
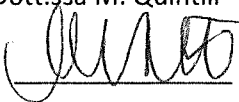
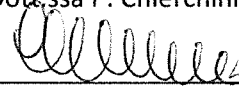
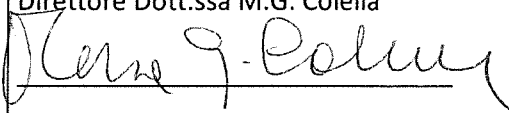
 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	Regione Lazio Asl Roma 1 Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dir. Dott.ssa M. G. Colella	
	Raccomandazione n° 16 del Ministero della Salute Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita.	4 A PRO 02 Rev. n. 3 Data 14/07/2023 Pag. 1 di 51

REV.	DATA	REDAZIONE	VERIFICA	APPROVAZIONE
0	01/07/2016	<i>Gruppi di lavoro aziendali di cui alle delibere: Rm A: 223/CS del 09/04/2015 e 529/CS del 03/08/2015 Rm E: 637 del 06/08/2015</i>	UOC Risk Management Aziendale Dott.ssa M. Quintili CPSE M. Carrara UOS Rischio Clinico Dott. A. Bossi Dott.ssa S. Greghini	Risk Manager Dott.ssa M. Quintili
1	17/01/2019	Gdl	UOC SPRM Dott.ssa M. Quintili UOC SPRM PO Dott.ssa S. Greghini	Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Chierchini Direttore UOC SPRM Dott.ssa M. Quintili Dip. Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Prof. P. Saccucci
2	27/02/2023	Gdl	UOC SQRM Dott.ssa M. Quintili UOC SQRM	Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Chierchini Dip. Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dott.ssa M.G. Colella
3	14/07/2023	Gdl	UOC SQRM Direttore Dott.ssa M. Quintili 	Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Chierchini  Dip. Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Direttore Dott.ssa M.G. Colella 

INDICE

1.	PREMESSA.....	4
2.	OBIETTIVI	4
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	4
4.	ABBREVIAZIONI.....	4
5.	DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ.....	4
5.1	FASE PRENATALE.....	4
5.2	PERCORSO NEONATALE	5
5.2.1	Fase 1 del percorso neonatale Ospedale San Filippo Neri.....	5
5.2.2	Fase 1 del percorso neonatale Ospedale San Filippo Neri: taglio cesareo	7
5.2.3	Fase 1 del percorso neonatale Ospedale S. Spirito: parto spontaneo.....	9
5.2.4	Fase 1 del percorso neonatale Ospedale S. Spirito: taglio cesareo	10
5.2.5	Identificazione della coppia madre/neonato.....	11
5.2.6	Fase 2 del percorso neonatale: Rooming in.....	11
5.2.7	Fase 3 del percorso neonatale: dimissione	13
5.2.8	Fase 4 del percorso neonatale: prima visita post-dimissione	13
5.3	Assistenza al neonato al rischio	14
5.4	Segnalazioni eventi sentinella - morte neonatale	14
6.	PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI	15
6.1.	Audit.....	15
7.	RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA	15
8.	RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI	15
9.	CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI	17
10.	RESPONSABILITÀ.....	17
10.1	Matrice di Responsabilità	18
11.	ALLEGATI.....	18
13.	DOCUMENTI DI RIFERIMENTO INTERNI	18

Gruppo di Lavoro:

Presidio Ospedaliero S. Filippo Neri

Nominativo	Funzione
Maria Giovanna Colella	Direttore Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Direttore UOC Neonatologia P.O. San Filippo Neri e S. Spirito
Marina Marceca	Direttore f.f. UOC Ostetricia. e Ginecologia P.O. S. Filippo Neri
Laura Ligi	Dirigente Medico UOC Neonatologia P.O San Filippo Neri
Maria Clara D'Alessio	Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. S. Filippo Neri
Assunta Fabi	Funzione di Coordin. Infermieristica UOC Neonatologia PO San Filippo Neri
Alessandra Zannetti	Funzione di Coordin. Ostetrico Reparto Ost. e Gin. e ambulatori PO S. Filippo Neri
Anna Troiano	Funzione di Coordin. Blocco Parto e PMA PO San Filippo Neri
Iolanda Rinaldi	F.O. Gestione Assistenza Ostetrica
Jessica Corrias	Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. S. Filippo Neri
Oana Nicoleta Marginean	Infermiera UOC Neonatologia P.O. S. Filippo Neri

Presidio Ospedaliero S. Spirito

Nominativo	Funzione
Roberto Marzilli	Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Santo Spirito
Maristella Campelli	Dirigente Medico UOC Neonatologia P.O. Santo Spirito
Gabriella Fatigante	Dirigente Medico UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Santo Spirito
Vito Barnaba	Referente Coordinatore Infermieristico UOC Neonatologia PO Santo Spirito
Libera Radatti	Referente Coordinatrice Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia PO Santo Spirito
Enza Maffei	Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia P.O. Santo Spirito
Carmela Veracchi	Infermiera UOC Neonatologia P.O. Santo Spirito

UOC Sicurezza Qualità e Risk Management: Dirigente medico Dott. A. Bossi- F.O. Inf. Dott.ssa S. Greghini

1. PREMESSA

Nel nostro Paese, 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 che la morte del neonato e la disabilità permanente che occorrono 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. L'attuale procedura rappresenta la revisione 2 della Procedura 16.

2. OBIETTIVI

- Prevenire gli eventi avversi gravi quali la morte o la disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita, laddove evitabili.
- Uniformare il comportamento di tutti gli operatori coinvolti nel percorso nascita dei P.O. Santo Spirito e San Filippo Neri alla luce delle indicazioni contenute nella Raccomandazione ministeriale n. 16 e il documento di indirizzo regionale - Determina n. G09765 del 31/07/2018.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è destinata al personale medico, ostetrico, infermieristico e ausiliario del Pronto Soccorso Ostetrico, del Blocco Parto, dell'UO di Neonatologia e di Ostetricia dei Presidi Ospedalieri della ASL Roma 1- Santo Spirito e San Filippo Neri.

4. ABBREVIAZIONI

P.O. Presidio Ospedaliero

U.O. Unità Operativa

U.O.C. Unità Operativa Complessa

TIN Terapia Intensiva Neonatale

STEN Servizio di Trasporto Neonatale

TC Taglio Cesareo

5. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITÀ

5.1 FASE PRENATALE

La presenza di determinati fattori e/o condizioni cliniche in fase prenatale possono aumentare il rischio di mortalità e morbosità nella madre e nel bambino. 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 le complicanze e migliorare gli esiti per la madre e per il bambino.

Al momento dell'accettazione ostetrica la donna viene valutata dal ginecologo e dall'ostetrica utilizzando la scheda di valutazione del rischio gestazionale (Allegato 1)

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.

Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita.	4 A PRO 02	Rev.3 del 4/07/2023	Pag. 4 di 51
--	------------	---------------------	--------------

L'equipe (ginecologo-neonatalogo-ostetrica) comunica alla donna / coppia genitoriale la condizione di rischio riscontrata.

La donna viene 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 assistenziale del Punto Nascita. La comunicazione deve essere comprensibile e orientata a stimolare la partecipazione attiva al programma di assistenza e cura.

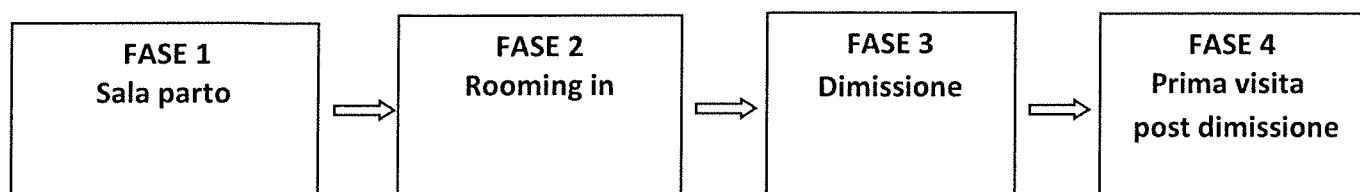
Le azioni assistenziali vengono documentate in:

- Cartella clinica di Ostetricia
- Cartella Ambulatoriale Territoriale Ospedaliera
- Documentazione inerente il decorso della gravidanza
- Cartella anestesiologicala
- Cartella neonatale
- Cartella neonatale integrata ostetrico-infermieristica (P.O. San Filippo Neri)
- Schede uniche di terapia ostetrica e neonatale
- Check-list operatoria

5.2 PERCORSO NEONATALE

Secondo l'implementazione della raccomandazione Ministeriale n°16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi della Regione Lazio (Determinazione 31 luglio 2018, n. G09765) il percorso neonatale viene suddiviso in fasi, al cui interno sono individuate le attività di cui bisogna obbligatoriamente produrre evidenza nella documentazione sanitaria, in tutti i contesti organizzativi che erogano assistenza neonatale.

Le fasi in cui è stato suddiviso il percorso neonatale sono le seguenti:



Le modalità assistenziali della FASE 1 sono differenziate presso i due punti nascita S. Filippo Neri e S. Spirito, in relazione alle esigenze organizzative e strutturali.

5.2.1 Fase 1 del percorso neonatale Ospedale San Filippo Neri

La Fase 1 del percorso neonatale presso l'ospedale San Filippo Neri, in caso di parto spontaneo, prevede la seguente istruzione operativa:

- a) L'Ostetrica e/o il Neonatologo controllano la completezza e l'efficienza dell'isola neonatale e del carrello di emergenza come da check-list (Allegati 2a).
- b) L'Ostetrica e/o l'Infermiera di sala parto attiva la chiamata del Neonatologo di turno, tramite il cercapersone (-7841 diurno; -7842 notturno) e/o il numero fisso dell'U.O. Neonatologia (int. 2455-2227).

- c) Il Neonatologo acquisisce le informazioni cliniche e anamnestiche del caso dall'ostetrica che ha seguito la donna durante il travaglio e dalla documentazione sanitaria della cartella ostetrica e le riporta sulla cartella neonatale.
- d) Il Neonatologo è presente al parto
- e) L'Ostetrica ed il Neonatologo valutano la reattività del neonato alla nascita
- f) Il Neonatologo, o in sua assenza l'Ostetrica, assegna il punteggio di APGAR

Se le condizioni cliniche del neonato lo permettono e/o non sussistono controindicazioni:

- g) L'Ostetrica asciuga il neonato e lo pone nudo in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita (vedi Documento "Protocollo pelle a pelle")
- h) L'Ostetrica assicura un ritardato clampaggio del cordone ombelicale, attendendo che il bambino, posizionato sull'addome o sul seno materno, abbia iniziato a respirare e che il cordone abbia smesso di pulsare (*Riferimento SIN – Standard organizzativi per l'assistenza perinatale, 2021*)
- i) L'Ostetrica rispetta comunque l'eventuale volontà della donna e/o della coppia genitoriale di ritardare ulteriormente il clampaggio sino al secondamento, riportandone evidenza in cartella clinica.
- Per il neonato late preterm (34 W - 37 W) il clampaggio del cordone ombelicale viene effettuato dopo almeno 30 secondi di vita, durante i quali si deve garantire il mantenimento della temperatura corporea e assicurare la pervietà delle vie aeree
- In assenza di attività respiratoria spontanea, è raccomandato asciugare e stimolare 2-3 volte il dorso per favorire l'avvio del respiro spontaneo prima del clampaggio, posizionando il capo in modo da assicurare la pervietà delle vie aeree e clampare il cordone qualora il neonato continui a non respirare
- Si raccomanda clampaggio immediato del cordone ombelicale nel neonato che necessiti di rianimazione immediata
- j) L'Ostetrica identifica, tramite braccialetto numerato, la coppia neonato-mamma (paragrafo 5.2.5)
- k) L'Ostetrica provvede al prelievo per la determinazione di emogruppo da cordone ombelicale
- Il contatto necessita di non essere interrotto; fatto salvo motivazioni cliniche, le pratiche di routine devono essere rimandate.
- Si raccomanda di effettuare il contatto "Pelle a pelle" per almeno un'ora, salvo diverse indicazioni del Neonatologo che ne riporta evidenza in cartella clinica
- l) Il Neonatologo, cogliendo il momento più appropriato, informa i genitori sul percorso assistenziale e le cure offerte al neonato e ne acquisisce il consenso o dissenso (Allegati 4):
 - profilassi
 - screening neonatali raccomandati
 - approfondimento diagnostico laboratoristico e/o strumentale se necessario
 - prevenzione delle cadute accidentali
 - raccomandazioni per la prevenzione della SUPC e la sicurezza del neonato in regime di rooming in
- m) L'Ostetrica sorveglia le condizioni del neonato e compila la "scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita" (Allegato 3)
- n) A due ore di vita l'Ostetrica di sala parto rileva i parametri vitali (Sat.O2, la FC, e TC) e ne riporta evidenza nella cartella integrata ostetrico- infermieristica neonatale.
- o) L'Ostetrica trasporta in condizioni di eutermia il neonato, in culla aperta se vestito, in incubatrice da

trasporto se nudo, presso la stanza di degenza ostetrica e consegna la cartella neonatale integrata ostetrico-infermieristica all' infermiera della neonatologia per la presa in carico assistenziale (vedi documento allegato "Cartella integrata ostetrico- Infermieristica neonatale")

- la cartella integrata ostetrico-infermieristica viene custodita nel casellario apposito in medicheria di degenza ostetrica
- p) L'Infermiera della Neonatologia, prende visione delle informazioni riguardanti il neonato dall'ostetrica e dalla "scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita" (allegato 3)
- q) l'infermiera di Neonatologia effettua le profilassi di legge e la rilevazione dei parametri vitali (sat. O2, la FC e TC), la misurazione di BT, HT e glicemia (Destrostick) entro le 4 ore dalla nascita, salvo diversa prescrizione medica.
- r) L'Infermiera della Neonatologia presso la stanza di degenza ostetrica, previa verifica del consenso dei genitori, ostetrica effettua entro le 4 ore dalla nascita, salvo diversa prescrizione medica:
 - profilassi di legge (somministrazione di Vitamina K e collirio e/o pomata oftalmica, ove indicata)
 - misurazione BT, HT e destrostick
- s) Il Neonatologo visiona i valori della glicemia, BT e HT, valuta l'adattamento cardio-respiratorio, la saturazione di O2, la stabilità termica e definisce il percorso assistenziale neonatale.

5.2.2 Fase 1 del percorso neonatale Ospedale San Filippo Neri: taglio cesareo

- a) L'Ostetrica e/o l'Infermiera di sala parto attiva la chiamata del Neonatologo di turno, tramite il cercapersone (-7841 diurno; -7842 notturno) e/o il numero fisso dell'U.O. Neonatologia (int. 2455 - 2227).
- b) Il Neonatologo allerta l'infermiera di Neonatologia individuata per l'assistenza in sala parto mediante cercapersone n. 7854
- c) L'Ostetrica controlla la completezza e l'efficienza dell'isola neonatale e del carrello di emergenza come da check-list. (Allegati 2a).
- d) Il Neonatologo verifica l'operatività dell'isola neonatale, raccoglie e documenta l'anamnesi ostetrica sulla cartella neonatale.
- e) Se le condizioni cliniche del neonato lo permettono il clampaggio del cordone può essere differito di almeno 1 minuto.
 - Per il neonato *late preterm* (34 W - 37 W) il clampaggio del cordone ombelicale viene effettuato dopo almeno 30 secondi di vita, durante i quali si deve garantire il mantenimento della temperatura corporea e assicurare la pervietà delle vie aeree.
 - Durante il tempo del clampaggio differito il neonato viene asciugato e coperto con telo sterile e può essere posto tra le gambe della madre oppure al lato della stessa assicurando la pervietà delle vie aeree.
 - Se il neonato non respira all'estrazione, asciugare e stimolare 2-3 volte il dorso per favorire l'avvio del respiro spontaneo prima del clampaggio, posizionando il capo in modo da assicurare la pervietà delle vie aeree, e clampare il cordone qualora non continui a respirare.
 - Si raccomanda clampaggio immediato del cordone ombelicale nel neonato che necessiti di rianimazione immediata, come da procedure di rianimazione neonatale consolidate.
- f) L'Ostetrica provvede al prelievo per determinazione di emogruppo da cordone ombelicale;
- g) L'Ostetrica identifica, tramite braccialetto numerato, la coppia neonato-mamma (paragrafo 5.2.3)

- h) Il Neonatologo assistito dall'Ostetrica/infermiera di Neonatologia per le procedure post-nascita visita il neonato e, se le condizioni cliniche lo permettono, appena possibile, secondo il desiderio e le condizioni cliniche della madre, l'ostetrica promuove il contatto precoce pelle a pelle e l'avvio dell'allattamento al seno nelle due ore dopo il parto, come per il parto spontaneo (vedi Documento "Protocollo pelle a pelle"):
- i) Il contatto pelle a pelle avviene preferibilmente fra madre e neonato, ma nelle situazioni in cui la madre non sia disponibile, per condizioni cliniche o per scelta, il secondo genitore rappresenta un valido sostituto per avviare il contatto.
- j) L'Ostetrica promuove il contatto pelle a pelle genitore-neonato presso i locali della sala parto, sorveglia le condizioni del neonato e compila la "scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita" (Allegato 3)
- k) Il Neonatologo, cogliendo il momento più appropriato, informa i genitori sul percorso assistenziale e le cure offerte al neonato e ne acquisisce il consenso/dissenso (Allegati 4):
 - profilassi
 - screening neonatali raccomandati
 - raccomandazioni per prevenzione della SUPC e sicurezza del neonato in regime di rooming in
 - prevenzione delle cadute accidentali
 - screening per la valutazione del disagio emotivo della madre nel periodo perinatale (Protocollo SAMEP)
- t) Il Neonatologo e il personale Ostetrico/infermieristico di Neonatologia trasportano il neonato presso il reparto di Neonatologia nei casi in cui il neonato non possa effettuare il contatto "pelle a pelle" con la madre e non sia presente il secondo genitore.
- u) L'Ostetrica sorveglia le condizioni del neonato e compila la "scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita" (Allegato 3)
- v) A due ore di vita l'Ostetrica di sala parto rileva i parametri vitali (Sat.O2, la FC, TC) e ne riporta evidenza nella cartella integrata ostetrico- infermieristica neonatale
- w) L'Ostetrica trasporta in condizioni di eutermia il neonato, in culla aperta se vestito, in incubatrice da trasporto se nudo, presso la stanza di degenza ostetrica e consegna la cartella neonatale integrata ostetrico-infermieristica all' infermiera della neonatologia per la presa in carico assistenziale (vedi documento allegato "Cartella integrata ostetrico- Infermieristica neonatale").
- x) L'Infermiera della Neonatologia, prende visione delle informazioni riguardanti il neonato dall'ostetrica e dalla "scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita" (allegato 3)
 - la cartella integrata ostetrico-infermieristica viene custodita nel casellario apposito in medicheria di degenza ostetrica
- y) L'Infermiera della Neonatologia, previa verifica del consenso dei genitori, presso la stanza di degenza ostetrica effettua:
 - profilassi di legge (somministrazione di Vitamina K e collirio e/o pomata oftalmica, ove indicata)
 - misurazione BT, HT e destrostick (salvo diversa prescrizione del Neonatologo)
- z) Il Neonatologo visiona i valori della glicemia, BT e HT, valuta l'adattamento cardio-respiratorio, la saturazione di O2, la stabilità termica e definisce il percorso assistenziale neonatale.

5.2.3 Fase 1 del percorso neonatale Ospedale S. Spirito: parto spontaneo

La fase della nascita al S. Spirito, in caso di parto spontaneo, prevede la seguente istruzione operativa:

- a) Ad ogni inizio turno di mattina, l'Infermiera di Neonatologia e l'ostetrica controllano la completezza dell'isola neonatale e del carrello di emergenza come da check list (Allegati 2b)
 - b) Il Neonatologo, almeno 10 minuti prima del parto, viene allertato dall'ostetrica e/o dall'infermiera della sala parto, tramite cercapersone al n° 7545; in caso di non risposta, tramite il numero fisso dell'UO Neonatologia (interno -2260)
 - c) Il Personale della sala parto accende l'isola neonatale
 - d) Il Neonatologo acquisisce le informazioni cliniche e anamnestiche del caso dall'ostetrica che ha seguito la donna durante il travaglio e dalla documentazione sanitaria della cartella ostetrica e le riporta sulla cartella neonatale
 - e) Il Neonatologo è presente al parto
 - f) L'Ostetrica ed il Neonatologo valutano la reattività del neonato alla nascita
 - g) Il Neonatologo, o in sua assenza l'Ostetrica, assegna il punteggio di APGAR
 - h) L'Ostetrica asciuga il neonato e lo pone nudo in contatto pelle a pelle con la madre immediatamente dopo la nascita (vedi Documento "Protocollo pelle a pelle")
 - i) L'Ostetrica assicura un ritardato clampaggio del cordone ombelicale, attendendo che il bambino, posizionato sull'addome o sul seno materno, abbia iniziato a respirare e che il cordone abbia smesso di pulsare (*Riferimento SIN – Standard organizzativi per l'assistenza perinatale, 2021*)
 - j) L'Ostetrica rispetta comunque l'eventuale volontà della donna e/o della coppia genitoriale di ritardare ulteriormente il clampaggio sino al secondamento, riportandone evidenza in cartella clinica
- Per il neonato late preterm (34 W - 37 W) il clampaggio del cordone ombelicale viene effettuato dopo almeno 30 secondi di vita, durante i quali si deve garantire il mantenimento della temperatura corporea e assicurare la pervietà delle vie aeree
- "In assenza di attività respiratoria spontanea, asciugare e stimolare 2-3 volte il dorso per favorire l'avvio del respiro spontaneo prima del clampaggio, posizionando il capo in modo da assicurare la pervietà delle vie aeree, e clampare il cordone qualora continui a non respirare"
- Si raccomanda clampaggio immediato del cordone ombelicale nel neonato che necessita di rianimazione immediata, come da procedure di rianimazione neonatale consolidate
- a) Il Neonatologo valuta le condizioni cliniche del neonato, in sala parto, mentre è posto sul grembo materno per il periodo dell'adattamento
 - b) Il Neonatologo visita il neonato e se le condizioni cliniche sono stabili lo affida alla sorveglianza delle altre figure (ostetrica e familiare o persona di fiducia) per proseguire il contatto Pelle a pelle
 - c) Si raccomanda di effettuare il contatto "Pelle a pelle" per almeno un'ora, salvo diverse indicazioni del Neonatologo che ne riporta evidenza in cartella clinica
 - d) Il Neonatologo, cogliendo il momento più appropriato, informa i genitori sul percorso assistenziale e le cure offerte al neonato e ne acquisisce il consenso o dissenso: (Allegato 4)
- profilassi
- screening neonatali raccomandati
- prevenzione delle cadute accidentali
- raccomandazioni per la prevenzione della SUPC e la sicurezza del neonato in regime di rooming in
- screening per la valutazione del disagio emotivo della madre nel periodo perinatale (Protocollo SAMEP)

- k) L'Ostetrica sorveglia le condizioni del neonato e compila la "scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita" (Allegato 3) durante la permanenza dello stesso in sala parto
- l) Dopo il Pelle a pelle, il Personale di sala parto trasporta il neonato tramite culla aperta, presso "l'area Nido" della Neonatologia accompagnato dal secondo genitore
- m) L'Infermiera neonatale, presso l'area Nido della Neonatologia, effettua le profilassi di legge e gli esami di routine e la valutazione dei parametri vitali, previa verifica del consenso dei genitori:
 - somministrazione di Vitamina K e collirio e/o pomata oftalmica,
 - rilevazione di temperatura corporea, saturazione di ossigeno, frequenza cardiaca
 - misurazione BT, HT e destrostic
- n) Il neonatologo visiona i valori della glicemia, BT e HT, valuta l'adattamento cardio-respiratorio, la saturazione di O₂, la stabilità termica e definisce il percorso assistenziale neonatale.

5.2.4 Fase 1 del percorso neonatale Ospedale S. Spirito: taglio cesareo

La fase della nascita al S. Spirito, in caso di taglio cesareo, prevede la seguente istruzione operativa:

- a) L'ostetrica e l'infermiere neonatale controllano la completezza dell'isola neonatale e del carrello di emergenza come da check list, ad ogni inizio turno di mattina. (Allegati 2b).
- b) Il neonatologo e l'infermiera della neonatologia vengono chiamati, dall'ostetrica e/o dall'infermiera della sala parto, tramite cercapersone al n° 7545 e tramite il numero fisso dell'UO di Neonatologia (int. 2260).
- c) Il personale della sala parto accende l'isola neonatale.
- d) Il neonatologo raccoglie e documenta l'anamnesi ostetrica sulla cartella neonatale.
- e) Se le condizioni cliniche del neonato lo permettono il clampaggio del cordone può essere differito di almeno 1 minuto.
 - Per il neonato *late preterm* (34 W - 37 W) il clampaggio del cordone ombelicale viene effettuato dopo almeno 30 secondi di vita, durante i quali si deve garantire il mantenimento della temperatura corporea e assicurare la pervietà delle vie aeree.
 - Durante il tempo del clampaggio differito il neonato viene asciugato e coperto con telo sterile e può essere posto tra le gambe della madre oppure al lato della stessa assicurando la pervietà delle vie aeree.
 - Se il neonato non respira all'estrazione, asciugare e stimolare 2-3 volte il dorso per favorire l'avvio del respiro spontaneo prima del clampaggio, posizionando il capo in modo da assicurare la pervietà delle vie aeree, e clampare il cordone qualora non continui a respirare.
 - Si raccomanda clampaggio immediato del cordone ombelicale nel neonato che necessiti di rianimazione immediata, come da procedure di rianimazione neonatale consolidate.
- f) L'Ostetrica provvede al prelievo per determinazione di emogruppo da cordone ombelicale;
- g) L'Ostetrica identifica, tramite braccialetto numerato, la coppia neonato-mamma (paragrafo 5.2.3)
- h) Il Neonatologo assistito dall'Ostetrica/infermiera di Neonatologia per le procedure post-nascita visita il neonato e, se le condizioni cliniche lo permettono, appena possibile, secondo il desiderio e le condizioni cliniche della madre, l'ostetrica promuove il contatto precoce pelle a pelle e l'avvio dell'allattamento al seno nelle due ore dopo il parto, come per il parto spontaneo (vedi Documento "Protocollo pelle a pelle"):
- i) Il Neonatologo visita il neonato ed attribuisce il punteggio di Apgar.
- j) Il Neonatologo cogliendo il momento più appropriato, informa i genitori sul percorso assistenziale e le cure offerte al neonato e ne acquisisce il consenso/dissenso (Allegato 4):
 - profilassi
 - screening neonatali raccomandati

- prevenzioni delle cadute accidentali
- prevenzione della SUPC e sicurezza del neonato in regime di rooming in
- screening per la valutazione del disagio emotivo della madre nel periodo perinatale (Protocollo SAMEP)
- k) Il personale infermieristico di Neonatologia trasportano il neonato presso il reparto di Neonatologia nei casi in cui il neonato non possa effettuare il contatto “pelle a pelle” con la madre accompagnato dal secondo genitore, tramite culla da trasporto.
- l) L’Infermiera neonatale, presso l’area Nido della neonatologia, effettua le profilassi di legge e gli esami di routine e la valutazione dei parametri vitali, previa verifica del consenso dei genitori:
 - somministrazione di Vitamina K e collirio e/o pomata oftalmica,
 - rilevazione di temperatura corporea, saturazione di ossigeno, frequenza cardiaca
 - misurazione BT, HT e destrostic
- m) Il neonatologo visiona i valori della glicemia, BT e HT, valuta l’adattamento cardio-respiratorio, la saturazione di O₂, la stabilità termica e definisce il percorso assistenziale neonatale.

5.2.5 Identificazione della coppia madre/neonato

In sala parto è indispensabile attivare quei meccanismi che garantiscano la corretta e sicura identificazione della coppia madre – neonato

L’identificazione della coppia madre figlio viene compiuta dall’Ostetrica mediante applicazione del bracciale di gomma all’interno del Blocco Parto, secondo quanto indicato nella seguente istruzione operativa:

- a) Prima dell’espletamento del parto l’Ostetrica compila i due bracciali di gomma (uno per la madre e uno per il neonato con lo stesso codice identificativo)
- b) applica le relative targhette adesive sulla cartella clinica della madre, sul registro parti, sulla cartella del neonato, sulla cartella neonatale condivisa Ostetrico-Infermieristica.
- c) Tutti gli operatori verificano l’identificazione della madre e del neonato:
 - prima del trasferimento dal Blocco Parto
 - prima di eseguire prelievi di sangue o campioni biologici sul neonato
 - prima di affidare il neonato ai genitori

5.2.6 Fase 2 del percorso neonatale: Rooming in

7° dei 10 Passi dell’Ospedale Amico del Bambino OMS-Unicef, il “Rooming- in” prevede la permanenza del neonato nella stessa stanza della madre, in modo che trascorrono insieme ventiquattr’ore su ventiquattro durante la degenza in ospedale

- Durante la degenza sarà posta la massima attenzione a favorire la continuità del rapporto mamma neonato garantendo la massima sicurezza con la minima intrusività, nella consapevolezza che il rooming-in non solleva il personale medico, infermieristico ed ostetrico, dall’obbligo delle cure al neonato, ma anzi richiede una attenzione maggiore per rassicurare e sostenere la madre nella “cura” (accudimento) del proprio figlio e nella promozione e sostegno dell’allattamento materno.
- La pratica del rooming-in comporta un’attenzione maggiore da parte del personale medico, infermieristico ed ostetrico al fine di assicurare e sostenere la madre nella “cura” (accudimento) del proprio figlio e nella promozione e sostegno dell’allattamento materno

- a) Ad inizio visita medica l'equipe neonatale-ostetrico-ginecologica si incontra presso il Reparto di degenza ostetrica per la condivisione del percorso assistenziale
- b) Alle madri che hanno avuto un taglio cesareo o altre procedure chirurgiche, andrà offerta un'assistenza adeguata (aiuto nell'accudimento e gestione del neonato -cambio pannolino, posizionamento nel lettino- aiuto nelle posture dell'allattamento...).
- c) Madre e neonato restano insieme nella stessa stanza 24 ore al giorno, a meno che non esistano dei motivi di separazione o su esplicita richiesta della madre
- d) In presenza di fattori di rischio di sepsi precoce, il Neonatologo dispone il monitoraggio clinico del neonato e la compilazione della "scheda di valutazione del neonato a rischio infettivo" in regime di rooming in (Allegato 5):
- e) L'equipe Ostetrico-neonatologica rinnova alle puerpere, ad ogni occasione, le precauzioni necessarie da adottare in regime di rooming in, a tutela della sicurezza del neonato, per la riduzione del rischio di SUPC e schiacciamento e/o soffocamento (il neonato potrebbe venire schiacciato o soffocarsi sotto le coperte se la madre si addormenta) a seguito specificate:
 - assumere posizioni sicure e confortevoli durante l'allattamento evitando le posizioni asfissianti
 - mantenere sempre visibili e libere le prime vie aeree del neonato nelle posizioni di accudimento e/o allattamento e nelle fasi del sonno
 - tenere una fonte luminosa accesa per essere vigili durante la poppata nelle ore notturne e nelle prime ore del mattino
 - non lasciare dormire il neonato nello stesso letto della madre, ma riposizionarlo subito in culla al termine della poppata
 - non lasciare il neonato incustodito sul letto materno e/o sul fasciato ma riporlo nella culla una volta terminate le cure di accudimento
 - in caso sia in dotazione la culla "next to me" assicurarsi che sia agganciata al letto, al fine di evitare cadute accidentali
 - In caso di stanchezza materna o bisogno di aiuto allertare il Personale di assistenza
- f) Il personale ostetrico/neonatologico è disponibile 24 ore su 24 per offrire sostegno e consigli alle madri per tutta la durata del ricovero. Fornisce le prime nozioni di puericultura sulla gestione del neonato.

Il tema del mantenimento del neonato in sicurezza in regime di rooming in, deve far parte delle normali informazioni trasmesse ai genitori mediante opuscoli e ripresi verbalmente in occasione dei corsi di accompagnamento alla nascita, di visite alla Sala Parto, di ricovero nel reparto di Ostetricia o presso il Day Hospital Ostetrico o l'ambulatorio della gravidanza.
- g) Il Personale ostetrico/neonatologico effettua regolarmente la valutazione dell'avviamento dell'allattamento al seno e della poppata.
- h) Il Personale ostetrico/neonatologico non somministra ai neonati alimenti o liquidi diversi dal latte materno, se non su prescrizione medica.
- i) Il Personale ostetrico/neonatologico informa la madre che in caso di bisogno può chiedere supporto/assistenza al personale Ostetrico - Infermieristico mediante campanello posto sulla testata del letto. Presso il San Filippo Neri anche mediante utilizzo della linea telefonica dedicata (-7854)
- j) L'Infermiera della Neonatologia pesa il neonato ogni giorno
- k) Il Neonatologo visita giornalmente il neonato, alla presenza della madre e/o di entrambi i genitori, nella stanza di degenza materna.

- l) Durante le visite quotidiane, il Neonatologo effettua la manovra di Ortolani per la ricerca della displasia dell'anca, valuta l'attività cardiaca, la presenza dei polsi femorali, l'integrità del moncone ombelicale.
- m) Il Neonatologo informa giornalmente i genitori sulle condizioni cliniche del neonato anche alla presenza di un mediatore culturale nel caso di barriera linguistica (contattare Centro SAMIFO -Salute Migranti Forzati- al numero 06 77307555).
- n) Fra le 48 e le 72 ore dalla nascita l'Infermiera della Neonatologia rileva le otoemissioni acustiche per la valutazione della funzionalità uditiva ed effettua il prelievo ematico per lo screening metabolico allargato
- o) Il Neonatologo valuta la ritmicità cardiaca, la presenza dei polsi femorali e la saturazione pre e post duttale per escludere la presenza di cardiopatie congenite
- p) Nella documentazione sanitaria del neonato dovranno essere tracciati i dati inerenti alla nascita:
 - nascita a termine (fra la 37^{ma} e la 42^{ma} settimana) con peso adeguato all'età gestazionale (superiore al decimo percentile secondo le curve SIN);
 - normale adattamento cardiorespiratorio alla vita extrauterina
 - stabilità termica
 - buone capacità nella suzione nutritiva e avvio efficace dell'alimentazione
 - ittero, se presente, a basso rischio, il valore rilevato e la data
 - emissione registrata di meconio e urine
 - esecuzione/programmazione di screening neonatali di legge

5.2.7 Fase 3 del percorso neonatale: dimissione

- a) In fase di dimissione, il Neonatologo ispeziona gli occhi del neonato con oftalmoscopio per la ricerca del Riflesso Rosso e l'esclusione di opacità, inclusa la cataratta; rileva la saturazione pre e post duttale per lo screening delle cardiopatie congenite dotto dipendenti.
- b) Il Neonatologo, al momento della dimissione, informa i genitori su: allattamento, osservazione feci ed urine, posizione nel sonno, igiene del neonato, igiene ambientale, sicurezza del trasporto in auto.
- c) Il Neonatologo compila il cartellino di dimissione (Allegato 6), che riporta dettagliatamente quanto è avvenuto durante la degenza, per assicurare la continuità assistenziale e la presa in carico da parte del Pediatra di libera scelta e/o degli operatori dei servizi territoriali; fornisce, inoltre, i recapiti telefonici di riferimento del Reparto.
- d) Nel cartellino di dimissione sono illustrati inoltre i 'Consigli utili' a tutela della sicurezza del neonato, circa l'allattamento al seno, il trasporto in auto, le posizioni in sicurezza durante il sonno, la cura del moncone ombelicale ed altro;
- e) Il Neonatologo programma, entro la prima settimana post dimissione, un controllo del neonato per assicurare che il suo sviluppo rientri nei parametri fisiologici, supportando anche la coppia nel nuovo percorso genitoriale. Considerata la multietnia è prevista la possibilità di avvalersi di un mediatore culturale.
- f) Il Neonatologo prescrive un ECG da effettuarsi tra 20 e 40 giorni dalla nascita per lo screening del QT lungo presso i locali dell'Ambulatorio neonatale

5.2.8 Fase 4 del percorso neonatale: prima visita post-dimissione

È auspicabile che la prima visita post dimissione venga effettuata dagli operatori del reparto di dimissione. Nel caso in cui, per particolari esigenze organizzative, questo non sia possibile, la prima visita post dimissione dovrà essere effettuata presso i servizi territoriali o il pediatra di libera scelta.

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

Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita.	4 A PRO 02	Rev.3 del 4/07/2023	Pag. 13 di 51
--	------------	---------------------	---------------

- Rilievo dei dati biometrici;
- Rilievo dell'andamento ponderale.
- Rilievo delle condizioni generali del neonato: colorito, attività cardiaca, segni neurologici, stato dell'idratazione e stato psico-fisico della diade madre-bambino.

Nel caso in cui uno o più di questi parametri non siano nella norma, il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche ed assistenziali necessarie sulla base delle specificità cliniche, del setting assistenziale e delle evidenze scientifiche.

Se tutti i parametri rientrano nella norma, si conclude l'offerta ospedaliera del percorso nascita.

5.3 Assistenza al neonato al rischio

- a) Il Neonatologo valuta, sia al momento della nascita sia durante la degenza, le condizioni di rischio del neonato
- b) Nel caso in siano presenti alterazioni di uno o più parametri vitali, il team dovrà intraprendere le misure terapeutiche e assistenziali necessarie sulla base delle specificità cliniche, del *setting* assistenziale, delle evidenze scientifiche e delle raccomandazioni vigenti
- c) Il Neonatologo, in base alle condizioni riscontrate, valuta la necessità del ricovero del neonato in Patologia Neonatale
- d) Se necessario il Neonatologo dispone il trasferimento presso un centro di Neonatologia di II livello assistenziale collegato alla rete STEN.
- e) In caso di trasferimento presso centro di livello assistenziale superiore, il Neonatologo:
 - informa i genitori sulle condizioni cliniche del neonato
 - sottoscrive l'avvenuta comunicazione nella cartella clinica
 - acquisisce il consenso al trasferimento
 - compila la modulistica e la lettera di trasferimento
 - riporta in cartella clinica i parametri del neonato prima del trasferimento e l'ora del trasferimento

5.4 Segnalazioni eventi sentinella - morte neonatale

Nel caso di morte neonatale occorre segnalare immediatamente l'evento sentinella (ES).

Il Neonatologo attiva quanto previsto nella procedura 0 SPRM PRO 05: "Gestione e comunicazione di ES-EANM".

È fondamentale pertanto:

- a) Garantire la massima attenzione agli aspetti comunicativi con i parenti assicurando privacy, conforto e presenza empatica degli operatori.
- b) Acquisire relazioni dettagliate da parte degli operatori sanitari che hanno assistito il neonato.
- c) Acquisire copia integrale della documentazione clinico-assistenziale.
- d) Compilare, a cura del responsabile della UO coinvolta, la specifica scheda di Incident Reporting di segnalazione di morte/disabilità neonatale (Allegato 6) o di segnalazione eventi sentinella/eventi avversi/near miss (Rev 2 11/10/2017) (Allegato 7) e inviarla alla UOC Sicurezza Prevenzione e Risk Management al n. 0677306185.
- e) Il Neonatologo predispone l'audit clinico.

6. PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI

Per la verifica di applicazione della presente procedura si utilizzano i seguenti indicatori:

Indicatori di processo (a cura della UOC SPRM):

- Verifica, tramite controllo a campione su almeno 30 cartelle neonatali dell'evidenza documentale della Check List documentazione Cartella Clinica Neonatale (Allegato 8):
- % di conformità documentale da check list / totale cartelle valutate > 95%
- Attivazione audit clinico su schede di incident reporting
- % di audit clinici /schede di incident reporting nell'anno > 90 %

Indicatori di esito

- % Numero morti neonatali /totale nascite nell'anno: valutare media regionale
- % Numero neonati trasferiti per sospetto di asfissia perinatale / totale dei nati nell'anno
- % di secondo ricovero per sepsi nei dimessi/totali dimessi/anno

6.1. Audit

È cura dei Direttori di UU.OO. (Ostetricia e Neonatologia) convocare incontri periodici con il personale afferente alle aree ostetrica e neonatale al fine di valutare l'aderenza ai percorsi assistenziali ed eventualmente intervenire con correzioni

7. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

La presente procedura è presente in forma cartacea nelle UU.OO. coinvolte e disponibile su supporto informatico sul sito aziendale (intranet).

8. RIFERIMENTI LEGISLATIVI E BIBLIOGRAFICI

1. 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).
2. Accordo Stato Regioni 24.1.2018 "Linee Guida per la revisione delle reti cliniche".
3. American Academy of Pediatrics. Textbook of Neonatal resuscitation - 4th edition, 2011.
4. American Heart Association. Highlights of the 2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC
5. American Academy of Pediatrics. Patient and Family-Centered Care and the Role of the Emergency Physician -Novembre 2006.
6. Baronciani D., Bulfamante G., Facchinetti F. La natimortalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale. Il Pensiero Scientifico Editore, (2008).
7. Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal death and near-death events.
8. FIGO Guidelines: "FIGO Consensus guidelines on intrapartum fetal monitoring: physiology of fetal oxygenation and the main goals of intrapartum fetal monitoring". Int J Gynecol Obstet 131 (2015) 5-8.
9. Gatti H, Castel C, Andrini P, Durand P, Carlus C, Chabernaude JL, Vial M, Dehan M, Boithias C. *Cardiorespiratory arrest in full term newborn infants: six case reports*. Archives de Pediatrie 2004; 11:432-435.

10. Green K., Oddie S. *The value of the postnatal examination in improving child health*. Arch Dis Child Fetal Neonatal, 2008.
11. Hamilton BE et al. Pediatrics 2013; 131:548-555 Annual Summary of Vital Statistics:2010-2011.
12. Mann, S., Pratt, S., Gluck, P., Nielsen, P., Risser, D., Green-berg, P., et al. (2006). *Assessing quality in obstetrical care: Development of standardized measures*. Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 32, 497–505.
13. MacDorman, M. F., & Kirmeyer, S. (2009). *Fetal and perinatal mortality, United States, 2005. National Vital Statistics Reports Vol. 57(8)*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
14. Martin, J. A., Hamilton, B. E., Sutton, P. D., Ventura, S. J., Menacker, F., Kirmeyer, S. (2009). *Births: Final data for 2006. National Vital Statistics Reports Vol. 57(7)*. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
15. Moore ER, Anderson GC, Bergman N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Breast Crawl. UNICEF, 2007, Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5.
16. NHS. *Quality Improvement Scotland Best Practice Statement on the Routine Examination of the Newborn Best Practice Statement*, April 2004 NHS. Toolkit for high- quality neonatal services. UK Department of Health, 2009.
17. NHS Scotland. Neonatal Care in Scotland: A Quality Framework, February 2013.
18. NICE. a) Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies –November 2006 b) Routine antenatal care for healthy pregnant women, October 2003. c) Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth, September 2007.
19. Oddie SJ, Craven V, Deakin K, Westman J, Scally A. *Severe neonatal hypernatraemia: a population based study*. Arch Dis Child Fetal neonatal Ed 2013; 98:F384-387.
20. Pettker, C. M., Thung, S. F., Norwitz, E. R., Buhimschi, C. S., Raab, C. A., Copel, J. A., et al. (2009). *Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 200, 492.e1–492.e 8.
21. Raccomandazioni per il trattamento dell'iperbilirubinemia neonatale. Task Force per l'iperbilirubinemia Neonatale della Società Italiana di Neonatologia, ed. Biomedica, Milano 2013
22. Royal College of Anaesthetists, Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Paediatrics and Child Health Safer Childbirth: Minimum Standards for the organisation and delivery of care in labour, 2007.
23. Salas AA, Salazar J, Burgoa CV, De-Villegas CA, Quevedo V, Soliz A. *Significant weight loss in breastfed term infants readmitted for hyperbilirubinemia*. BMC Pediatrics 2009, 9:82 doi: 10.1186/1471-2431-9-82.
24. SNLG-ISS. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole, 2010.
25. SNLG-ISS. Linee guida Gravidanza Fisiologica, 2010.
26. R. Spandrio, A. Regalia, G. Bestetti. Fisiologia della nascita. Carocci Ed. 2014.
27. Tjora E, Karlsen LC, Moster D, Markestad T. *Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nursery*. Acta Paediatr 2010; 99:654-657.
28. 20. SNLG-ISS. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole, 2010.
29. SNLG-ISS. Linee guida Gravidanza Fisiologica, 2010.
30. The Academy Of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. ABM Clinical Protocol N 2 (revision 2007): Guidelines for glucose “The Going Home Protocol,” Breastfeeding Medicine, 1 (3) 2006.
31. Tjora E, Karlsen LC, Moster D, Markestad T. *Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nursery*. Acta Paediatr 2010; 99:654-657.
32. Wagner B., Meirowitz N., Shah J., et al. *Comprehensive Perinatal Safety Initiative to Reduce Adverse Obstetric Events*. Journal for Healthcare Quality, 2011.

33. WHO Safe Childbirth Checklist Programme. World Health Organization, Geneva 2013.
34. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank. Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010. Geneva: WHO Press; 2012.
35. Regione Lazio, Determinazione 31 luglio 2018, n. G09765, *Revisione del "Documento di indirizzo per l'implementazione delle raccomandazioni Ministeriali n. 6 per la prevenzione della morte Materna correlata al travaglio e/o parto e n.16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi". - approvato con det. n, G.14075 del 05/10/2017.* Bollettino Ufficiale della Regione Lazio - N 66, 14/08/2018.
36. Regione Lazio, Centro Regionale Rischio Clinico, *Documento di indirizzo per la corretta identificazione del paziente*, prima emissione 25/09/2020.
37. Comitato Italiano per l'Unicef. *Standard per le Buone Pratiche negli ospedali*. Edizione 2015.
38. Comitato Italiano per l'Unicef. *Guida all'Applicazione dei Passi della BFHI/BFCl*. Edizione 2016.
39. Ghirardello S, Di Tommaso M, Fiocchi S, Locatelli A, Perrone B, Pratesi S e Saracco P (2018) Italian Recommendations for Placental Transfusion Strategies. *Front. Pediatr.* 6:372.
40. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
41. Sintesi dell'American Heart Association 2020. Linee guida per RCP ed ECC.
42. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Newborn resuscitation and support of transition of infants at birth. *Resuscitation.* 2021 Apr;161:291-326.
43. National Institute for Health and Care Excellence - NICE: Caesarean section. Clinical guideline [CG132] Published: November 2011 - Last updated: September 2019
44. Bollettino Ufficiale della Regione Emilia Romagna (BURERT) n. 36 del 20/11/2019(Parte Seconda). Buone pratiche clinico-organizzative per il taglio cesareo. Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita. 2019.

9. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

Le revisioni della presente procedura saranno proposte al Risk Manager in caso di modifica organizzativa e/o aggiornamento della normativa di riferimento e delle linee guida.

10. RESPONSABILITÀ

I Direttori ed i Coordinatori di UUOO Ostetricia e Neonatologia sono responsabili di processo del percorso assistenziale e dell'elaborazione dei percorsi di formazione in aula o sul campo

La responsabilità delle specifiche attività previste nella presente procedura, sono indicate nella tabella "Matrice delle Responsabilità"

Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso>2500 grammi non correlata a malattia congenita.	4 A PRO 02	Rev.3 del 4/07/2023	Pag. 17 di 51
--	------------	---------------------	---------------

10.1 Matrice di Responsabilità

Operatori Attività	Direz. Sanitari a	Direttor i UOC	Coord. Ostetric a	Coord. Infermi eristic a	Ost. PS	Ost. Reparto	Ostetric Sala Parto	Inf. Sala Parto	Inf. Neon atolog ia	Medico Neonatologo	Medico Ginecologo	Risk Manage r
Fase Prenatale: Cap 6.1	-	A	I	I	C	I	I	I	I	R*	R*	-
Percorso Neonatale: Cap. 6.2 6.2.1 6.2.2 6.2.3 6.2.4 6.2.5 6.2.6	-	A	A	A	-	R*	R*	R*	R*	R*	R*	-
Percorso assistenziale Assistenza al neonato a rischio: Cap. 6.3	-	A	A	A	-	I	C	C	C	R	I	-
Percorso assistenziale Segnalaz. eventi sentinella: Cap. 6.4	-	A	I	I	C/I	C/I	C/I	C/I	C/I	R	C/I	C
Indicatori Processo e Esito	A	R*	C	C	C	C	C	C	C	C	C	R*
Audit GRC	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	R
Audit Clinico	I/C	R	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C

R= Responsabile R* = Responsabile per ambito di competenza A = approvatore/supervisore C = Coinvolto

11. ALLEGATI

1. Scheda di valutazione del rischio ostetrico gestazionale.
2. Check list isole neonatali e carrello di emergenza neonatale
3. Scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita
4. 4.a Informativa per i Genitori - 4.b Consenso al trattamento sanitario
5. Scheda di valutazione del neonato a rischio infettivo
6. Cartellino di dimissione neonatale
7. Scheda di *Incident Reporting*: Morte o Disabilità Neonatale.
8. Scheda di *Incident Reporting*: segnalazione eventi avversi, eventi sentinella, *near miss*.
9. Check List Documentazione Cartella Clinica Neonatale
10. Diagramma di Flusso di Sala Parto
11. Diagramma di Flusso Trasferimento in Area Nido e Rooming in
12. Diagramma di Flusso Rooming in Dimissione

13. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO INTERNI

- 1) "Protocollo pelle a pelle" ASL Roma 1- 4 A PRO 06

2) Cartella Integrata Ostetrico Infermieristica Neonatale
Allegato 1: Scheda di valutazione del rischio ostetrico gestazionale



SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO GESTAZIONALE¹

CRITERI PER L'ASSEGNAZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO

Cognome.....Nome.....nata il ____/____/____

Epoca gestazionale..... CRITERI di esclusione dal basso rischio

ANAMNESI GENERALE MATERNA

Età < 16, > 42	Si	No
Diabete pre-gestazionale Tipo I e II	Si	No
Patologia renale nota	Si	No
Patologia cardiaca nota	Si	No
Iperensione essenziale	Si	No
Epilessia	Si	No
Patologie autoimmuni	Si	No
Patologie ematologiche e/o della coagulazione	Si	No
Patologia neoplastica	Si	No
Epatopatie attive	Si	No
Endocrinopatie	Si	No
Tumori e/o malformazioni dell'apparato genitale	Si	No
Asma	Si	No
Abuso di sostanze (Droga e/o alcol e/o fumo)	Si	No
Problemi psichiatrici	Si	No
Infezione da HIV o processi infettivi in fase attiva (Sifilide, HCV, etc)	Si	No
Obesità/anoressia/malnutrizioni	Si	No
Anomalie del bacino materno	Si	No
Condizioni sociali sfavorevoli	Si	No
Altro	Si	No

¹ la presente scheda è compilata dall'ostetrica e dal ginecologo solo per le gravide che accedono al Pronto Soccorso Ostetrico per travaglio di parto/parto

ANAMNESI OSTETRICA

Precedente morte endouterina fetale o neonatale	Si	No
Storia di tre o più aborti spontanei o tardivi	Si	No
Pregresso Taglio Cesareo	Si	No
Pregresso Parto Pretermine	Si	No
Precedente figlio con peso alla nascita < 2500 gr o > 4500gr	Si	No
Psicosi puerperale	Si	No
Precedente anomalia congenita neonatale (anatomica o genetica)	Si	No
Pregressa Ipertensione, Preeclampsia, sindrome HELLP	Si	No
Pregressa chirurgia dell'apparato riproduttivo (miomectomia, resezione di Setto uterino, conizzazione, cerchiaggio cervicale)	Si	No
Emorragie post-partum ripetute	Si	No
Placenta ritenuta	Si	No
Multiparità elevata	Si	No
Isoimmunizzazione	Si	No

GRAVIDANZA ATTUALE

Epoca gestazionale < 37 o >42 settimane	Si	No
Diabete gestazionale	Si	No
Gravidanza multipla	Si	No
Pressione diastolica ≥ 90 mmHg	Si	No
Perdite ematiche vaginali	Si	No
Presentazione di podice	Si	No
Patologie del canale del parto (es HSV in atto)	Si	No
Iposviluppo fetale (< 5°pc)	Si	No
Macrosomia fetale (>95°pc)	Si	No
Parto pretermine	Si	No
Oligoanidramnios	Si	No
Poliamnios	Si	No
Isoimmunizzazione RH o altri AB significativi	Si	No

Pag. 2 di 3

Patologia o malformazione fetale diagnosticata in gravidanza	Si	No
Febbre	Si	No
Liquido amniotico non chiaro	Si	No
PROM>24 ore	Si	No
CTG non rassicurante	Si	No

Data: ____/____/____ L'ostetrica

Preso visione degli accertamenti previsti:

- ☐ Assenza di patologie/condizioni elencate: la gravidanza è a basso rischio, può proseguire il piano di assistenza a gestione Ostetrica
- ☐ La gravidanza presenta una o più delle patologie/condizioni elencate nella tabella e deve seguire un piano assistenziale e protocolli ulteriori da quello previsto per le gravidanze a basso rischio

Data: ____/____/____ Il medico

Pag. 2 di 3

Allegato 2a: Check list isole neonatali e carrello di emergenza neonatale Punto Nascita San Filippo Neri

CHECK LIST ISOLA NEONATALE C. O.	
Verifica stato culletta da trasporto (accesa e funzionante)	
PIANO ISOLA	
Presenza del materassino coperto da telino	
Presenza di Telini	
Controllo che il pannello radiante sia funzionante	
Presenza del sensore di rivelazione della temperatura radiata	
Controllo funzionalità timer APGAR	
Presenza di n° 1 sondino di aspirazione 6 FR	
Presenza di n° 1 sondino di aspirazione 8 FR	
Presenza di n° 1 cord clamp	
A DESTRA DELL'ISOLA	
Controllo funzionalità sistema di aspirazione a muro	
Verifica presenza sacchetto di aspirazione a muro 1500 ml	
Verifica presenza tubo di raccordo aspirazione a muro	
Presenza del pallone ambu con reservoir connesso alla linea O2	
Maschera facciale imbustata ma connessa al pallone ambu	
Controllo funzionalità sistema di ossigeno a muro	
Controllo funzionalità NEOPUFF (CPAP)	
Controllo funzionalità bombola di ossigeno portatile	
Presenza e funzionalità del pallone ambu + mascherina connessa alla bombola di ossigeno portatile	
A SINISTRA DELL'ISOLA	
Controllo funzionalità saturimetro (connesso a rete e presenza sonda)	
Controllo funzionalità e allestimento bilancia	
SOTTO L'ISOLA NEONATALE	
Presenza circuito di ricambio per il NEOPUFF sotto l'isola neonatale	
Controllo funzionalità dell'aspiratore portatile presente sotto l'isola neonatale	
PIANO DEFIBRILLATORE	
Controllo funzionalità defibrillatore	
Controllo presenza del saturimetro connesso dal defibrillatore	
Controllo presenza degli elettrodi per il monitoraggio cardiografico neonatale	

CHECK LIST ISOLA NEONATALE SALA ROSA / SALA VERDE	
PIANO ISOLA	
Presenza del materassino coperto da telino	
Presenza di Telini	
Controllo che il pannello radiante sia funzionante	
Presenza del sensore di rivelazione della temperatura radiata	
Controllo funzionalità timer APGAR	
Presenza di n° 1 sondino di aspirazione 6 FR	
Presenza di n° 1 sondino di aspirazione 8 FR	
Presenza di n° 1 cord clamp	
AI LATI DELL'ISOLA	
Controllo di funzionalità sistema di aspirazione a muro	
Verifica presenza sacchetto di aspirazione a muro 1500 ml	
Verifica presenza tubo di raccordo aspirazione a muro	
Presenza del sistema Kendall per umidificazione O2 connesso	
Presenza del pallone ambu con reservoir connesso alla linea O2	
Maschera facciale imbustata ma connessa al pallone ambu	
Controllo funzionalità sistema di ossigeno a muro	
Controllo funzionalità e allestimento bilancia	
Controllo funzionalità saturimetro (connesso a rete e presenza sonda)	

Il controllo deve essere fatto all'inizio del turno di servizio e dopo ogni utilizzo.

Se durante il controllo si riscontra un malfunzionamento dei presidi elettro medicali deve essere prontamente attivato il servizio di ingegneria clinica al 3711

CHECK LIST ISOLA NEONATALE SALA BLU	
PIANO ISOLA	
Presenza del materassino coperto da telino	
Presenza di Telini	
Controllo che il pannello radiante sia funzionante	
Presenza del sensore di rivelazione della temperatura radiata	
Controllo funzionalità timer APGAR	
Presenza di n° 1 sondino di aspirazione 6 FR	
Presenza di n° 1 sondino di aspirazione 8 FR	
Presenza di n° 1 cord ciamp	
AI LATI DELL'ISOLA	
Controllo di funzionalità sistema di aspirazione a muro	
Verifica presenza sacchetto di aspirazione a muro 1500 ml	
Verifica presenza tubo di raccordo aspirazione a muro	
Presenza del pallone ambu con reservoir connesso alla linea O2	
Maschera facciale imbustata ma connessa al pallone ambu	
Controllo di funzionalità sistema di ossigeno a muro	
Controllo funzionalità e allestimento bilancia	

ISOLA MOBILE	
Controllo funzionalità saturimetro (connesso a rete e presenza saturimetro)	
Presenza del materassino coperto da telino	
Presenza di Telini	
Controllo che il pannello radiante sia funzionante	
Presenza del sensore di rilevazione della temperatura radiata	
Controllo funzionalità timer APGAR	
Presenza di n° 1 sondino di aspirazione 6 FR	
Presenza di n° 1 sondino di aspirazione 8 FR	
Presenza di n° 1 cord ciamp	
Controllo funzionalità aspiratore e presenza di tubo di raccordo di aspirazione	
Controllo funzionalità ossigeno e presenza di tubo raccordo di erogazione	

Il controllo deve essere fatto all'inizio del turno di servizio e dopo ogni utilizzo.

Se durante il controllo si riscontra un malfunzionamento dei presidi elettro medicali deve essere prontamente attivato il servizio di ingegneria clinica al 3711

CONTROLLO MATERIALE PER LA RIANIMAZIONE NEONATALE

<i>Data</i>	<i>Motivo (controllo settimanale o ripristino dopo uso per rianimazione)</i>	<i>Cognome e nome di chi effettua il controllo</i>	<i>Firma</i>	<i>Materiale in scadenza entro il mese successivo</i>

CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA NEONATALE C.O.		
PIANO CARRELLO		
N.2 MANICI LARINGOSCOPIO	DTX	
N.10 ETICHETTE	MACCHINA DTX	
N.1 PENNA	LANCETTE PUNGIDITO	
PROVETTE	PROVETTE EMOCOLTURA	
RACCORDI VACUTAINER	CAMICIE VACUTAINER EMOCOLTURA	
CASSETTINI PIANO CARRELLO		
FIALE DI SOLUZIONE FISIOLÓGICA da 10 ml	CAMICIE VACUTAINER	
AGOCANNULA 24 G	FIALE DI ACQUA DISTILLATA DA 10 ml	
SIRINGHE DA INSULINA	RUBINETTI A 3 VIE	
SIRINGHE DA 10 ml	BUTTERFLY 21G	
SIRINGHE DA EGA	AGHI DA DILUIZIONE 19 G	
PRIMO CASSETTO		
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 2,5	N.1 LAME RETTE 00	
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 3	N.2 LAME RETTE 0	
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 3,5	N.2 LAME RETTE 1	
N. 3 CANNULE OROTRACHEALI MIS. 4	n.1 ROTOLO DI CEROTTO 2,5 cm	
N. 3 MANDRINI	N. 4 BATTERIE DI RISERVA	
N. 1 LAMPADINA DI RISERVA PER LAMA LARINGOSCOPIO	N. 2 CONFEZIONE DI GARZE STERILI (10X10)	
SECONDO CASSETTO		
N.2 MANICI LARINGOSCOPIO	N.2 MASCHERE SOVRAGLOTTIDEE N.1 (2- 5 Kg)	
n. 2 CANNULE DI GUEDEL 00 – 40 mm	N.2 MASCHERE SOVRAGLOTTIDEE N.1,5 (> 5 Kg)	
n. 2 CANNULE DI GUEDEL 0 - 50 mm	N.2 MASCHERE AMBU 0	
	N.2 MASCHERE AMBU 1	
TERZO CASSETTO		
N. 5 FIALE DI BICARBONATO DI SODIO 1 mEq/ml da 10 ml	N.3 TAMPONI (FARINGEI, AURICOLARI)	
N. 2 SOLUZIONE GLUCOSATA AL 5% da 250 ml	N.2 SENSORI SATURIMETRO COMPATIBILI	
N. 2 SOLUZIONE GLUCOSATA AL 10% da 500 ml	SIRINGHE DA 5 ml	
N.1 SOLUZIONE FISIOLÓGICA da 100 ml	SIRINGHE DA 2,5 ml	
N.1 SOLUZIONE FISIOLÓGICA da 250 ml		
NALOXONE		
ADRENALINA		
QUARTO CASSETTO		
n.1 Kit medicazione (1 telo,1 ciotola, 1 pinza mosquito, 1 pinza anatomica; 2 spugnette con manico, 10 tamponi 30 mm; 15 compresse di garza 10x10x8, 1 lama x bisturi) oppure N.1 SET MEDICAZIONE (telino, telino fenestrato, garze sterili, pinza anatomica, forbici, portaghi) + tamponi sterili 1 confezione	n. 3 cerotti con inserto trasparente (in assenza medicazioni trasparenti)	
N.2 CATETERI OMBELICALI DIAMETRO 3,5	N.2 DEFLUSSORI CON DIALFLO	
N.2 CATETERI OMBELICALI DIAMETRO 5	N.2 PROLUNGHE DEFLUSSORI	
N.2 TABOTAMP	N.2 PACCHETTI DI STERIL STRIP	
N.2 DEFLUSSORI STANDARD	N. 2 FILI DA SUTURA SETA 2-0	

Il controllo deve essere fatto ogni sabato mattina e controllo e ripristino dopo ogni utilizzo.

Allegato 2b: Check list isole neonatali e carrello di emergenza neonatale Punto Nascita Santo Spirito

CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA NEONATALE SALAPARTO U.O.C NEONATOLOGIA S.SPIRITO			
CASSETTI FRONTE CARRELLO	N°		N°
SIRINGHE 1 ML	10	AGHI 18 G	10
SIRINGHE 2,5 ML	10	AGHI 27 G	10
SIRINGHE 5 ML	10	SOL. FISIOLGICA DA 10 ML	10
SIRINGHE 10 ML	10	ACQUA PER PREP. INIETABILI	10
SIRINGHE 20 ML	10	SENSORE PER SATURIMETRO	4
SIRINGHE EMOGAS	10		
PIANO D'APPOGGIO CARRELLO			
LARINGOSCOPIO	1	LAME RETTA N° 00	1
LAMA RETTA N° 0	1	LAMA RETTA N° 1	1
DISINFETTANTE	1	SOLUZIONE IODATA	1
PRIMO CASSETTO		QUARTO CASSETTO	
LACCIO EMOSTATICO	2	TUBO ENDOTRACHEALE 2,5	5
AGO CANULA 24 G	5	TUBO ENDOTRACHEALE 3	5
AGO CANULA 20 G	1	TUBO ENDOTRACHEALE 3,5	5
AGO BATTERFLY 23 G	5	TUBO ENDOTRACHEALE 4	5
AGO BATTERFLY 21 G	5	MANDRINI DA 2,5 A 4,5	5
PROVETTE EMOCROMO	4	MASCHERE LARINGEE	3
PROVETTE CHIMICA	4	GUEDEL N° 4	5
PROVETTE EMOCOLTURA	2	GUEDEL N° 5	5
CAMICE VACUTAINER	2	CANULA NASALE SMALL	1
RACCORDI VACUTAINER EMOCOLTURA	4	CANULA NASALE LARGE	1
PUNGITALLONE DA 1,5 MM	5	CEROTTO IN TNT	1
PUNGITALLONE DA 1 MM	5	BENDAORLATA 10X5	1
ETICHETTE GRUPPO + PENNE	2	SONDA ENTERALE NASALE K31	2
CEROTTO DI SETA	2	SONDA ENTERALE NASALE K32	2
FORBICI	1	QUINTO CASSETTO	
TAMPONI RAPIDI COVID	2	TUBI A BOLLE	5
RUBINETTI AGO CANULA A TRE VIE	2	KIT RESUSCITATOR NEO-TEE	2
RUBINETTI AGO CANULA	2	AMBU	1
MACHINETTA DX + STRISCETTE	1	MASCHERINE N°1	3
SECONDO CASSETTO		MASCHERINE N°0	3
GUANTI STERILI MIS. 6,5 - 7 - 7,5 - 8	12	SESTO CASSETTO	
TERZO CASSETTO		DEFLUSSORI POMPA INFUSIONALE	4
CATETERI OMB. 5 FR	4	PANNOLINI	4
CATETERI OMB. 3,5	4	CARTELLE	2
CAMPETTO Ombelicale	1	BATTERIE STILO	8
TELINO CAMPO OPERATORIO	1	KIT ASPIRATORE	1
GARZE STERILE	5	CARTONCINI SCREENING	2
MEDICAZIONE STERILE ADESIVA	5	GLUCOSIO AL 10 % 500ML	2
ELASTOMERO 2 ML/H	2	GLUCOSIO AL 5% 500 ML	1
SIRINGHE LUERLOCK 60 ML	2	FISIOLGICA - 500 ML	1
STERIL STREEP CEROTTI	3	TOBRAMICINA	1
BISTURI	4		
FILI DI SUTURA VICRYL RAPID 3-0 75 CM	5		
FILI DI SUTURA VICRYL 0 70 CM	5		

Il controllo deve essere fatto all'inizio del turno di servizio e dopo ogni utilizzo.

Se durante il controllo si riscontra un malfunzionamento dei presidi elettro medicali deve essere prontamente attivato il servizio di ingegneria clinica al n° 8822

CONTROLLO MATERIALE PER LA RIANIMAZIONE NEONATALE SANTO SPIRITO				
DATA	MOTIVO (controllo quotidiano o ripristino dopo uso per rianimazione)	Cognome e nome di chi effettua il controllo	FIRMA INFERMIERA	FIRMA OSTETRICA
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				

Allegato 3: Scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita

SISTEMA SANITARIO REGIONALE
**ASL
 ROMA 1**
 PRESIDIO OSPEDALIERO SAN FILIPPO NERI
U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

**REGIONE
 LAZIO**

Numero Del Bracciale Mamma/Bebè

VALUTAZIONE DEL NEONATO NELLE PRIME 2 ORE DI VITA

Cognome e nome _____

N° bacciale _____ data del parto ____/____/____ ora ____:____ EU ____ DS ____ TC ____ EPM _____

Punteggio di Apgar: 1' _____ 5' _____ MECONIO: ☐ SI ☐ NO MINIZIONE ☐ SI ☐ NO

Temperatura cutanea 60' _____ 120' _____ °C SUZIONE AL SENO: ☐ SI ☐ NO

Cod. SCHEDA/VAL/NED - Tip. Publitalia Policore MT

Parametri	Funzione respiratoria			Reattività		Colorito		Posizione		Familiare presente	Sigla
	Regolare	Polipnea	Dispnea	Normale	Scarsa	Roseo	Pallido	Corretta	Intervento		
30'											
45'											
60'											
75'											
90'											
105'											
120'											

PULSOSSIMETRO ☐ SI ☐ NO

Trasferimento: ☐ c/o nido ☐ c/o degenza ostetrica ☐ c/o patologia neonatale ☐ c/o terapia intensiva In data ____/____/____ Alle ore ____:____

Motivo di eventuale trasferimento precoce: _____ In data ____/____/____ Alle ore ____:____

Firma Ostetrica _____ Matricola _____

Firma Infermiera nido/Ostetrica degenza _____ Matricola _____

(Fronte)

Raccomandazioni per la prevenzione del SUPC - Società Italiana di Neonatologia (Settembre 2018)

rev. A.P. 28/01/2020

Ulteriori note / osservazioni

Data / / | Ora : : | Firma | Matricola

Legenda

1	Temperatura cutanea ascellare	Normale 36,5°C – 37,5°C	Ipotermia <36,5°C
2	Frequenza respiratoria	Normale 30-60 atti/min	Bradipnea < 30 atti/min
			Polipnea > 60 atti/min
		Diaspnea	<ul style="list-style-type: none">• Alitamento delle pinne nasali• Gemito• Rientramenti toracici
3	Il neonato reagisce alla stimolazione tattile con movimenti e mimica facciale fisiologici		
4	Valutazione cute e mucosa		
5	Posizione corretta del neonato prono, con la testa girata in modo tale che la bocca ed il naso siano visibili e non ostruiti		

(Retro)

Raccomandazioni per la prevenzione del SUPC - Società Italiana di Neonatologia (Settembre 2018)

rev. A.P. 28/01/2020

Allegati 4a Informativa ai genitori per la raccolta del consenso

Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

INFORMATIVA AI GENITORI PER LA RACCOLTA DEL CONSENSO

Cari Genitori, vi diamo il benvenuto nel Dipartimento Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione, presso la UOC di Ostetricia e Ginecologia e la UOC di Neonatologia.

Vi segnaliamo che durante la permanenza in ospedale vostra e di vostro figlio/a, oltre a “milioni di coccole” saranno necessarie alcune prestazioni sanitarie descritte nella presente informativa, allegata al modulo di raccolta di consenso.

Vi preghiamo pertanto di leggere attentamente le informazioni a seguito riportate.

Il personale della neonatologia ed ostetricia si adopererà per soddisfare ogni vostra esigenza di informazione sul percorso di assistenza e cura e sulle regole organizzative interne.

Le informazioni fornite non sostituiscono in alcun modo il colloquio con il medico, al quale è possibile esprimere qualsiasi quesito in merito.

COSA AVVIENE DURANTE LA DEGENZA

La nascita di un neonato è un processo meraviglioso quanto complesso durante il quale avvengono molti cambiamenti: nel processo di transizione feto neonatale i polmoni si riempiono d'aria, la circolazione fetale si modifica ed il neonato prende l'ossigeno necessario al suo metabolismo dall'aria ambiente.

Contatto “Pelle a pelle”

Subito dopo la nascita il vostro bambino potrà stare con Voi per circa due ore in Sala Parto per eseguire il contatto “Pelle a pelle”, se le condizioni cliniche di mamma e neonato lo consentono.

Il contatto Pelle a pelle consiste nel mettere il neonato nudo a pancia in giù sul torace della mamma, in prossimità del seno, nelle prime ore di vita subito dopo la nascita.

Questa “buona pratica” facilita l'adattamento del bambino alla nuova vita fuori dal corpo materno, favorisce la creazione del legame mamma-bambino (bonding) e l'avvio dell'allattamento al seno¹.

Durante queste due ore dopo il parto, per la sicurezza del vostro bambino si raccomanda il mantenimento di una posizione corretta: naso e bocca vanno mantenuti sempre visibili e liberi, sia quando sia semplicemente tenuto in braccio, sia mentre dorme.

E se c'è stato il cesareo?

Non cambia di molto se la donna ha partorito con taglio cesareo.

Dal punto di vista pratico, il contatto “Pelle a pelle” avviene non appena la mamma è in grado di occuparsi del proprio bambino nell'area parto o¹ in quella di degenza. In tal caso si propone il contatto Pelle pelle con il papà che è adeguatamente formato ed informato, fino a che la mamma non è sveglia e/o in grado di occuparsi del bambino.

Il Personale vigilerà con Voi affinché il respiro del neonato sia regolare, che il colorito cutaneo sia roseo e la sua temperatura sia adeguata.

Trascorse le due ore dal parto, madre e neonato vengono trasportati nella stanza di degenza ostetrica per il prosieguo dell'assistenza in rooming in².

¹ World Health Organization, Ten steps to successful breastfeeding, «who.int»

² Lois O. Theo, Drake E., Rooming-in: creating a better experience, «The Journal of Perinatal Education», 2017, 26(2)

Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

IL ROOMING IN

Con il termine Rooming-in si definisce la pratica di tenere il neonato nella stessa stanza con la madre o entrambi i genitori, durante il periodo di ospedalizzazione, dopo il parto.

Passo dell'Ospedale Amico del Bambino (BFHO), il Rooming in è raccomandato da UNICEF e OMS come buona pratica per assicurare una forte ed efficace creazione del legame mamma-bambino (bonding) e per sviluppare un adeguato allattamento al seno.

Il Rooming-in facilita lo sviluppo delle competenze materne nella cura del proprio bambino, di empowerment della mamma e del partner, sviluppa la compliance materna, facilita e sostiene l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno a richiesta.

La vicinanza della mamma favorisce nel bambino l'acquisizione di un ottimale ritmo respiratorio e digestivo, rafforza il sistema immunitario e riduce lo stress.

Se il bambino è nella culla accanto alla madre piange meno poiché lei è pronta a consolarlo, a prenderlo in braccio e allattarlo tutte le volte che lo desidera.

Prima inizia il contatto fisico tra i genitori ed il piccolo, più forte sarà il loro legame per tutta la vita.

Per tale motivo la pratica del rooming in deve essere sostenuta, diffusa e applicata in modo consapevole e sicuro.

In caso sia necessario eseguire un'osservazione in Neonatologia, potrete comunque usufruire dei locali del Nido con libero accesso in qualsiasi momento, per allattare, accudire il bambino o per confrontarvi con il personale in servizio.

Tenuto conto degli effetti positivi e della documentazione di efficacia nel promuovere l'allattamento al seno, il Rooming-in assume carattere routinario, pur lasciando alle mamme, in qualsiasi momento, la possibilità di non usufruirne.

Tale formula viene chiamata "Rooming in parziale" con il nido aperto a tutte le esigenze delle mamme.

Durante la degenza i professionisti sanitari affiancano e supportano le madri nelle cure quotidiane del neonato, osservano l'interazione mamma-bambino, forniscono alle madri informazioni necessarie per valutare l'equilibrio termico, il colorito, la emissione di urine e di feci.

Il vostro bambino eseguirà le profilassi raccomandate, sarà visitato e pesato quotidianamente e prima della dimissione praticherà gli screening neonatali offerti e raccomandati (Uditivo, acustico, cardiologico, metabolici).

Alla dimissione, il Neonatologo vi consegnerà il cartellino di dimissione che riporta dettagliatamente quanto è avvenuto durante la degenza, per assicurare la continuità assistenziale e la presa in carico da parte del Pediatra di libera scelta e/o degli operatori dei servizi territoriali.

Nel cartellino di dimissione sono illustrati inoltre i 'Consigli utili' a tutela della sicurezza del neonato, circa l'allattamento al seno, il trasporto in auto, le posizioni in sicurezza durante il sonno, la cura del moncone ombelicale ed altro.

Il Neonatologo programma, entro la prima settimana post dimissione, un controllo del vostro bambino per assicurare che il suo sviluppo rientri nei parametri fisiologici, supportandoVi nel nuovo percorso genitoriale. Inoltre a tutti i neonati è offerto un controllo post dimissione entro la prima settimana di vita e lo screening ECGrafico per la valutazione delle anomalie elettriche.

Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

IL ROOMING IN

Con il termine Rooming-in si definisce la pratica di tenere il neonato nella stessa stanza con la madre o entrambi i genitori, durante il periodo di ospedalizzazione, dopo il parto.

Passo dell'Ospedale Amico del Bambino (BFHO), il Rooming in è raccomandato da UNICEF e OMS come buona pratica per assicurare una forte ed efficace creazione del legame mamma-bambino (bonding) e per sviluppare un adeguato allattamento al seno¹.

Il Rooming-in facilita lo sviluppo delle competenze materne nella cura del proprio bambino, di empowerment della mamma e del partner, sviluppa la compliance materna, facilita e sostiene l'avvio e il mantenimento dell'allattamento al seno a richiesta.

La vicinanza della mamma favorisce nel bambino l'acquisizione di un ottimale ritmo respiratorio e digestivo, rafforza il sistema immunitario e riduce lo stress.

Se il bambino è nella culla accanto alla madre piange meno poiché lei è pronta a consolarlo, a prenderlo in braccio e allattarlo tutte le volte che lo desidera.

Prima inizia il contatto fisico tra i genitori ed il piccolo, più forte sarà il loro legame per tutta la vita.

Per tale motivo la pratica del rooming in deve essere sostenuta, diffusa e applicata in modo consapevole e sicuro.

In caso sia necessario eseguire un'osservazione in Neonatologia, potrete comunque usufruire dei locali del Nido con libero accesso in qualsiasi momento, per allattare, accudire il bambino o per confrontarvi con il personale in servizio.

Tenuto conto degli effetti positivi e della documentazione di efficacia nel promuovere l'allattamento al seno, il Rooming-in assume carattere routinario, pur lasciando alle mamme, in qualsiasi momento, la possibilità di non usufruirne.

Tale formula viene chiamata "Rooming in parziale" con il nido aperto a tutte le esigenze delle mamme.

Durante la degenza i professionisti sanitari affiancano e supportano le madri nelle cure quotidiane del neonato, osservano l'interazione mamma-bambino, forniscono alle madri informazioni necessarie per valutare l'equilibrio termico, il colorito, la emissione di urine e di feci.

Il vostro bambino eseguirà le profilassi raccomandate, sarà visitato e pesato quotidianamente e prima della dimissione praticherà gli screening neonatali offerti e raccomandati (Uditivo, acustico, cardiologico, metabolici).

Alla dimissione, il Neonatologo vi consegnerà il cartellino di dimissione che riporta dettagliatamente quanto è avvenuto durante la degenza, per assicurare la continuità assistenziale e la presa in carico da parte del Pediatra di libera scelta e/o degli operatori dei servizi territoriali.

Nel cartellino di dimissione sono illustrati inoltre i 'Consigli utili' a tutela della sicurezza del neonato, circa l'allattamento al seno, il trasporto in auto, le posizioni in sicurezza durante il sonno, la cura del moncone ombelicale ed altro.

Il Neonatologo programma, entro la prima settimana post dimissione, un controllo del vostro bambino per assicurare che il suo sviluppo rientri nei parametri fisiologici, supportandoVi nel nuovo percorso genitoriale. Inoltre a tutti i neonati è offerto un controllo post dimissione entro la prima settimana di vita e lo screening ECGrafico per la valutazione delle anomalie elettriche.

Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

PROFILASSI NEONATALI RACCOMANDATE

PROFILASSI DELLA MALATTIA EMORRAGICA NEONATALE DA CARENZA DI VITAMINA K ^{3,4,5}

Razionale della procedura:

la vitamina K è importante per la produzione epatica di fattori coinvolti nei meccanismi della coagulazione, principalmente del fattore II, fattore VII, fattore IX e fattore X.

Il neonato presenta un deficit fisiologico di vitamina K a causa dello scarso passaggio attraverso la placenta ed all'assenza di batteri intestinali in grado di sintetizzare la vitamina. Il latte materno ha un bassissimo contenuto di vitamina K (1-4 µg/l) pertanto nei neonati e nei lattanti è necessario un apporto di vitamina K di circa 10-15 µg/die per mantenere un'adeguata funzione del sistema emostatico.

Gli effetti prevedibili della mancata effettuazione della procedura: malattia emorragica

- **Forma classica:** legata alla fisiologica carenza di vitamina K nel neonato allattato al seno, da iniziale limitato apporto alimentare e scarsa flora batterica intestinale. Esordisce nella prima settimana di vita prevalentemente con sanguinamento dal tratto gastroenterico.
- **Forma precoce:** esordisce nelle prime 48 ore di vita in nati da madri che hanno assunto farmaci che inibiscono l'attività della vitamina K (es. Fenobarbital, Fenitoina, Carbamazepina, Warfarin, Rifampicina, Isoniazide); tale forma è prevenibile con la somministrazione di Vitamina K alla madre prima del parto.
- **Forma tardiva,** si manifesta dopo la prima settimana di vita e sino ai primi mesi in neonati allattati esclusivamente al seno e che non hanno effettuato adeguata profilassi neonatale; in altri casi può essere secondaria a patologia che determina malassorbimento (diarrea protratta fibrosi cistica, celiachia, colestasi)

Finalità della procedura:

profilassi della malattia emorragica classica e tardiva del neonato

Come si svolge la procedura:

somministrazione di 1 mg vitamina K mediante iniezione intramuscolare nella zona anterolaterale della coscia entro le prime 6 ore di vita.

Rischi e complicanze della procedura:

raramente lieve dolore transitorio alla puntura; in casi molto rari piccolo ematoma locale.

Alternative alla procedura: la somministrazione di vitamina K può avvenire per via orale con 2 mg Vitamina K al primo pasto del neonato, seguita dalla somministrazione orale di 150 microgr di vitamina K/die dal 7° giorno di vita sino 14 settimane.

Studi recenti sconsigliano tale metodo in quanto meno efficace, soprattutto nel prevenire la forma tardiva.

Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione

U.O.C. Neonatologia

Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

PROFILASSI DELLA CONGIUNTIVITE NEONATALE ('OPHTALMIA NEONATORUM')**Razionale della procedura:**

L'Ophthalmia neonatorum è una forma grave di infezione oculare del neonato che insorge entro le prime quattro settimane di vita. L'agente eziologico tradizionalmente responsabile delle forme più gravi è la *Neisseria gonorrhoeae*, ma attualmente vengono incluse nella definizione di Ophthalmia neonatorum anche le infezioni da *Chlamydia trachomatis*; nel restante 30-50% dei casi sono coinvolti *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae* e altri batteri Gram negativi, mentre le infezioni virali (herpes simplex virus, adenovirus o enterovirus) sono meno frequenti.

Il germe può essere trasmesso al neonato principalmente attraverso la mucosa congiuntivale al momento del passaggio attraverso il canale del parto: l'antibiotico somministrato in sede oculare elimina il germe dalla congiuntiva.

In Italia, considerati anche gli screening infettivologici offerti alla donna in gravidanza, l'incidenza di tali infezioni materne è molto bassa; nelle ultime linee guida sulla gravidanza fisiologica, elaborate nel 2011 da Ministero della Salute, non appare alcun invito o indicazione ad effettuare la profilassi oftalmica come obbligo o come raccomandazione.

Vista l'assenza di una normativa specifica sulla obbligatorietà della profilassi oculare nel neonato, attualmente viene raccomandato^{3,4}:

- eseguire lo screening per *Neisseria gonorrhoeae* e per *Chlamydia trachomatis* al momento del parto o nell'immediato postpartum soltanto alle donne con fattori di rischio e che non abbiano eseguito lo screening durante la gravidanza
- eseguire la profilassi oftalmica subito dopo la nascita ai nati da gravidanza non seguita (meno di tre visite ostetriche eseguite dall'inizio della gestazione) ed a rischio di malattie sessualmente trasmesse

Finalità della procedura: prevenzione della congiuntivite neonatale da gonococco o *Chlamydia trachomatis*

Effetti prevedibili della mancata effettuazione della procedura: cheratite infettiva, malattia diffusiva in nati da madri affette dalle suddette patologie

Come si svolge la procedura: somministrazione di pomata o collirio antibiotico in entrambi gli occhi nelle prime ore dopo la nascita^{2,3,4,5}

Rischi e complicanze: possibile minima reazione locale al farmaco, transitoria

³ Global HIV, Hepatitis and Sexually Transmitted Infections Programmes, Guidelines Review Committee, World Health Organization. WHO guidelines for the treatment of *Neisseria gonorrhoeae*. World Health Organization 2016, ISBN 978 92 4 154969 1

⁴ WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO. Guidelines Review Committee. Geneva: World Health Organization; 2017

⁵ Società Italiana di Neonatologia. Neofarm SIN, app di Farmacoterapia Neonatale. <https://www.sin-neonatalogia.it/app-neofarm-sin>

Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

**PRECAUZIONI E RACCOMANDAZIONI
PER LA PREVENZIONE DELLA CADUTA ACCIDENTALE DEL NEONATO IN OSPEDALE**

Le cadute accidentali rientrano tra gli eventi avversi più frequenti nelle strutture sanitarie e possono determinare conseguenze anche gravi, prolungamento del ricovero e necessità di indagini diagnostiche e terapie aggiuntive.

Al fine di ridurre al minimo il rischio che il vostro bambino possa cadere durante la degenza in ospedale, Vi invitiamo a seguire alcune precauzioni e raccomandazioni:

- riporre il neonato nella culla dopo l'allattamento, durante la notte e quando la mamma si sente assonnata o stanca;
- evitare di far dormire il neonato a letto con la mamma;
- evitare di dormire in poltrona con il neonato in braccio;
- alzare le spondine di protezione se si allatta nel letto ed illuminare adeguatamente la stanza;
- rimuovere eventuali ostacoli presenti in stanza (ciabatte, borse, valigie) e fare attenzione a sedie, tavolini e presidi presenti nella camera di degenza;
- posizionare sempre il neonato in culla per trasportarlo;
- non camminare in camera o nei corridoi se il pavimento è bagnato;
- non camminare con il neonato in braccio se si indossano i calzari copriscarpe
- non lasciare mai da solo il neonato sul fasciatoio, neppure per pochi secondi: preparare tutto ciò che serve prima del cambio e delle cure igieniche e se ci si deve allontanare, riposizionare sempre il neonato in culla;
- indossare ciabatte chiuse (non infradito o simili), antiscivolo e di misura adeguata. Al fine di non inciampare non indossare abbigliamento troppo lungo.
- chiedere aiuto al personale sanitario se le condizioni di salute della mamma non permettono di svolgere le normali attività nell'accudimento del neonato

**Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella**

**MISURE NECESSARIE DA ADOTTARE PER IL NEONATO IN REGIME DI ROOMING IN
E PREVENZIONE DEL RISCHIO DI SUPC^{6,7,8}**

La SUPC

Il termine Sudden Unexpected Postnatal Collapse (SUPC) comprende episodi di improvviso collasso postnatale nella prima settimana di vita (Apparent Life-Threatening Event (ALTE), ossia eventi apparentemente rischiosi per la vita (più spesso caratterizzati da apnea, variazione del colorito cutaneo e del tono muscolare) e di Sudden Unexpected Early Neonatal Death (SUEND), che possono avvenire, nel periodo post-natale, sia nel nato a termine che nel nato prossimo al termine (near term). Gli autori sono concordi sul definire il collasso inaspettato un evento acuto, con compromissione improvvisa cardio-circolatoria e respiratoria, che necessita ventilazione intermittente a pressione positiva in maschera, intubazione o rianimazione cardio-polmonare^{6,7,8}. Il periodo temporale che intercorre tra la nascita e il verificarsi dell'evento non è però universalmente definito: in particolare, per la letteratura tedesca sono le prime 24 ore di vita e per le linee guida inglesi i primi 7 giorni di vita.

Fattori di rischio

Nel 30-60% dei casi di SUPC, possono essere diagnosticate patologie sottostanti quali infezioni neonatali, difetti del metabolismo, cardiopatie congenite, ipertensione polmonare, sindromi da ipoventilazione congenita, alterazioni del centro del respiro, ipoplasia adenale congenita⁶

Molti casi però rimangono senza una causa sottostante e i possibili fattori di rischio sono rappresentati da:

- Primiparità
- Posizioni asfissianti: posizione prona, Pelle a pelle non corretto
- Sedazione o stanchezza materna
- Parto complicato
- Mancanza di familiare presente (madre e bambino lasciati soli)
- Distrazione (utilizzo del cellulare o altri dispositivi elettronici da parte della madre o di chi è deputato ad assisterla)
- Non adeguata supervisione da parte del personale
- Ore notturne (personale ridotto, ridotta luminosità dell'ambiente)

⁶ Herlenius E, Kuhn P. Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants: a review of cases, definition, risks, and preventive measures. *Transl Stroke Res* 2013;4:236-47.

⁷ Guidelines for the investigation of newborn infants who suffer a sudden and unexpected postnatal collapse in the first week of life: recommendations from a Professional Group

⁸ Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 h of birth. *Pediatrics* 2011;127:e869-73.

Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

Durante la degenza in rooming-in l'equipe Ostetrico-neonatologica informa i genitori su come garantire la sicurezza per il neonato, in particolare come evitare le posizioni "potenzialmente asfissianti".

A seguito sono specificate le precauzioni necessarie da adottare in regime di rooming in, per la riduzione del rischio di SUPC :

- assumere posizioni sicure e confortevoli durante l'allattamento evitando le posizioni asfissianti
- mantenere sempre visibili e libere le prime vie aeree del neonato nelle posizioni di accudimento e/o allattamento e nelle fasi del sonno
- tenere una fonte luminosa accesa per essere vigili durante la poppata nelle ore notturne e nelle prime ore del mattino
- non lasciare dormire il neonato nello stesso letto della madre, ma riposizionarlo subito in culla al termine della poppata ⁹
- non lasciare il neonato incustodito sul letto materno e/o sul fasciato ma riporlo nella culla una volta terminate le cure di accudimento
- in caso sia in dotazione la culla "side-car bassinet" assicurarsi che sia agganciata al letto, al fine di evitare cadute accidentali¹⁰
- In caso di stanchezza materna o bisogno di aiuto allertare il Personale di assistenza
- Il personale ostetrico/neonatologico è disponibile 24 ore su 24 per offrire sostegno e consigli alle madri per tutta la durata del ricovero. Fornisce le prime nozioni di puericultura sulla gestione del neonato¹¹

⁹ In accordo con le raccomandazioni condivise dalla letteratura internazionale, è sconsigliato il bed-sharing

- World Health Organization, United Nations Children's Fund. Baby-friendly hospital initiative: revised, updated and expanded for integrated care. Published 2009

¹⁰. L'utilizzo delle side-car bassinet, ovvero delle culle che si agganciano al letto, rappresenta una valida alternativa fine di promuovere l'allattamento al seno. Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Moon RY, Darnall RA, Goodstein MH, Hauck FR. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment. Pediatrics 2011;128(5):1030-9.

¹¹ Lo staff sanitario garantisce una regolare osservazione del neonato e della famiglia durante il rooming-in volto a identificare lo stato di benessere del neonato e a correggere la pratica di comportamenti a rischio - Feldman-Winter L, Goldsmith JP, Committee on Fetus and Newborn, Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. Safe sleep and skin-to-skin care in the neonatal period for healthy term newborns. Pediatrics 2016;138(3).

Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

VALUTAZIONE DEL DISAGIO EMOTIVO PERINATALE (PROTOCOLLO SAMEP)

I cambiamenti fisiologici ed emotivi della gravidanza, del parto e della cura di un neonato possono rendere il periodo perinatale un momento di vulnerabilità per madri e padri.

La promozione della salute mentale perinatale e il riconoscimento e la presa in carico di un disagio o di un disturbo psicopatologico nella madre o nel padre sono importanti sia per il singolo che per gli effetti sullo sviluppo del bambino e sul nucleo familiare.

L'Istituto Superiore di Sanità (ISS) conduce attività di ricerca per il sostegno alla maternità e paternità fragile e per migliorare gli esiti più gravi.

È di fondamentale importanza **garantire ascolto e supporto** appropriati allo stato emotivo della donna che vive un **profondo cambiamento biologico, psicologico e sociale** a partire dalla scoperta della gravidanza.

L'attesa e la nascita di un figlio sono due eventi profondamente delicati e che smuovono i mondi interni di ciascuna donna: infatti, oltre ai cambiamenti fisiologici del corpo (nella sua accezione di "fisico" che si modifica in previsione di contenere, sia nei termini di cambiamenti ormonali), coesistono numerosi cambiamenti intrapsichici.

Ciò che viene richiesto nel diventare genitore è un **nuovo adattamento nello stile di vita** nonché nel ruolo che si ricopre nella società. Queste modifiche possono, talvolta influenzandosi a vicenda, comportare un maggior rischio di sviluppo di disturbi mentali, considerando anche il **periodo di particolare vulnerabilità** della donna.

Il **SaMeP**, percorso-intervento "*Salute Mentale Perinatale*" della ASL Roma1, stabilisce una rete operativa tra i servizi esistenti, definendo un percorso-intervento specifico per la salute mentale delle donne durante l'intero periodo peripartum, dal pre-concepimento, alla gravidanza, fino ai 12 mesi postpartum, attraverso una fase di screening e rilevazione dei fattori di rischio, grazie all'attivazione di una rete multidisciplinare all'interno della ASL Roma 1, fino alla messa in atto di una consulenza specialistica volta alla strutturazione di interventi terapeutici mirati.

A tal fine, i professionisti che hanno contatti regolari con la donna in gravidanza e nel postpartum, somministreranno semplici domande validate (Test di Whooley)¹³ al fine di identificare fattori di rischio

5

¹² <https://www.iss.it/salute-mentale-perinatale>

¹³ National Collaboration Centre for Mental Health (NCC-MH). *Antenatal and postnatal mental health*. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists, 2014. [Testo integrale]

Allegato 4b Consenso al Trattamento Sanitario



Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

ATTO SANITARIO: RICOVERO ALLA NASCITA

RACCOLTA DATI ANAGRAFICI

Il/la sottoscritto/a

Cognome..... Nome.....

Cognome..... Nome.....

genitore/i ☐ tutore o altro titolare della responsabilità genitoriale ☐

del neonato/a.....

dichiara/ano di aver ricevuto informazioni comprensibili ed esaurienti, scritte e verbali, sulla degenza e le prestazioni sanitarie, a seguito elencate che riguardano suo/ loro Figlio/a :

profilassi neonatali raccomandate:

- profilassi antiemorragica con vitamina K
- profilassi oculare della congiuntivite neonatale indicata

screening neonatali raccomandati:

- screening per l'Atrofia Muscolare Spinale (SMA)

screening neonatali garantiti dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)

- screening allargato delle malattie metaboliche ereditarie
- screening uditivo (sordità congenita)
- screening oftalmologico (cataratta congenita)

norme comportamentali per la prevenzione del rischio di cadute del neonato

informazioni per il rischio di SUPC (Collasso neonatale improvviso e inaspettato)

precauzioni da adottare per la sicurezza del neonato in regime di "rooming in"

screening per la valutazione del disagio emotivo della madre nel periodo perinatale (Protocollo SAMEP)

Data / / Firma genitori.....

Firma medico.....

Dipartimento della Salute Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

CONSENSO INFORMATO ALLE PROFILASSI NEONATALI

Preso visione dell'informativa allegata, ritenuto appropriato il tempo concesso per valutare le informazioni fornite, per porre eventuali domande e prendere serenamente delle decisioni, consapevole della possibilità di revocare il mio/nostro consenso in qualsiasi momento prima dell'effettuazione dell'atto sanitario,

- ☐ acconsento/acconsentiamo alla profilassi antiemorragica con vitamina K i.m.
☐ non acconsento/non acconsentiamo alla profilassi antiemorragica con vitamina K i.m.
☐ acconsento/acconsentiamo alla profilassi antiemorragica con vitamina K per via orale

Profilassi oculare della congiuntivite neonatale indicata: ☐ NO ☐ SI:

- ☐ acconsento/acconsentiamo alla profilassi oculare della congiuntivite
☐ non acconsento/non acconsentiamo alla profilassi oculare della congiuntivite

Data / /

Firma genitori.....

.....
Firma medico.....

Allegato 5: Scheda di valutazione del neonato a rischio infettivo



Presidio Ospedaliero San Filippo Neri
U.O.C. Neonatologia
Direttore Dott.ssa Maria Giovanna Colella

SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL NEONATO A RISCHIO DI SEPSI PRECOCE¹ (neonato \geq 37 settimane in apparente stato di benessere ma in presenza di almeno un fattore di rischio e PAI incompleta/non effettuata)

COGNOME E NOME		I.D.	EG	NOTE ²
DATA E ORA PARTO	MODALITA' ³	APGAR	TVR MATERNO [data]	PAI ⁴

FATTORI RISCHIO ⁵: ☐ tampone VR positivo per GBS ☐ TC materna > 38° ☐ Batteriuria da GBS ☐ Precedente figlio con infez. invasiva da GBS ☐ PROM > 18 ore⁶

DATA	I giornata di vita					II giornata di vita			III giornata di vita		
PARAMETRI ⁷	3 h	6h	12h	18h	24h	MATT	POM	NOTTE	MATT	POM	NOTTE
h di rilievo, sigla											
TR/TC (specificare)											
cute ⁸											
T refill ⁹											
reattività/tremori											
dispnea ¹⁰											
SaO ₂ /FC											
Tono muscolare											

¹ Brady MT, Polin RA. Prevention and management of infants with suspected or proven neonatal sepsis. Pediatrics 2013;132: 166–8.

² LAT (liquido amniotico tinto) 1,2,3; nodi attorno al collo; alterazioni CGT; ...; barrare se nulla da annotare

³ EU (eutocico), DT (distocico), TC E (TC elezione); TC U (TC d'urgenza)

⁴ Profilassi Antibiotica Intrapartum completa/incompleta/non effettuata: vedi cartella clinica

⁵ Verani JR, McGee L, Schrag SJ. Division of Bacterial Diseases, National Center for Immunization and Respiratory Diseases, Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Prevention of perinatal group B Streptococcal disease – revised guidelines from CDC, 2010. MMWR Recomm Rep 2010; 59:1–36., revised 2020

⁶ Unitamente ad esecuzione di emocoltura alla nascita e emocromo a 6-12 ore di vita: Puopolo KM, Lynfield R, Cummings JJ, Management of Infants at Risk for Group B Streptococcal Disease. Pediatrics. 2019;144(2)

⁷ A 3 ore e poi ogni 6 ore in I giornata di vita; poi una volta/8 ore: le valutazioni devono essere effettuate dal personale medico ed infermieristico

⁸ rosea, marezzata, cianotica, grigiastria, itterica...

⁹ Tempo di riempimento capillare (normale \leq 2 secondi)

¹⁰ polipnea (FR > 60 apm), rientramenti, alitamento pinne nasali, gemito...

Allegato 6: Cartellino di dimissione neonatale

Consigli utili

- Il latte materno è il miglior nutrimento per il neonato. Si consiglia l'allattamento materno esclusivo almeno per i primi 6 mesi di vita.
- Non dare ciuccio o biberon finché non è ben avviato l'allattamento al seno.
- Offrire sempre entrambi i seni.
- Il bambino dovrebbe crescere almeno 140-160 gr. a settimana dopo avere ripreso il peso della nascita (a 7-14 gg di vita) e dovrebbe bagnare bene 5-6 pannolini al giorno.
- Un lattante sano potrebbe evacuare anche ad ogni pasto. Le feci dovrebbero essere morbide color giallo oro.
- Se il bambino è un po' pigro o pretermine o cresce con difficoltà oppure le mammelle sono troppo piene, facilitare il risveglio con carezze e l'attacco al seno.
- Il bambino deve stare in culla in posizione supina.
- È estremamente dannoso esporre il neonato al fumo di sigaretta.
- Mantenere il cordone ombelicale pulito e asciutto.
- È raccomandata la supplementazione di Vit. D 400 UI/die.

Controlli previsti:

OSPEDALE S. SPIRITO

Visita Neonatale in data
presso ambulatorio di Neonatologia S. Spirito


ECG in data
presso ambulatorio IMRE - viale Angelico 28 tel. 0668156232

OSPEDALE S. FILIPPO NERI

Visita Neonatale in data
presso ambulatorio di Neonatologia osp. S. Filippo Neri

ECG in data
Presso ambulatorio di Neonatologia osp. S. Filippo Neri

Ambulatorio per l'allattamento al seno
Osp. S. Filippo Neri: Attivo dalla ore 9.00 alle ore 14.00
Per appuntamento telefonare dal lunedì al venerdì al num. 06.33062532




**ASL
ROMA 1**

Ospedale S. Spirito

Neonatologi:
Maristella Campese
Cristina Guzzardi
Valerio Gandini
Chiara Marini
Pasquella Marchetti
Teresa Pannone
Danusia Sueth


Coord. Inf.
Daniela Emili
Tel. 06.66352291



Ospedale S. Filippo Neri

Neonatologi:
Simona Cuccarelli
Francesca Filippi
Christina Forman
Carla Griso
Flaminia Iannelli
Marta Kordova
Liliana Ligi
Valentina Pileri

Coord. Inf.
Assunta Fatti
Tel. 06.33062455



UOC NEONATOLOGIA
Direttore: **Maria Giovanna Colella**

Cognome

Nome

Data di nascita

Data di dimissione

Diagnosi di dimissione

Tipo di parto ☐ Eutocico ☐ Vacuum ☐ Taglio cesareo

EG..... (Apgar a 1'..... a 5'.....)

Peso alla nascita gr. Lunghezza cm. Circ. cranica cm.

PROFILASSI con VIT. K eseguita con 1 mg. i.m. ☐ SI ☐ NO

PROFILASSI OCULARE ☐ SI ☐ NO

GRUPPO SANGUIGNO.....Rh.....TCD.....

GLICEMIA A DUE ORE (anamnesi di diabete gravidico) ☐ SI Valore..... ☐ NO

☐ SCREENING RIFLESSO ROSSO eseguito il.....

☐ È stata ottenuta una buona risposta al test per entrambi gli occhi

☐ Non è stata ottenuta una buona risposta al test:

☐ Nell'occhio DX ☐ Nell'occhio SX ☐ In entrambi gli occhi

È prevista una visita in data ____/____/____

presso

Si consiglia di ripetere il test dal pediatra di famiglia

☐ SCREENING METABOLICO eseguito il

☐ SCREENING AUDIOLOGICO DX: ☐ Pass. ☐ Refer. SX: ☐ Pass. ☐ Refer.

Si invia presso Osp. S. Filippo Neri per esecuzione ABR in data ____/____/____

BT (Val. Max.)mg/dl; HT.....% giorno.....

Fototerapia ☐ SI ☐ NO

BT alla dimissionemg/dl; HT.....% giorno.....

Peso alla dimissione

Notizie cliniche

Terapia

Allegato 7: Scheda di Incident Reporting: Morte o Disabilità Neonatale.

Numero SDO o RPS (se disponibile)			
Data di nascita (GG/MM/AAAA)	___ / ___ / ____	Ora della nascita (HH:MM)	_____
Nazionalità della madre			

NB: Barrare la casella relativa alla sezione d'interesse (Morte o Disabilità neonatale)

A) MORTE NEONATALE			
Data del decesso (GG/MM/AAAA)	___ / ___ / ____	Ora del decesso (HH:MM)	_____

LUOGO DELL'EVENTO	
<input type="checkbox"/> Pronto Soccorso	<input type="checkbox"/> Sala Parto/Operatoria
<input type="checkbox"/> UO Ostetricia	<input type="checkbox"/> UO Pediatria Neonatologia/Nido
<input type="checkbox"/> UO Terapia Intensiva Neonatale	<input type="checkbox"/> Altro (specificare):



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

B) DISABILITÀ NEONATALE	
DISABILITÀ COME RIPORTATA NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE	

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

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

Allegato 8: Scheda di Incident Reporting: eventi sentinella/eventi avversi/near miss

	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1		
	MODULO DI SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA/EVENTI AVVERSI / NEAR MISS	Rev. 2 11/10/2017	Pag. 1/2

Dopo la compilazione la scheda dovrà essere inviata al SPPM / Rischio Clinico

Fax: 06 77306185

e-mail: rischioclinico@aslroma1.it

La presente scheda vuole essere uno strumento per segnalare gli (eventi avversi e quasi eventi) che possono verificarsi durante le attività assistenziali.

Evento Sentinella: Un evento sentinella è definito come un "evento avverso di particolare gravità, potenzialmente evitabile, che può comportare morte o grave danno al paziente e che determina una perdita di fiducia del cittadino nel confronti del servizio sanitario".

Evento Avverso: evento inatteso correlato al processo assistenziale e che comporta un danno al paziente o all'operatore, non intenzionale e indesiderabile.

Quasi evento (near miss): errore che ha la potenzialità di causare un evento avverso che non si verifica per caso fortuito o per errore intercorso.

Data della segnalazione: ____/____/____		<input type="checkbox"/> Evento Sentinella	<input type="checkbox"/> Evento avverso	<input type="checkbox"/> Near Miss
Dati del: <input type="checkbox"/> Visitatore <input type="checkbox"/> Paziente <input type="checkbox"/> Dipendente	Nome Cognome _____ SDO _____ Data ricovero ____/____/____ Data di nascita ____/____/____ Sesso: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Regime di assistenza: <input type="checkbox"/> Ordinario <input type="checkbox"/> Day Surgery <input type="checkbox"/> DHI <input type="checkbox"/> Altro _____			
Struttura che segnala	<input type="checkbox"/> P.O. _____ <input type="checkbox"/> U.O. _____ <input type="checkbox"/> DS _____ <input type="checkbox"/> DSM _____ <input type="checkbox"/> Dip. Prev _____ <input type="checkbox"/> Altro _____ Recapito _____ Tel. _____ Email _____ @ _____			
Circostanza dell'evento	Evento verificatosi il ____/____/____ Ora ____:____ Luogo _____ Chi era presente: _____			
Descrizione dell'evento: Fornire una breve descrizione dell'evento e delle modalità di svolgimento dello stesso descrivendo particolarmente al fine di identificare e classificare la tipologia di errore avvenuta e le conseguenze per il paziente.				
Da compilare solo in caso di caduta del paziente con danno moderato o significativo	Motivo _____ Tipo calzatura <input type="checkbox"/> aperta <input type="checkbox"/> chiusa <input type="checkbox"/> senza calzatura Terapia in atto: <input type="checkbox"/> sedativi del SNC <input type="checkbox"/> lassativi <input type="checkbox"/> diuretici <input type="checkbox"/> ipotensivanti Scala di Conley: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (da allegare): compilata il _____ punteggio _____ <input type="checkbox"/> 72 ore il _____ punteggio _____ <input type="checkbox"/> 120 ore il _____ punteggio _____ <input type="checkbox"/> al bisogno il _____ punteggio _____			

Da compilare solo in caso di eventi da correlare alla terapia farmacologica	Specificare il tipo di farmaco coinvolto: _____ In quale fase della terapia è avvenuto l'evento? <input type="checkbox"/> prescrizione <input type="checkbox"/> trascrizione <input type="checkbox"/> preparazione <input type="checkbox"/> somministrazione Tipo di errore (es. errori di dosaggio / via di somministrazione/ velocità di somministrazione/ mancata somministrazione / scambio di farmaco) _____
Trattamenti indagini sanitarie eseguite in conseguenza dell'evento: (Allegare copia del referto)	<input type="checkbox"/> Visita Medica <input type="checkbox"/> Medicazioni <input type="checkbox"/> Consulenze specialistiche (Specificare) _____ <input type="checkbox"/> Indagini radiologiche <input type="checkbox"/> TAC _____ Senza MdC Con MdC <input type="checkbox"/> RM _____ Senza MdC Con MdC <input type="checkbox"/> ECO _____ <input type="checkbox"/> RX _____ <input type="checkbox"/> Apparecchi gestati <input type="checkbox"/> Intervento chirurgico <input type="checkbox"/> Ricovero in terapia intensiva _____ <input type="checkbox"/> Trasferimento presso (Specificare UO/ Presidio) _____ <input type="checkbox"/> Altro _____ <input type="checkbox"/> Nessun trattamento / indagine sanitaria L'evento è stato comunicato <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI a chi? _____

Fattori che possono aver contribuito all'evento:

Fattori legati al paziente

- .. Grossa fragilità o infermità
- .. Non conoscenza/scarsamente orientato
- .. Poca/mancata autonomia
- .. Barriere linguistiche/culturali
- .. Mancata adesione al progetto terapeutico
- .. Altro (specificare): _____

Fattori legati al personale

- .. Difficoltà nel seguire istruzioni/procedure
- .. Inadeguata conoscenza/inesperienza/formazione
- .. Fatica/stress
- .. Presta scorretta/irregolare non seguita
- .. Mancata/inesatta lettura documentazione/etichetta
- .. Mancata supervisione
- .. Mancato coordinamento
- .. Scarso lavoro di gruppo
- .. Altro (specificare): _____

Fattori legati al sistema

- .. Staff inadeguato/insufficiente
- .. Inadeguato addestramento/inserimento
- .. Gruppo nuovo / inesperto
- .. Elevato turn over
- .. Scarso continuità assistenziale
- .. Protocollo / procedura inesistente o ambigua
- .. Insuccesso nel far rispettare protocolli / procedure
- .. Mancata / inadeguata comunicazione
- .. Mancata/inadeguata attrezzatura
- .. Mancata/inadeguato funzionamento attrezzature
- .. Mancata/inadeguata manutenzione attrezzature
- .. Mancata/inadeguata materiale di consumo
- .. Mancata/carenza delle istruzioni di utilizzo
- .. _____
- .. _____

Esito dell'evento:

- ☐ **nessun esito** (evento che non ha provocato al paziente nessun danno)
- ☐ **minore** (evento che provoca al paziente solo disturbo temporaneo e limitato (nessun danno))
- ☐ **moderato** (osservazioni o monitoraggio extra / ulteriore visita medica / indagini diagnostiche / minori trattamenti minori)
- ☐ **moderato e significativo** (osservazioni o monitoraggio extra / ulteriore visita medica specialistica / indagini diagnostiche complesse/trattamenti con altri farmaci/ trasferimento ad altra UO senza prolungamento dei giorni di degenza)
- ☐ **significativo** (evento che comporta una invalidità temporanea con un prolungamento dei giorni di degenza)
- ☐ **severo** (evento che causa morte o danno ad invalidità permanente all'interessato)

Sono stati intrapresi accorgimenti a seguito dell'evento? ☐ Sì ☐ No Quali? _____

Dati relativi all'operatore che segnala (facoltativo)	Nome e Cognome dell'operatore _____ <input type="checkbox"/> Direttore UO <input type="checkbox"/> Coordinatore infermieristico <input type="checkbox"/> Facilitatore <input type="checkbox"/> Altro _____
---	---

Le informazioni che si ottengono saranno utilizzate esclusivamente per sviluppare strategie correttive/innovative per prevenire in futuro il verificarsi di tali eventi e dei risultati raggiunti.

MODULO DI SEGNALAZIONE EVENTI SENTINELLA/EVENTI AVVERSI / NEAR MISS	Rev 2 11/12/2017	Pag. 2/2
--	---------------------	----------

Allegato 9: Check List Documenti Presenti e Verificati



U.O.C. Neonatologia
P.O. San Filippo Neri
P.O. Santo Spirito
Direttore Dott.ssa M.G. Colella



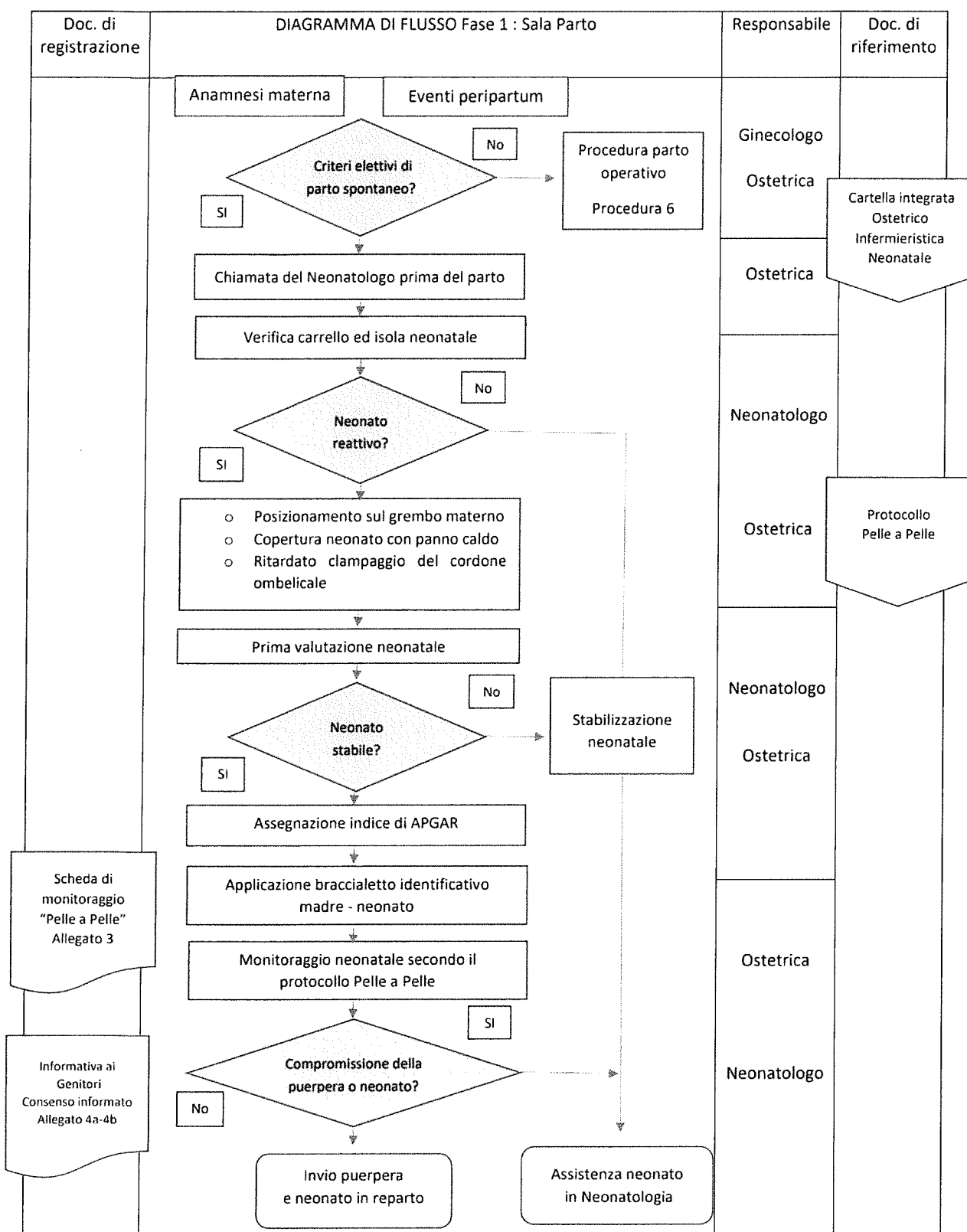
CHECK LIST DOCUMENTI PRESENTI E VERIFICATI

CARTELLA n°/anno.....Paziente.....

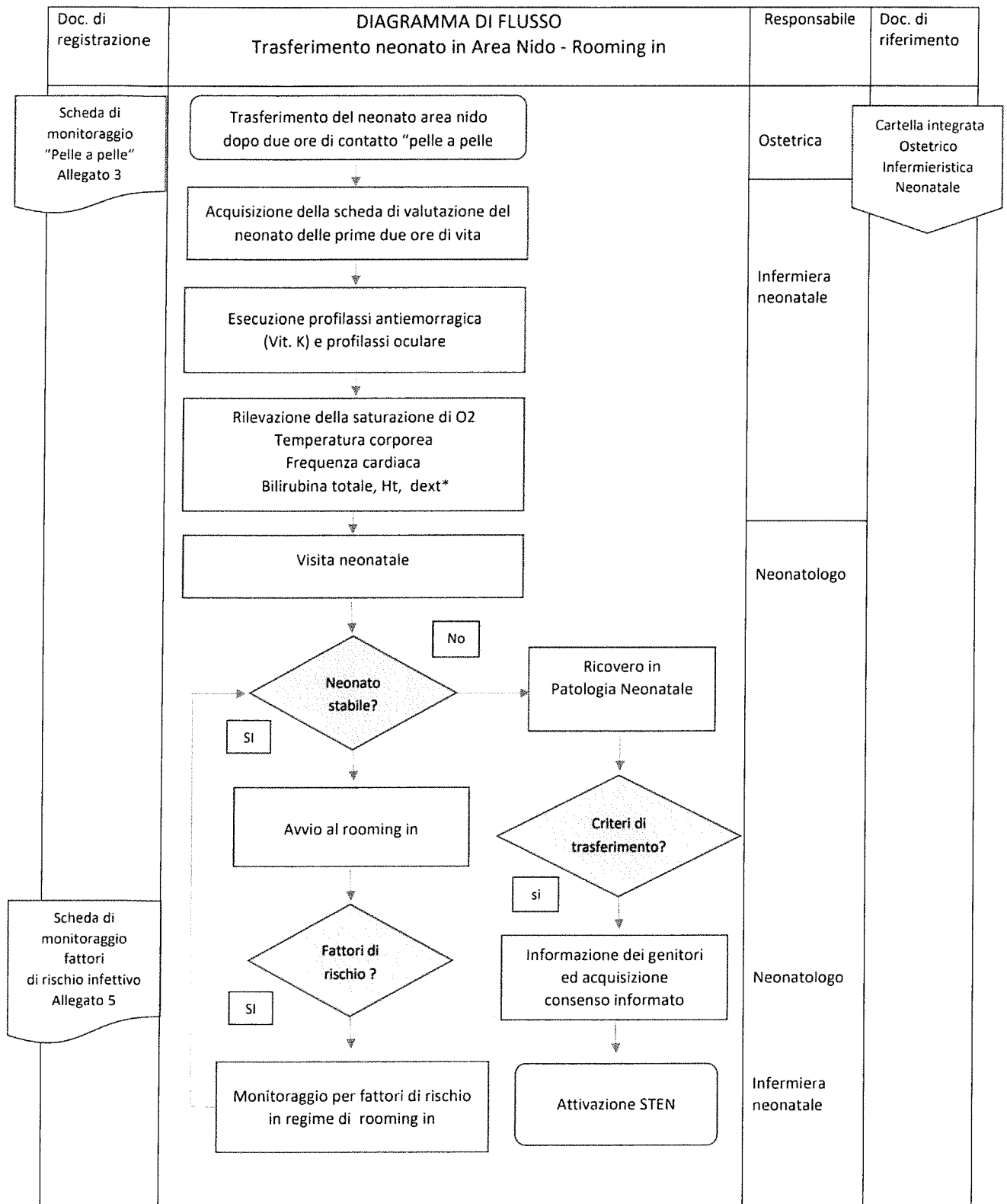
DOCUMENTO	PRESENTE	NON PREVISTO
Foglio ricovero		
Anamnesi		
Esame obiettivo		
SUT/terapia		
Consulenze specialistiche		
Scheda osservazione transizionale prime due ore di vita		
Scheda monitoraggio rischio infettivologico		
Cartella condivisa ostetrico-infermieristica		
Referti degli esami ematochimici		
Referti degli esami strumentali		
Consenso informato (erogazione di informazioni e acquisizione di valido consenso all'atto medico per una scelta consapevole e condivisa) - <u>Screenings neonatali e procedure di routine</u>		
Consenso informato (erogazione di informazioni e dichiarazione e acquisizione di valido consenso all'atto medico per una scelta consapevole e condivisa) - <u>Ricovero in Patologia neonatale</u>		
Scheda valutazione del dolore		
Scheda allattamento		
Test riflesso rosso e otoemissioni		
Screenings metabolici		
Prima visita di ambulatorio post dimissione		
Documentazione esterna		
Certificato riconoscimento anagrafico		
SDO		
Copia lettera dimissione/relazione di degenza		
Altro:		

Data ____/____/____

Il Dirigente Medico/ Direttore UOC



Allegato 11



Allegato 12

