2+2
CEROTTO	1
CIRCUITI NEOPUFF	3
VENTILATORE INCUBATRICE PORTATILE	3
LAMA PIATTA NO - N 1	2+2
LARINGOSCOPIO	1
MANDRINI	5
MASCHERA LARINGEA N 1	1
MASCHERINA N <sup>0</sup> 1 - N <sup>0</sup> 2 – N. 0	10 +10 + 10
PINZA MAGILL PICCOLA -GRANDE	2+2
SENSORI Masimo o Nellcor	5
SONDINO ASP. CH 8 -CH 10	10 +10
SIRINGHE EGA	5
SIRINGHE 1 ml-10 ml	1 CONF.X MIS.
TUBO ENDOTR. N <sup>0</sup> 2-2,5-3-3,5 4	5+5+5+5+3
TUBO ASPIRATORE (sostituito dalla S.P. e SO.)	10
va e vieni ed ambu	15
FISIOLOGICA 100 ML	6 FLAC..
AGHI MONOUSO G 21 – 23 -25 a farfalla	1 CONF.
AGHI CANNULE 22 – 24 - 26	1 CONF.
COLLANTE E SOLVENTE PER IL FISSAGGIO DEL TUBO ET	

Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
grammi non correlata a malattia congenita

**Giugno 2018**

**Rev. 0**

**Pagina 25 di 31**

*Allegato 5*

### CHECK-LIST CARRELLO EMERGENZE TIN

L'infermiere della TIN effettua il controllo tutte le mattine

I RIPIANO	<input type="checkbox"/> PROVETTE DI OGNI TIPO = 1 CONF. <input type="checkbox"/> TAMPONI = 12 <input type="checkbox"/> CONT. X EMOCOLTURA <input type="checkbox"/> CONT. STERILE X ES. URINE <input type="checkbox"/> CAPILLARI EGA = 1 CONF. <input type="checkbox"/> PUNGIDITO <input type="checkbox"/> APP. X GLUCOSTIX E STRISCE <input type="checkbox"/> DISINFETTANTI
II RIPIANO	<input type="checkbox"/> SIRINGHE DA 1-2.5 - 5 cc = 10 x miso <input type="checkbox"/> SIRINGHE DA 10 = 20 <input type="checkbox"/> SIRINGHE EGA = 20 <input type="checkbox"/> BUTTERFLY 21 – 23 - 25 = 20 x mis. = 1 CONF. <input type="checkbox"/> ABBOCATH misure 22, 24, 26 = 1 CONF.
RIPIANI LATERALI	<input type="checkbox"/> 1° RIPIANO : FISIOL. 100ML <input type="checkbox"/> 2° RIPIANO : GLUC. 250 ML - FISIOL. 250 ML <input type="checkbox"/> 3° RIPIANO : FISIOL. 1000 ML
I CASSETTO	<input type="checkbox"/> LARINGOSCOPIO <input type="checkbox"/> LAMA O, 1, 2 (2 x mis.) <input type="checkbox"/> MANDRINI <input type="checkbox"/> MASCHERE LARINGEE N.1 <input type="checkbox"/> CANNULE DI MAJO N.O- N.1 (2 x mis.) <input type="checkbox"/> TUBI END. N. 2, 2,5, 3, 3,5, 4 (10 x mis.) <input type="checkbox"/> PINZA MAGYLL PICCOLA <input type="checkbox"/> CEROTTO, COLLANTE, SOLVENTE <input type="checkbox"/> ACQUA GEL <input type="checkbox"/> AMBU <input type="checkbox"/> PALLONE VA E VIENI <input type="checkbox"/> MASCHERINE MIS. 0-1
II CASSETTO	<input type="checkbox"/> PREMICAL <input type="checkbox"/> CATETERI OMB. 6 X MIS. <input type="checkbox"/> FILI SUTURA 3.0 (1 conf.) <input type="checkbox"/> LAME BISTURI (1 Conf.) <input type="checkbox"/> STERIL STRIP E OPER FILM

Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
 disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
 grammi non correlata a malattia congenita

**Giugno 2018**

**Rev. 0**

**Pagina 26 di 31**

**III CASSETTO**

- PINZE ANATOMICHE (6)
- PINZE CHIRURGICHE DENTATE (6)
- PORTA AGHI MAYO
- SPECILLI
- FORBICI
- KLEMMER (4)
- KELLER CURVE E REITE (4)
- PORTA AGHI MATHIEU
- SPASETTE CHIRURGICHE (2)

**IV CASSETTO**

- GARZE (1 scatola)
- MASCHERINE monouso (1 sc.)
- CAMICI
- CUFFIE
- GUANTI STERILI (6 x mis.)
- TELINI STERILI (6)
- SONDINI ASPIRAZIONE CH 8 -CH 10 (5 x mis.)
- CATETERI VESCICALI CH 6 R CH8



Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
 disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
 grammi non correlata a malattia congenita

Giugno 2018

Rev. 0

Pagina 28 di 31

Allegato 7

**CHECK- LIST VALIGIA RIANIMAZIONE SALA PARTO- SALA OPERATORIA**

L'INFERMIERE DELLA TIN EFFETTUA IL CONTROLLO TUTTE LE MATTINE

L'INFERMIERE CHE UTILIZZA LA VALIGIA DEVE RIPRISTINARE IL MATERIALE USATO

TASCA ROSSA	LAMA n. 0 LAMA n. 1 LARINGOSCOPIO PINZA MAGILL piccola PINZA MAGILL grande	2 2 2 1 1
TASCA BLU	TUBI END. N. 2-25-3-3.5—4	3+3+3+3+2
TASCA GIALLA	MANDRINI CANNULE DI MAJO MASCHERA LARINGEA	2 2 2
TASCA ARANCIONE	FILO DI SUTURA SONDINI ASP. VARI COLORI CVO n 5 CVO n 3.5	
TASCA ROSA	SIRINGHE da cc 1-2.5-5-10 SIRINGHE EGA ABOCATH 22, 24, 26 AGHI 19G ACQUA per P.P.I. da 10 ml	3+3+3+3+3 3 3+1 6 3
TASCA VIOLA	SENSORE sat. Nellcor PILE GARZE CEROTTO ACQUA GEL	1 4
TASCA LATERALE 1 (FARMACI)	FLEBOCORTID ADRENALINA SODIO BICARBONATO NALOXONE CLORIDRATO CALCIO GLUCONATO GLUCOSIO 33% ACQUA per P.P.I. da 10 ml	2 2 2 2 3
TASCA LATERALE 2	GLUC. 5% da 250 ml FISIOLOGICA da 100 ml SIRINGHE TERUMO 20 cc AGHI 19 G SET x secondaria K<31 - K32	1 2 3 3 3 2+2
FONDO VALIGIA	SOL. FISIOLOG. VA E VIENI AMBU GUANTI STERILI N. 6,5 GUANTI STERILI N. 7 GUANTI STERILI N. 7,5 GUANTI STERILI N. 8 TELINO STERILE MASCHERINA FACCIALE	1 FLAC 3 PZ 2 PZ 3 PZ 3 PZ 3 PZ 3 PZ 2 PZ



Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
grammi non correlata a malattia congenita

**Giugno 2018**

**Rev. 0**

**Pagina 30 di 31**

*Allegato A*

<b>ELENCO PROCEDURE OSTETRICIA/NEONATOLOGIA/TIN</b>	
<b>Fase PRENATALE</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>GESTIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO E CONTROLLO DEL BENESSERE FETALE</b>
	a) Percorso parto
	b) LG ACOG sulla Monitoraggio elettronico fetale;
	c) LG (ACOG) sull'auscultazione intermittente
	d) Istituzione ambulatorio per la gravidanza a termine
	e) Monitoraggio gravidanza fisiologica a termine
	f) Monitoraggio gravidanza a medio rischio presso il termine
	g) I.O di assistenza al travaglio e parto vaginale
	h) lettura del tracciato cardiocografico
	i) compilazione del partogramma
<input type="checkbox"/>	<b>GESTIONE DEL TRAVAGLIO E DEL PARTO IN ACQUA</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PROCEDURA PARTO VAGINALE IN SITUAZIONI "A RISCHIO"</b>
	1. GESTIONE DEL TRAVAGLIO DISTOCICO
	2. ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DELLA DISTOCIA DI SPALLA
	3. GESTIONE DELLA SOFFERENZA FETALE ACUTA
	4. GESTIONE PROM "ROTTURA PREMATURA DELLE MEMBRANE AMNIOCORIALI"
	5. GESTIONE DEL PARTO PRETERMINE
	6. GESTIONE DELLA RESTRIZIONE DELLA CRESCITA FETALE (I.U.G.R.)
<input type="checkbox"/>	<b>GESTIONE DELLA GRAVIDANZA EXTRAUTERINA</b>
<input type="checkbox"/>	<b>INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>GESTIONE DEL PARTO SPONTANEO DOPO TAGLIO CESAREO (V.B.A.C.)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA PER IL PARTO CESAREO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA PER IL TRATTAMENTO DELLA MINACCIA DI PARTO PREMATURO E DEL TRASFERIMENTO IN UTERO</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE PARTO INDOLORE</b>
<input type="checkbox"/>	<b>GESTIONE DELLA M.E.F. (MORTE ENDOUTERINA FETALE)</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE E TRATTAMENTO DELL'EMORRAGIA DEL POST PARTUM</b>
	a) Linea Guida Metrorragia Post Partum
	b) Prevenzione EPP
	c) EPP schema
	<b>d) EPP schema rapido</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PROCEDURA OPERATIVA IPERTENSIONE E GRAVIDANZA</b>
	a) gestione PE (Pre-eclampsia) non grave:
	b) LG gestione PE severa;
	c) Protocollo trattamento crisi eclamptica;
	d) Protocollo utilizzo Solfato di Magnesio;
	<b>e) Trattamento sindrome HELLP.</b>
<input type="checkbox"/>	<b>ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA PREVENZIONE/TRATTAMENTO DELLA SESPI</b>
<input type="checkbox"/>	<b>PROCEDURA OPERATIVA PER LA PREVENZIONE/TRATTAMENTO DELLA MALATTIA TROMBOEMBOLICA</b>

Linee di indirizzo per la Prevenzione della morte o  
 disabilità permanente in neonato sano di peso >2500  
 grammi non correlata a malattia congenita

*Giugno 2018*

*Rev. 0*

*Pagina 31 di 31*

<input type="checkbox"/> <b>DISPOSIZIONE TAGLIO CESAREO IN PUNTO MORTE</b>
<b>FASE DELLA NASCITA</b>
<input type="checkbox"/> <b>ISTRUZIONE OPERATIVA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO E DELLA COPPIA MADRE-FIGLIO</b>
<input type="checkbox"/> <b>ISTRUZIONE OPERATIVA ASSISTENZA NEONATO IN SALA PARTO E NEL PERIODO PERIPARTUM</b>
<input type="checkbox"/> <b>PROCEDURA ASSISTENZIALE DEL NEONATO NON PATOLOGICO</b>
<input type="checkbox"/> <b>ISTRUZIONE OPERATIVA PER LA GESTIONE DEL NEONATO A RISCHIO</b>
<input type="checkbox"/> <b>PROCEDURA DI DIMISSIONE DEL NEONATO</b>
<input type="checkbox"/> <b>ISTRUZIONE OPERATIVA DI TRASFERIMENTO DI NEONATO PATOLOGICO</b>
<input type="checkbox"/> <b>REGOLAMENTAZIONE ACCESSO SALA TRAVAGLIO/PARTO</b>
<input type="checkbox"/> <b>ACCOGLIENZA DEL NEONATO IN SALA PARTO</b>
<input type="checkbox"/> <b>PROCEDURA PER L'IDENTIFICAZIONE DEL NEONATO</b>
<b>FASE POST NASCITA</b>
<input type="checkbox"/> <b>PROTOCOLLO "RIANIMAZIONE NEONATALE"</b>
<input type="checkbox"/> <b>ALGORITMO DI RIANIMAZIONE NEONATALE</b>
<input type="checkbox"/> <b>LETTERA DI DIMISSIONE U.O. DI NEONATOLOGIA E T.I.N.</b>

**TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L. R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI**

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE**

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

**PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE**

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

\_\_\_\_\_

**INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA 08 giugno 2018 A:**

x	DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE		U.O.C. ASS.ZA CONSULT. MED. DI GENERE	
x	DIRETTORE AMM. AZIENDALE		U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
x	COLLEGIO SINDACALE		U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
	U.O.C. GABINETTO		U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
	U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE		U.O.C. Progr. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
	U.O.C. AFFARI GENERALI		U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	DISTRETTO N. 53
	U.O.C. AFFARI LEGALI	x	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
	U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.		U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA	DISTRETTO N. 55
	U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE		U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	DISTRETTO N. 56
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A		COORD.TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
	U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B		COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
	U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA		COORD.TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
	U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA		DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
	U.O.C. FASCE DEBOLI		DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
	U.O.C. FORMAZIONE E S.R.U.		DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
	U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN		DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
	U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE		DISTRETTO N. 48	
	U.O.C. TECNICO AREA NORD		DISTRETTO N. 49	
	U.O.C. TECNICO AREA SUD		DISTRETTO N. 50	
	U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.		DISTRETTO N. 51	
	U.O.C. PREV. E CURA PATOLOGIE DELLA DONNA E DEL BAMBINO		DISTRETTO N. 52	