



ORIGINALE

COPIA

IL DIRETTORE GENERALE

Deliberazione n. 1667 del 27-12-2017

PUBBLICAZIONE

Dichiarazione di conformità del trattamento dei dati ex D.lgs. n. 196/2003 e ss.mm.ii.

Premesso che il D.l.vo 196/2003 e ss.mm.ii. contiene principi e prescrizioni per il trattamento dei dati personali, anche con riferimento alla loro "diffusione", il Proponente la presente deliberazione dichiara di aver valutato la rispondenza del testo, compreso degli eventuali allegati, destinato alla diffusione per il mezzo dell'Albo Pretorio alle suddette prescrizioni e ne dispone la pubblicazione nei modi di legge.

(Firma del Proponente)

OGGETTO: Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita (Raccomandazione n. 16 del Ministero della Salute). ADOZIONE.

ATTESTATO PUBBLICAZIONE

Si attesta che la presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio il giorno: **27 DIC. 2017**

ai sensi dell'art.124 c.1 L.vo 267/2000, per giorni 15

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine*

DICHIARAZIONE DI REGOLARITÀ CONTABILE:

il presente atto trova capienza di spesa all'autorizzazione :

n. del
n. del
n. del

In presenza di fattura di importo superiore a € 10.000,00 prima dell'emissione del relativo mandato di pagamento l'UOC Contabilità Generale effettuerà il controllo "Equitalia"

Il Direttore U.O.C Contabilità Generale

Il presente provvedimento è reso immediatamente esecutivo.

IL DIRETTORE GENERALE

Dr.ssa Maria Morgante

PROPOSTA DI DELIBERA

**Oggetto: "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita" (Raccomandazione n. 16 del Ministero della Salute).
ADOZIONE.**

Il Dott. Felice Nunziata in qualità di Direttore dell' U.O.C. Pediatria del P.O. Di Solofra ed il Dott. Lucio Visconti, Direttore della U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico

PREMESSO che:

- La ASL di Avellino ha attivato diverse iniziative di gestione del rischio clinico e tra queste la implementazione delle Raccomandazioni predisposte dal Ministero della Salute per il miglioramento della sicurezza dei pazienti; implementazione che rientra, tra l'altro, tra gli adempimenti LEA, come viene confermato dal Decreto del Commissario ad Acta della Regione Campania n. 14 del 01.03.2017 "Programmi Operativi 2016-2018. Approvazione";
- Il Ministero della Salute ha emanato dal 2005 ad oggi n. 17 Raccomandazioni e tra queste la n. 16, dal titolo: **"Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita"**;

VISTI:

- *Intesa Stato-Regioni 20 marzo 2008 punto 2.* Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, ... si impegnano a promuovere presso le Aziende Sanitarie pubbliche e le Strutture sanitarie private accreditate, l'attivazione di una funzione aziendale permanentemente dedicata alla gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza dei Pazienti, incluso il monitoraggio e l'analisi degli eventi avversi e l'implementazione delle buone pratiche della sicurezza, nell'ambito delle disponibilità e delle risorse aziendali ...;
- *Decreto 11 dicembre 2009, G.U. Serie Generale n. 8 del 12 gennaio 2010.* Istituzione del Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES);
- *Piano Sanitario Regionale 2011-2013: 9.2 Clinical Governance e Sicurezza delle cure.* La sicurezza dei pazienti è una delle fondamentali dimensioni della qualità dell'assistenza sanitaria, che garantisce, attraverso l'identificazione, l'analisi e la gestione dei rischi e degli incidenti possibili per i pazienti, la progettazione e l'implementazione di sistemi operativi e processi che minimizzano la probabilità di errore, i rischi potenziali e i conseguenti possibili danni ai pazienti. Obiettivi di un programma aziendale sono:
... Monitorare l'applicazione operativa delle raccomandazioni per la prevenzione degli eventi sentinella e per la riduzione degli errori e dei rischi di errori e garantire un feedback informativo ...;
- *D.L. 13 settembre 2012 n. 158 convertito nella Legge 8 novembre 2012, n. 189 art. 3 bis, comma 1:* "Gestione e monitoraggio dei rischi sanitari", Monitoraggio della implementazione delle raccomandazioni ministeriali per la prevenzione degli eventi sentinella;
- *Programmi Operativi 2013-2015 in prosieguo del Piano di rientro DCA n. 82 del 5/07/2013 Programma 18: Sicurezza e Rischio Clinico.*
Previsione dell'inserimento dell'implementazione dei documenti ministeriali sulla qualità e sicurezza dei pazienti (Raccomandazioni, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria) tra i criteri di valutazione dei D.G.;
- *Patto della Salute 2014-2016.* Comitato per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza e Tavolo per la verifica degli adempimenti – Tra gli adempimenti che vengono sottoposti a verifica c'è la adozione formale e successiva implementazione dei documenti ministeriali (Raccomandazioni ministeriali, Manuale per la sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazioni e checklist, ecc.);
- *Decreto Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. GU n. 127 del 4.6.2015. 5. Standard generali di qualità. 5.3 Standard per i presidi ospedalieri di base e di I livello.* Lo standard è costituito dalla documentata e formalizzata presenza di sistemi o attività di Gestione del rischio clinico - Sistema di segnalazione degli eventi avversi ...;
- *Legge di stabilità 2016 – 28 dicembre 2015 n. 208*

ART. 1, comma 538 La realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario nazionale perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente;

- Decreto Commissario ad Acta Regione Campania n. 14 del 01.03.2017: "Programmi Operativi 2016-2018. Approvazione", intervento 14.4 – Rischio clinico e sicurezza dei pazienti – Rif. Adempimenti LEA: lett. as) Questionario LEA. Azione 14.4.1 – Monitoraggio dell'implementazione delle raccomandazioni ministeriali. Tra gli obiettivi: Implementazione da parte delle Aziende Sanitarie di almeno 12 Raccomandazioni rispetto alle 17 emanate dal Ministero della Salute, da parte di almeno l'80% del totale delle Aziende Sanitarie della Regione;
- 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";

CONSIDERATO:

Che l'implementazione e il monitoraggio delle Raccomandazioni Ministeriali sono vincolanti ai fini della valutazione positiva degli obiettivi strategici della Direzione Aziendale della ASL nell'ambito dei LEA per il rischio clinico e la sicurezza dei pazienti;

RITENUTO:

- Essenziale recepire e implementare nell'intera ASL le 17 Raccomandazioni Ministeriali, assicurandone la conoscenza e l'applicazione da parte di tutti gli operatori sanitari tramite trasmissione e comunicazione a tutti i Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Unità Operative sanitarie complesse e semplici dipartimentali attraverso il sito istituzionale dell'Azienda;
- Rendere le Raccomandazioni facilmente reperibili da parte di tutti gli operatori sanitari con l'inserimento sul sito istituzionale, nella sezione dedicata al Rischio Clinico;

VISTO:

- la nota prot. n. 0868037 del 19/12/2014 della G. R. C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si ribadisce, tra l'altro, che *"Le Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli Eventi sentinella sono documenti utili, indiscutibilmente, per il perseguimento dell'obiettivo aziendale della prevenzione, del miglioramento della qualità e della sicurezza delle cure"*;
 - la deliberazione aziendale n. 607 del 23.04.2015, ad oggetto: "DCA n. 105/2014: linea progettuale 16.1 "Sviluppo degli strumenti del governo clinico e della valutazione della qualità e della sicurezza delle prestazioni – Risk Management – Piano di lavoro – avvio attività – presa atto", con la quale si prende atto del piano di lavoro relativo alla realizzazione nell'ambito dei Presidi Ospedalieri Aziendali della linea progettuale 16.1 e che prevede, tra gli obiettivi specifici la *"Diffusione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione degli eventi avversi"*, tra le azioni a farsi: l'adozione delle Raccomandazioni Ministeriali ed il monitoraggio delle Raccomandazioni implementate;
- la nota prot. n. 0693421 del 15/10/2015 e la nota prot. n. 0235421 del 06/04/2016 della G.R.C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale, con la quale si invitano le Aziende sanitarie ed ospedaliere, in adempimento a quanto richiesto dal Ministero della Salute al tavolo LEA, ad adottare, contestualizzandole opportunamente, le Raccomandazioni ministeriali per la prevenzione/riduzione del rischio clinico;
- Le note della G.R.C. Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale prot. n. 298101 del 26.04.2017 ad oggetto "Raccomandazioni ministeriali prevenzione "eventi sentinella" – Apertura monitoraggio 2017 su piattaforma web AgeNaS", prot. n. 437864 del 23.06.2017, ad oggetto: "adempimenti LEA – Rischio Clinico e sicurezza dei Pazienti, lett. AS" e prot. n. 444600 del 28.06.2017, ad oggetto: "Adempimenti D.M. 11.12.2009 (SIMES), Flusso informativo anno 2016";

VISTO altresì:

- Che con delibera aziendale n. 1463 del 20.11.2015, viene adottato il Percorso Aziendale per il recepimento delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti – individuati i gruppi di lavoro ai quali viene affidato il compito di elaborare le procedure di che trattasi. Per quanto riguarda la Raccomandazione n. 16: **"Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita"** – nel gruppo di

lavoro viene individuato anche il Direttore U.O.C. Pediatria del P.O. Di Solofra, successivamente coordinatore dello stesso gruppo;

- Che con nota prot. nr. 20/QA dell'11.01.2016, ad oggetto: "Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti", trasmessa ai coordinatori dei gruppi di lavoro per l'attuazione del percorso di recepimento aziendale delle Raccomandazioni Ministeriali per la sicurezza dei pazienti, si comunica agli stessi la obbligatorietà dell'adozione ed implementazione delle Raccomandazioni Ministeriali per la prevenzione/riduzione del rischio clinico, richieste dal Ministero della Salute al tavolo LEA e quindi obiettivo delle Direzioni Generali Aziendali;
- Che nel mese di aprile 2016, il Direttore della U.O.C. Pediatria del P.O. Di Solofra invia al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, la procedura elaborata e dal titolo: **"Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita"**, sottoscritta da ciascun componente del gruppo di lavoro;
- Che in data 29 settembre 2017 ed a seguito di un processo di ulteriore revisione , il Direttore UOC Pediatria del P.O. di Solofra trasmette al Referente Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico la bozza definitiva della Procedura **"Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita"**;

RITENUTO pertanto:

Di adottare, nelle more di una nuova riorganizzazione aziendale, la **"Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita"**, procedura che è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità e che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

DATO ATTO CHE:

- Tutta la documentazione originale a supporto del presente atto è depositata e custodita presso le U.O.C. proponenti;

DICHIARATA la regolarità giuridico amministrativa della presente proposta di provvedimento, a seguito dell'istruttoria effettuata, nel rispetto delle proprie competenze, funzioni e responsabilità;

Tutto ciò premesso, argomentato ed attestato, il sottoscritto Direttore

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

L'adozione del presente provvedimento e, nello specifico:

1. L'adozione della **"Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita"**, che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;

Direttore UOC Pediatria

Dott. Felice Nunziata

Direttore U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico

Dott. Lucio Visconti

IL DIRETTORE GENERALE

dell'Azienda Sanitaria Locale Avellino, Dott.ssa Maria Morgante, nominato con D.G.R.C. n. 427 del 27/07/2016 e immesso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.179 del 01/08/2016, coadiuvato dal Direttore Amministrativo dr. Ferdinando Memoli e dal Direttore Sanitario Dott.ssa Emilia Anna Vozzella ha adottato la seguente delibera:

Vista

la suesposta proposta del Direttore dell' U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico e del Direttore U.O.C. Pediatria del P.O. Di Solofra. avente ad oggetto: **"Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita"** (Raccomandazione n. 16 del Ministero della Salute). **ADOZIONE.**

Preso atto

- Dell'espressa dichiarazione di regolarità giuridico amministrativa resa dal Direttore dell' U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico e dal Direttore della U.O.C. Pediatria del P.O. di Solofra, a seguito della istruttoria dagli stessi effettuata e come dagli stessi attestato ed articolato;
- Di tutto quanto riportato nella proposta di delibera;

Ritenuto

Di prendere atto, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell' U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico e dal Direttore dell' U.O.C. Pediatria del P.O. di Solofra e sulla scorta ed in conformità della stessa;

Con i pareri favorevoli resi, alla luce di tutto quanto sopra riportato ed attestato, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo con la sottoscrizione della presente proposta di provvedimento;

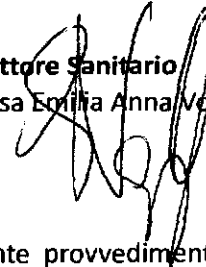
Il Direttore Amministrativo

Dr. Ferdinando Memoli



Il Direttore Sanitario

Dott.ssa Emilia Anna Vozzella



DELIBERA

- **di prendere atto**, quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, della suesposta proposta resa dal Direttore dell' U.O.C. Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico e dal Direttore dell' U.O.C. Pediatria del P.O. di Solofra e sulla scorta ed in conformità della stessa;
- **di adottare la "Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita" (Raccomandazione n. 16 del Ministero della Salute);** che, allegata al presente provvedimento, ne forma parte integrante e sostanziale;
- **di disporre** che la succitata Raccomandazione sia pubblicata sul sito web istituzionale, sezione Gestione Rischio Clinico, a cura del Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico, in maniera tale che ne sia data comunicazione a tutti i Direttori dei Presidi Ospedalieri, dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Unità Operative sanitarie complesse e semplici dipartimentali;
- **di incaricare** il Direttore della UOC Pediatria del P.O. di Solofra di monitorare semestralmente l'implementazione e l'osservanza della Raccomandazione Ministeriale da parte dell'intero personale sanitario;
- **di stabilire** che la Raccomandazione de quo è suscettibile di ulteriori rivisitazioni qualora se ne ravvisasse la necessità e/o la opportunità, valutate dal Direttore della UOC Pediatria del P.O. Di Solofra, dai Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri e dal Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico; comunque e di norma va fatta una revisione con cadenza almeno biennale;
- **di dare mandato** allo stesso Direttore UOC Pediatria del P.O. Di Solofra di organizzare – di concerto con il Responsabile della UOSD Formazione, specifici eventi formativi affinché tutti gli operatori sanitari coinvolti mantengano le appropriate conoscenze e abilità secondo i diversi profili professionali;
- **di inviare** la presente deliberazione ai sensi della normativa vigente al Collegio Sindacale, ai Direttori Sanitari dei tre Presidi Ospedalieri, al Direttore UOC Pediatria del P.O. di Solofra che provvederà a darne comunicazione a tutte le strutture pediatriche aziendali, al Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico che provvederà a darne comunicazione ai componenti del Team Aziendale per la Gestione del Rischio Clinico, ai Direttori di Dipartimento e di Distretto, attraverso la pubblicazione della Raccomandazione nella sezione dedicata del sito istituzionale dell'Azienda ed alla GRC Direzione Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del Sistema Sanitario Regionale con invio a mezzo mail.

Il Direttore Generale

Dr.ssa Maria Morgante




	REGIONE CAMPANIA AZIENDA SANITARIA LOCALE AVELLINO PP.OO. " S. Ottone Frangipane " Ariano Irpino "Landolfi" Solofra "Criscuoli" S. Angelo dei Lombardi	
	Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 gr non correlata a malattia congenita	Data di emissione 26/09/2017 I Revisione Novembre 2017
		Pag. 1 di 9

RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE PER LA SICUREZZA DEI PAZIENTI

INDICE

1. Introduzione	pag. 2
2. <i>Scopo</i>	pag. 2
3. Obiettivi specifici	pag. 3
4. Ambiti di applicazione	pag. 3
5. Definizioni e abbreviazioni	pag. 3
6. Modalità operative	pag. 4
6.1 Definizione del Team del punto di nascita	pag. 4
6.2 Valutazione del rischio	pag. 4
6.3 Utilizzo e implementazione di procedure e percorsi assistenziali	pag. 5
6.4 Orientamento/inserimento per il nuovo personale	pag. 5
6.5 Utilizzo dei servizi di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza	pag. 6
6.6 Partogramma	pag. 8
6.7 Assistenza neonato in sala parto e nel periodo peripartum	pag. 8
6.8 Criteri per il trasferimento della madre e del neonato	pag. 10
6.9 Identificazione del neonato e della coppia madre – figlio	pag. 10
6.10 Documentazione clinica	pag. 11
6.11 La comunicazione interprofessionale	pag. 11
6.12 La comunicazione con la persona assistita	pag. 11
6.13 Formazione	pag. 12
6.14 Segnalazione dell'evento sentinella/ avverso/ near miss	pag. 12
7. Indicatori	pag. 12
8. Revisione (Cadenza)	pag. 13
9. Flussi di distribuzione	pag. 13
10.	

Stesura Dott. Felice Nunziata 	Verifica Direttore Sanitario P.O. Ariano Irpino Dott. Oto Savino Direttore Sanitario P.O. Solofra Dott. Francesco Guerriero Direttore Sanitario P.O. S. Angelo dei Lombardi Dott. Angelo Frieri Direttore UOC Qualità e Accreditamento/Rischio Clinico Dott. Lucio Visconti	Approvazione e autorizzazione emissione Direttore Sanitario Aziendale Dott.ssa Emilia Anna Vozzella Direttore Generale Dr.ssa Maria Morgante		
Data	Visto	Data	Visto	Visto
26/09/2017	Firmato in originale	26/09/2016	Firmato in originale	Firmato in originale
I Revisione novembre 2017				

1. INTRODUZIONE

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.

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 gravidanza 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 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. 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.

2. SCOPO

L'ospedale "Landolfi" di Solofra e il "Sant'Ottone Frangipane" di Ariano Irpino sono Punti Nascita di I LIVELLO (500 – 1000 parti/anno) come stabilito dalla Conferenza unificata Stato-Regioni del 16 dicembre 2010, poi pubblicata come documento nel 2011.

L'Unità di Ostetricia assiste 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.

L'Unità di Pediatria /Neonatologia assiste neonati sani con patologia che non richiedano ricovero presso terapia intensiva neonatale (TIN).

Lo scopo di questa procedura è quello di consentire l'applicazione delle 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.

3. 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;
 - malattia trombo embolica;ù
 - morte da anestesia;
 - 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)
6. garantire la corretta rianimazione del neonato.

4. AMBITI DI APPLICAZIONE

La procedura 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 ed è rivolta ai Responsabili delle Unità operative del Dipartimento Materno-Infantile e "Blocco Parto" e a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza delle donne in gravidanza, in travaglio-parto e dei loro neonati.

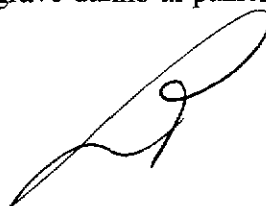
5. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

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 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 abbiano 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.

6. MODALITÀ OPERATIVE

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.

6.1 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.


Tutto questo, al fine di aumentare la sicurezza e ridurre la probabilità di eventi avversi, viene costantemente sorvegliato e misurato dal coordinatore del punto nascita per evidenziarne i punti .

6.2 Valutazione del rischio

La valutazione del profilo di rischio della donna viene effettuata sin dalla prima visita ambulatoriale a cui la donna si sottopone e per tutta la durata del ricovero sino alla dimissione, in modo sistematico e dinamico, senza comunque mai sostituire un'adeguata e continuativa sorveglianza della donna e del feto.

La valutazione avviene sulla base di criteri biologici, sociali, psicologici, condivisi dall'equipe assistenziale (medico ginecologo, ostetrica, neonatologo, anestesista ed eventuali altri specialisti coinvolti nell'assistenza alla donna) ed accuratamente riportati nella documentazione clinica.

La corretta valutazione del rischio della donna in occasione del travaglio, del parto e del puerperio rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze.



6.3 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.

Le UU.OO.CC. Ostetricia e Ginecologia, Pediatria/Neonatologia, Anestesia e rianimazione, sono dotate dei seguenti 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:

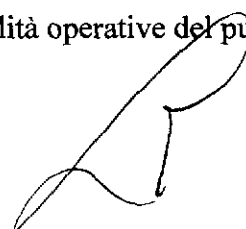
- Istruzione Operativa (I.O. di assistenza al travaglio e parto vaginale);
- lettura del tracciato cardiocografico;
- compilazione del partogramma;
- applicazione della check list di sala parto;
- applicazione check list di preparazione della sala parto;
- Procedura parto vaginale in situazioni "a rischio";
- parto vaginale dopo taglio cesareo;
- conduzione della sofferenza fetale in travaglio;
- conduzione dell'oligoidramnios a termine: presenza di un AFI < a 50 mm.;
- criteri per definire la sofferenza fetale;
- Modalità' del parto prematuro;
- Ritardo di crescita intrauterino;
- Istruzione operativa per la gestione della distocia di spalla;
- Istruzione operativa per la prevenzione e trattamento dell'emorragia del post partum;
- Istruzione operativa per il parto cesareo;
- applicazione check list di sala operatoria (fare check list);
- Istruzione operativa per la prevenzione della mortalità materna dovuta ad anestesia;
- Istruzione operativa per la prevenzione/trattamento della malattia tromboembolica;
- Istruzione operativa per la gestione della sepsi ospedaliera;
- Istruzione operativa per la prevenzione/trattamento della sepsi;
- Istruzione operativa Ipertensione e gravidanza;
- Istruzione operativa per la gestione/trattamento della Help Sindrome;
- Istruzione operativa Diabete in gravidanza;
- Istruzione operativa per il trattamento della minaccia di parto prematuro e del trasferimento in utero;
- 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;
- Indicazioni per l'esame istologico della placenta e del cordone ombelicale;
- Percorso clinico assistenziale Parto indolore (pubblicato sul Portale Aziendale area Percorsi clinici);

Le procedure/istruzioni operative per le diverse fasi dell'assistenza all'interno del punto nascita, vengono condivise e utilizzate da tutte le professionalità coinvolte.

La sensibilizzazione al loro utilizzo da parte degli operatori avviene attraverso incontri di formazione ed informazione di cui viene tracciata evidenza.

6.4 Orientamento/inserimento per il nuovo personale.

Tutto il personale deve venire 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 e al Coordinatore del punto nascita che devono documentarne il percorso nel relativo fascicolo.

6.5 Utilizzo dei servizi di rianimazione cardiopolmonare d'urgenza

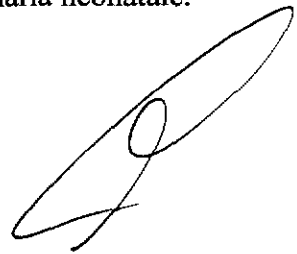
La possibilità di attuare tempestivamente manovre rianimatorie impreviste, deve essere assicurata tramite:

- 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.

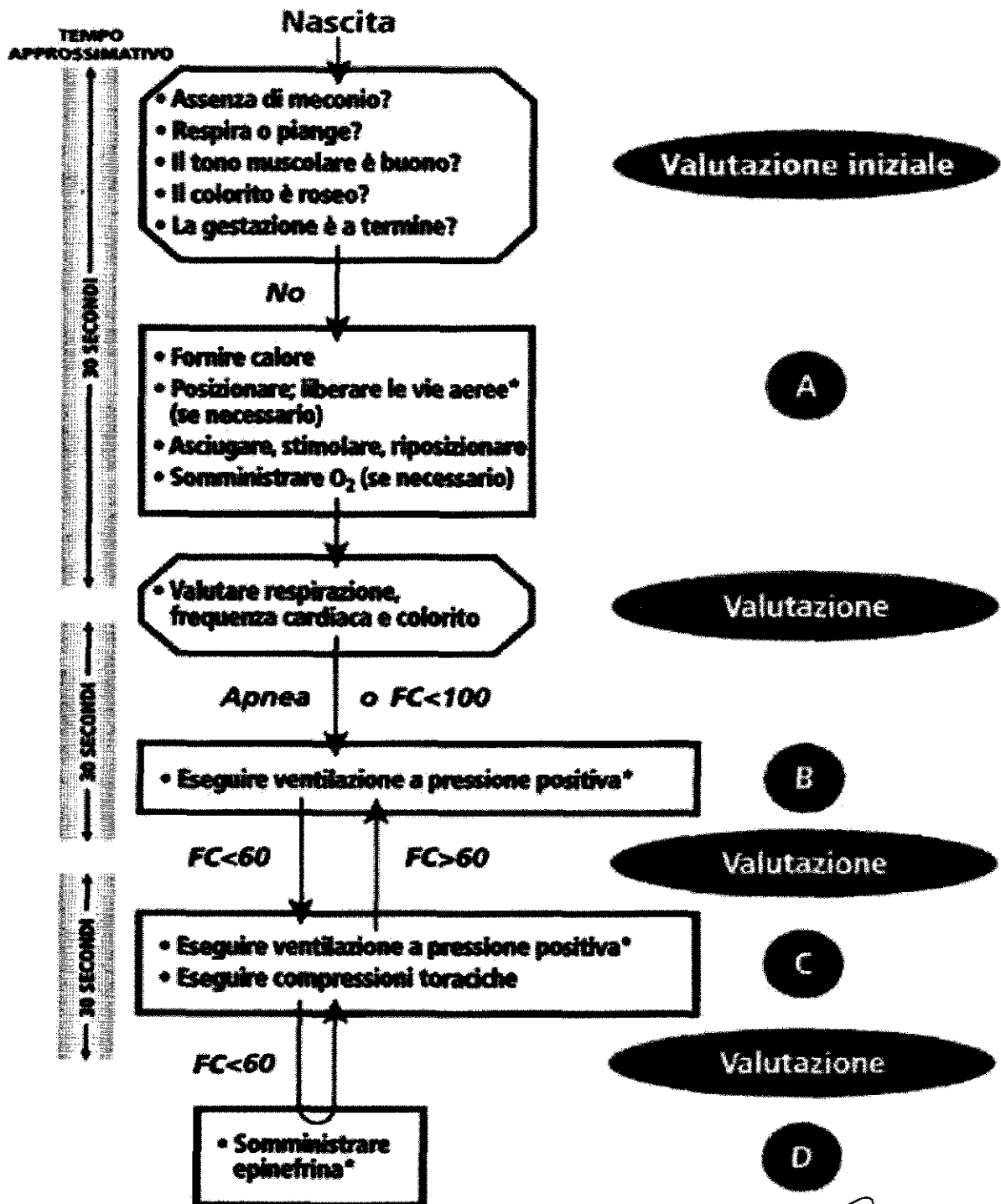
I protocolli da utilizzare in caso di rianimazione materna e neonatale devono essere formalizzati e condivisi da tutti gli operatori sanitari del Punto nascita che devono essere puntualmente informati sugli aggiornamenti.

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

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.



ALGORITMO RIANIMAZIONE NEONATALE



6.6 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.

6.7 Assistenza neonato in sala parto e nel periodo peripartum

• *PROCEDURA DELLA PREPARAZIONE DELL'ISOLA NEONATALE PER L'ACCOGLIMENTO DEL NEONATO EFFETTUATA DALL'INFERMIERA PEDIATRICA:*

1. Premere l'interruttore "ON" posto dietro l'apparecchio;
2. Selezionare la temperatura con il pulsante manuale – freccia rivolta verso l'alto;
3. Premere due volte il pulsante "OK"
4. Porre i panni spugna sotto il pannello radiante;
5. Verificare il funzionamento del sistema di aspirazione;
6. Verificare il funzionamento del sistema di erogazione dell'ossigeno: aprendo la valvola del flussometro deve fuoriuscire l'ossigeno e gorgogliare l'acqua distillata contenuta nell'umidificatore;
7. Verificare il collegamento del flussometro all'ambu pediatrico attraverso il tubo connettore;
8. Verificare la tenuta dell'ambu pediatrico provvisto di reservoir e di filtro, appoggiare una mano sull'imbocco dell'ambu in modo da evitare la fuoriuscita dell'aria, con l'altra mano esercitare 2-3 pressioni decise al pallone, la valvola di sfiato deve salire verso l'alto;
9. Controllare che siano a disposizione:
 - Sondini da aspirazione ch 8, ch 10, fr 06;
 - Maschera laringea neonatale;
 - Maschere oro facciali neonatali di varie misure;

• *PROCEDURA ASSISTENZIALE DEL NEONATO NON PATOLOGICO EFFETTUATA DAL PEDIATRA/NEONATOLOGO*

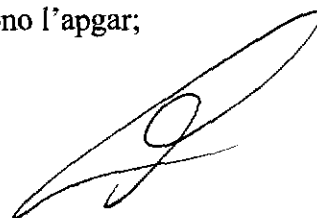


• *PROTOCOLLO ACCOGLIENZA DEL NEONATO IN SALA PARTO SUBITO DOPO LA NASCITA*

1. Valutazione immediata delle condizioni del bambino (respirazione, reattività, colorito, tono muscolare, riflessi, frequenza cardiaca);
2. Valutazione complessiva dello stato generale e dell'anatomia (presenza di malformazioni evidenti, valutazione della pervietà delle coane, valutazione della pervietà dell'esofago).

Le manovre da eseguire sono le seguenti:

1. Immediatamente dopo il parto il neonato va posto sull'isola neonatale ed asciugato con dei panni caldi per evitare la perdita di calore;
2. Si allontanano i panni bagnati;
3. Si esegue la pulizia delle vie aeree mediante aspirazione con un sondino nella bocca e nel naso;
4. Il neonato va posto con la testa rivolto verso l'ostetrica che rivolge la testa verso destra ed aspira in modo continuato il vestibolo della bocca;
5. Il Pediatra pone un dito in bocca per verificare se c'è labio - palato - schisi, mette la testa del bambino in posizione tale da allineare la faringe posteriore, la laringe e la trachea, per mantenere la posizione può posizionare un telo arrotolato sotto le spalle, elevandole di 2 - 3 cm dal materassino;
6. Inizia a introdurre il sondino attraverso il naso per verificare la pervietà delle coane, prima a destra e poi a sinistra;
7. Molto importante quando si introduce il sondino, questo non deve essere in aspirazione;
8. Si introduce prima il sondino a destra, se si passa si arriva fino all'ipo - faringe, senza mai scendere al di sotto della radice linguale (dato che un'eventuale stimolazione dell'epiglottide potrebbe introdurre riflesso vagale e dare arresto respiratorio) e poi si aspira ad intermittenza;
9. Si introduce il sondino a sinistra, e se si passa, si cerca di arrivare fino all'esofago, per verificare la sua pervietà, aspirando sempre in modo intermittente;
10. Si rileva il battito cardiaco del bambino ponendo due dita nel moncone del cordone ombelicale, si conta per sei secondi, poi si moltiplica per dieci;
11. La frequenza cardiaca ideale è uguale o maggiore a 120, al di sotto di tale valore si devono mettere in atto le procedure rianimatorie;
12. Si osserva il colorito del bambino, che può essere roseo, roseo - pallido oppure cianotico;
13. Se il neonato respira autonomamente ma presenta cianosi centrale si deve somministrare ossigeno a flusso libero a circa 5 l/min;
14. A seconda della validità degli atti respiratori e del pianto si provvede successivamente ad una stimolazione tattile che consiste nel massaggio della colonna vertebrale. Questo movimento stimola, per riflesso, il gruppo muscolare paravertebrale e i muscoli estrinseci della gabbia toracica, inducendo l'inspirazione;
15. Per il liquido alveolare, invece, l'eliminazione avviene in modo passivo dato che è sufficiente mettere il bambino a pancia in giù e praticare un delicato ma deciso massaggio dalla base del torace verso gli apici;
16. Per quanto riguarda la reattività, questa viene constatata mediante evocazione del riflesso di prensione, di suzione e del riflesso di Moro (quest'ultimo è molto importante e si sollecita facilmente sollevando i piedini e poi lasciandoli andare all'improvviso: la risposta è un allargamento delle braccia del bambino. La simmetria del riflesso e l'eventuale presenza di tremori dicono molto sullo stato neurologico del bambino);
17. In merito al tono muscolare, l'osservazione è importante. Un bambino normale conserva la sua posizione accoccolata e il tentativo di stendere gli arti incontra una notevole resistenza.
18. Tutte queste manovre vengono fatte al 1° e 5° minuto e forniscono l'apgar;



19. Poi si osserva il neonato per vedere se presenta eventuali imperfezioni evidenti, morfologia del volto, atteggiamento degli arti, eventuale presenza di labio – palato – schisi, valutazione dei genitali e della colonna vertebrale, ecc... ;

20. Si applica il cord clamp sul cordone ombelicale lasciando almeno 2 cm di spazio dalla cute;

21. Se il neonato alla fine di tutte le manovre risulta essere in buona salute, si passa alla sua identificazione applicando il braccialetto identificativo madre-bambino;

22. Si pesa il neonato;

23. Si misura la lunghezza;

24. Al termine di tutte queste manovre si avvolge il neonato in panni caldi e lo si tiene nella termoculla per circa due ore vigilando sul suo stato di salute attraverso la monitorizzazione dei parametri vitali.

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 postpartum) 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.

Sono disponibili procedure formalizzate per la gestione del neonato a rischio di patologia che prevedono:

- 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 all'esterno del Punto nascita (vedi procedura aziendale per la gestione del trasferimento intra ed extraospedaliero del paziente).

Viene prevista la possibilità di eseguire il pH da sangue del funicolo e, 24 ore su 24, emogasanalisi, ematocrito, glicemia; ed è assicurata l'esecuzione di indagini radiologiche 24 ore su 24.

6.8 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 nel documento "procedura per la gestione del trasferimento intra ed extra ospedaliero del paziente", disponibile per la consultazione anche presso il punto nascita.

6.9 Identificazione del neonato e della coppia madre-figlio.

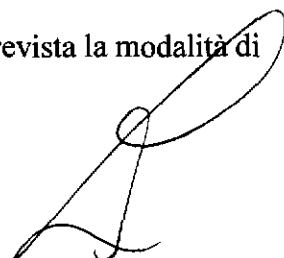
Frequentemente lo scambio di un paziente con un altro è potenziale causa di errori. In sala parto è indispensabile attivare quei meccanismi che garantiscono oltre alla corretta identificazione di madre e neonato anche il loro sicuro e stabile abbinamento.

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.



6.10 Documentazione clinica

Tutte le informazioni colte sono gli elementi di base per una adeguata pianificazione delle cure necessarie e devono essere riportate 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" pubblicato sul portale Aziendale, area Percorsi Clinici.

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/pediatrica devono essere registrate in cartella clinica. Ogni annotazione sulla cartella clinica deve riportare data, ora e firma.

6.11 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.. Le riunioni dovranno essere corredate di un verbale da conservare presso le UU.OO. ed inviato per conoscenza alla UO di Risk Management.

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.

6.12 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

6.13 Formazione

Il piano di formazione aziendale deve prevedere un training specifico per il personale coinvolto in attività assistenziali in corso di travaglio, parto e puerperio con riferimento all'importanza dei fattori di rischio e alla qualità della documentazione clinica per la prevenzione della mortalità materna. E' di fondamentale importanza che la formazione del personale per la gestione della donna assistita in emergenza venga prevista nell'ambito dell'aggiornamento continuo di tutto il personale sanitario potenzialmente coinvolto. La responsabilità della formazione degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza del percorso nascita, è in carico ai Responsabili delle rispettive UU.OO. e al Coordinatore del Punto nascita che deve monitorare la realizzazione del programma formativo.

6.14 Segnalazione dell'evento sentinella/avverso/near miss

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

A seguito di quest'ultimo il gruppo di audit compila la scheda B che viene trasmessa con i risultati dell'analisi e le azioni emerse, al SIMES, a cura del Risk Management, 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.

7. INDICATORI

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

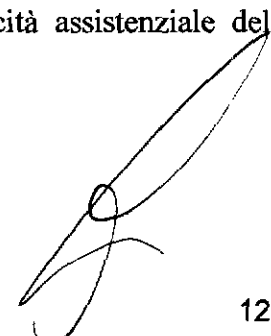
- Numero neonati con APGAR < 5 a 5' / anno

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

- Numero neonati rianimati/anno

(Indica la coerenza tra il livello assistenziale dichiarato e quello effettivo).

- 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).

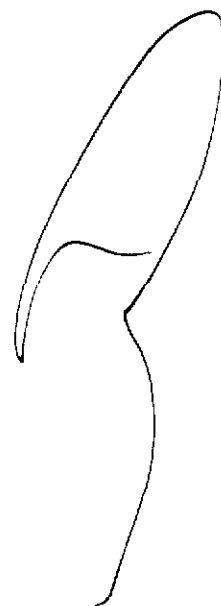
- Mortalità neonatale annuale
- Mortalità neonatale intra partum
- Mortalità neonatale precoce.

8. REVISIONE (CADENZA)

La presente procedura sarà aggiornata in base alle evidenze emerse, nuovi riferimenti legislativi, modifiche organizzative ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

9. FLUSSI DI DISTRIBUZIONE

La presente procedura è diffusa a tutti i responsabili delle UU.OO. coinvolte che devono diffonderne la conoscenza a tutti gli operatori del reparto.



Esecutiva in data _____

INVIO AL COLLEGIO SINDACALE

Prot. n. 2752 del 27 DIC. 2017

*Il Responsabile Ufficio
Delibere e Determine*

Storoli