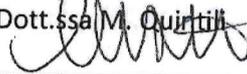
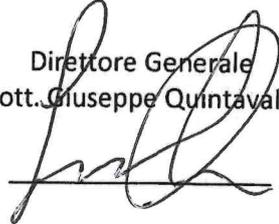
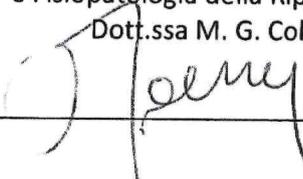
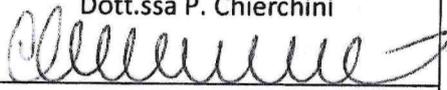
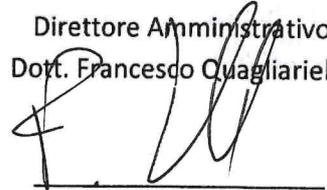
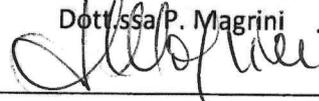
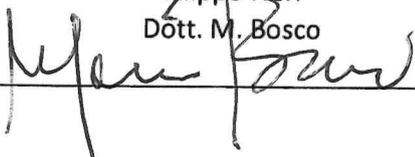
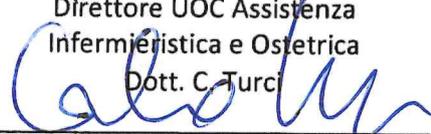


 SISTEMA SANITARIO REGIONALE ASL ROMA 1	REGIONE LAZIO ASL ROMA 1 DIPARTIMENTO DELLA SALUTE DELLA DONNA E FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE Direttrice Dott.ssa Maria Giovanna Colella	 REGIONE LAZIO
	Gestione delle Emergenze -Urgenze in Area Ostetrico-Neonatale Ospedale San Filippo Neri	Rev. 0 del 31/03/2025
		4A PRO 09

Rev.	Data	Redazione	Approvazione	Verifica		
0	31/03/2025	Gdl	UOC SQRM Dott.ssa M. Quintilli 	Direttore Generale Dott. Giuseppe Quintavalle 		
			Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione Dott.ssa M. G. Colella 		Direttore Sanitario Aziendale Dott. Gennaro D'Agostino 	
			Area Direzione Ospedaliera Dott.ssa P. Chierchini 			Direttore Amministrativo Dott. Francesco Quagliariello 
			Direzione Sanitaria San Filippo Neri Dott.ssa P. Magrini 			
			Direttore UOC Anestesia e Rianimazione Santo Spirito e San Filippo Neri Dott. M. Bosco 			
			Direttore UOC Assistenza Infermieristica e Ostetrica Dott. C. Turci 			

INDICE

2.	OBIETTIVO.....	4
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE.....	4
4.	DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....	4
5.	MODALITÀ OPERATIVE.....	5
6.	I SETTING.....	5
6.1.	ACCETTAZIONE OSTETRICA/GINECOLOGICA:.....	5
6.2.	BLOCCO PARTO.....	6
6.3	AREA DEGENZA (OSTETRICIA E GINECOLOGIA), AREA AMBULATORIALE E PERCORSO APPLICAZIONE L.194/78	8
7.	TRASFERIMENTO IN PROTEZIONE.....	10
7.1	TRASFERIMENTO INTRAOSPEDALIERO.....	10
7.2	TRASFERIMENTO EXTRAOSPEDALIERO.....	11
	7.2.1. TRASFERIMENTO IN STAM (SERVIZIO DI TRASFERIMENTO ASSISTITO MATERNO).....	11
	7.2.2. TRASFERIMENTO IN STEN.....	11
8.	RESPONSABILITÀ.....	11
10.	PARAMETRI DI CONTROLLO E INDICATORI.....	12
11.	CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI.....	12
12.	AUDIT CLINICI.....	12
13.	RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA.....	12
14.	DIAGRAMMI DI INTERVENTO PER LE SITUAZIONI CLINICHE DI EMERGENZA.....	12
14.1	PERDITA DI COSCIENZA ED ACP MATERNO.....	12
14.2	RIANIMAZIONE NEONATALE.....	15
14.3	EMERGENZE EMORRAGICHE.....	18
14.4	CRISI ECLAMPTICA- PRE ECLAMPSIA.....	20
14.6	EVENTI DI TOSSICITÀ SISTEMICA AD ANESTETICI LOCALI (LAST).....	23
14.8	DISTOCIA DI SPALLE.....	25
14.8	EMERGENZE CHIRURGICHE.....	27
15	RIFERIMENTI.....	39
15.1	RIFERIMENTI INTERNI.....	39
15.2	RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	39
15.3	RIFERIMENTI NORMATIVI.....	39

Gruppo di Lavoro

Coordinatrice:

Maria Giovanna Colella – Direttore Dipartimento della Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione

Gruppo di lavoro:

Fabio Bechini – Direttore ff UOC Ostetricia e Ginecologia SFN

Simona Benigni – Infermiera UOC Neonatologia

Maria Clara D'Alessio – Medico UOC Ostetricia e Ginecologia

Francesca Donadio – Medico UOC Ostetricia e Ginecologia

Assunta Fabi – Funzione Organizzativa di Coordinamento UOC Neonatologia

Francesca Frosi – Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia

Aurora Gervasio – Medico UOC Ostetricia e Ginecologia

Laura Ligi – Medico UOC Neonatologia

Emanuela Locci – Infermiera UOC Neonatologia

Marina Marceca – UOC Ostetricia e Ginecologia

Roberta Mauro – Medico UOC Anestesia e Rianimazione

Luciana Moschettini – Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia (con funzione di redattore)

Cristina Schirra – Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia

Valeria Spinelli – Medico UOC Anestesia e Rianimazione

Anna Troiano – F. Organizzativa di Coordinamento Blocco Parto, Accettazione Ostetrica Ginecologica, PMA

Emanuela Vecchio – Ostetrica UOC Ostetricia e Ginecologia

Alessandra Zannetti - Funzione Organizzativa di Coordinamento Reparto Ostetricia e Ambulatori di Ostetricia

Stefania Greghini - Funzione Organizzativa Risk Management

Aldebrando Bossi – Medico UOC Risk Management

1. INTRODUZIONE

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 attenzione¹.

Tra le cause principali di morti dirette e indirette durante il travaglio/parto e la nascita sono riconducibili a fattori clinico-assistenziali ed organizzativi fra cui: la mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti, l'incapacità di apprezzare la gravità del problema, la diagnosi non corretta, il trattamento subottimale/non corretto².

2. OBIETTIVO

Obiettivo del presente documento è di uniformare i comportamenti nella gestione delle emergenze urgenze ostetriche, neonatologiche e ginecologiche adeguandole ai migliori standard di riferimento attualmente conosciuti.

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura è rivolta a tutto il personale che opera Sale Parto e Sale Operatorie di Ostetricia, pronto soccorso/accettazione ostetrica, reparto di ostetricia, reparto di neonatologia, ambulatori di ostetricia, ambulatorio di neonatologia, servizio di Day Surgery ginecologico.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

EMERGENZA: condizione che pone persona in imminente pericolo di vita e richiede un intervento immediato e tempestivo senza alcuna possibilità di differimento.

URGENZA: situazione in cui non sussiste un imminente pericolo di vita ma è richiesto comunque un opportuno intervento terapeutico in tempi brevi (pochissime ore se non addirittura minuti) in assenza del quale la situazione stessa può diventare critica.

ACR: Arresto Cardio Respiratorio

AFI: Amniotic Fluid Index

CA: Circonferenza Addominale

CPR o RCP: Rianimazione Cardiopolmonare

CTG: Cardiotocografia

EG: Epoca Gestazionale

ERC: European Resuscitation Council

EPP: Emorragia Post Partum

EV: Endovena

IRC: Italian Resuscitation Council

ISS: Istituto Superiore di Sanità

LAST: Tossicità Sistemica da Anestetici Locali

LG: Linee Guida

NST: Non Stress Test

OSS: Operatore Socio-Sanitario

PA: Pressione Arteriosa

PAOS: Pressione Arteriosa Ortostatica Sistolica

PS: Pronto Soccorso

PTL: piastrine

PV: Parametri Vitali

RDS: Respiratory Distress Syndrome o Sindrome da Distress Respiratorio

¹ RACCOMANDAZIONE N. 16, APRILE 2014-Ministero della Salute

² RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO n° 6- Ministero della Salute

Gestione delle Emergenze -Urgenze in Area Ostetrico-Neonatale Ospedale San Filippo Neri	4A PRO 09	Rev. 0 del 31/03/2025	Pag. 4 di 40
---	-----------	-----------------------	--------------

STAM: Servizio di Trasporto Materno Assistito
STEN: Servizio di Trasposto in Emergenza Neonatale
TC: Taglio Cesareo

5. MODALITÀ OPERATIVE

Il documento descrive le istruzioni operative nelle condizioni cliniche di emergenza-urgenza della gravida e paziente ginecologica, puerpera e neonato in specifici contesti assistenziali ed il trasferimento in protezione al setting di cura idoneo, completandosi con le flow chart delle situazioni di maggiore interesse di area.

Al fine si individuano i seguenti setting dove contestualizzare le valutazioni e le azioni:

- Accettazione ostetrica/ginecologica
- Blocco parto
- Area degenza (Ostetricia e Ginecologia), Day Surgery Ostetrico/Ginecologico, area ambulatoriale

Si allegano al documento le flow chart delle seguenti situazioni di emergenza:

- Crisi eclamptica, Preeclampsia
- Perdita di coscienza e ACR (Arresto Cardio Respiratorio) materno
- Rianimazione neonatale
- Distocia di spalla
- Emergenze emorragiche post partum
- Anafilassi
- Tossicità sistemica da anestetici locali (LAST)

6. I SETTING

6.1. Accettazione ostetrica/ginecologica:

Il Triage, quale primo momento d'accoglienza della donna in gravidanza e della paziente ginecologica che giunge in Accettazione ostetrica/ginecologica, è una funzione effettuata da una ostetrica con specifica formazione volta alla corretta valutazione delle condizioni cliniche della donna in gravidanza che accede all'Accettazione ostetrica/ginecologica per situazioni legate alla gravidanza stessa, al parto se imminente, o per eventuali patologie intercorrenti e rappresenta la base per una valida impostazione di un piano di assistenza appropriato e per la precoce individuazione delle potenziali complicanze³.

L'accettazione ostetrico/ginecologica consente un accesso diretto della donna, senza transitare per il pronto soccorso generale.

6.1.1. Paziente in condizioni di emergenza che giunge in accettazione ostetrico/ginecologica con 118 oppure paziente già presente in accettazione ostetrico/ginecologica

Se il 118 (o il PS centrale) allerta l'accettazione ostetrico/ginecologica dell'arrivo di un CODICE1/ROSSO, l'ostetrica triagista (primo operatore) nell'attesa:

- allerta il Blocco Operatorio/il ginecologo/l'anestesista
- se EG presunta > 22 settimane o non nota allerta anche il neonatologo
- se noto indica che tipo di urgenza è in arrivo: es. rianimatoria, emorragica, eclamptica, ecc.
- un'ostetrica/infermiere della sala parto si reca in accettazione in supporto (secondo operatore).
- Se il personale della sala parto impegnato in attività, la richiesta di supporto verrà inoltrata a cascata all'ostetrica del reparto che si recherà in supporto in accettazione.

6.1.2 Se l'ostetrica triagista (primo operatore) identifica il CODICE 1/ROSSO alla valutazione immediata (sulla porta):

- chiede supporto al Blocco Operatorio /ginecologo/anestesista
- se EG presunta > 22 settimane o non nota anche il neonatologo.

³ LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO – Ministero della Salute

- se noto indica che tipo di urgenza è in atto: es. rianimatoria, emorragica, eclamptica, ecc.
- Un'ostetrica/infermiere del Blocco Operatorio si reca in accettazione in supporto (secondo operatore).
- Se il personale della sala parto impegnato in attività, la richiesta di supporto verrà inoltrata a cascata all'ostetrica del reparto che si recherà in supporto in accettazione.
- Se la donna è in stato di incoscienza con EG presunta > 20
 - o posiziona la paziente supina e disloca l'utero a sinistra, collega il monitor multiparametrico per la rilevazione dei PV
 - o se stato di arresto inizia la RCP, somministra O2 (se indicato)
 - o reperisce accesso venoso (come da flow chart rianimazione, allegato 1)

6.1.3 Se l'ostetrica triagista (primo operatore) identifica il CODICE 1/ROSSO durante la valutazione di triage o in fase di rivalutazione, interrompe il processo e:

- chiede supporto alla sala parto/ginecologo/anestesista
 - se EG presunta > 22 settimane o non nota allerta anche neonatologo. Se noto indica che tipo di urgenza è in atto: es. rianimatoria, emorragica, eclamptica, ecc.
 - un'ostetrica/infermiere del Blocco Operatorio si reca in accettazione in supporto (secondo operatore). Se il personale della sala parto impegnato in attività, la richiesta di supporto verrà inoltrata a cascata all'ostetrica del reparto che si recherà in supporto in accettazione.
 - Se la donna è in stato di incoscienza con EG presunta > 20
 - o posiziona la paziente supina e disloca l'utero a sinistra, collega il monitor multiparametrico per la rilevazione dei PV
 - o se stato di arresto inizia la RCP, somministra O2 (se indicato)
 - o reperisce accesso venoso (come da flow chart rianimazione, allegato 1)
 - All'arrivo dell'anestesista, il primo operatore cede la gestione del supporto delle funzioni vitali.
 - L'anestesista gestisce il mantenimento delle funzioni vitali secondo le necessità coadiuvato dal secondo operatore.
- Nota: Se non identificata prima, il primo operatore (triagista) o un operatore abilitato identifica e inserisce la donna su Gipse Web assegnando il codice 1/ROSSO. Se la donna non è identificabile viene inserita come "paziente ignoto".
- Il ginecologo procede a diagnosi e imposta il trattamento secondo necessità coadiuvato dal primo operatore, se la donna è cosciente e le condizioni cliniche lo consentono, la informa e acquisisce i consensi ai trattamenti sanitari necessari. (L'obbligo di raccolta del consenso informato viene meno soltanto nel caso in cui sussista una situazione integrante lo "stato di necessità" ex art. 54 c.p. e art. 2045 c.c.) (4)
 - L'anestesista e il ginecologo indicano il setting di cura idoneo, il primo e secondo operatore organizzano il trasferimento in protezione al setting di cura, nelle modalità descritte nel paragrafo trasferimento intraospedaliero.
 - L'ausiliario di accettazione ostetrico/ ginecologica coadiuva il primo e il secondo operatore, si occupa del trasporto in urgenza di: campioni biologici secondo prescrizione, modulistica, materiali, presidi e della donna al setting di cura idoneo nelle modalità descritte nel paragrafo 5.2.
 - Il ginecologo (secondo di guardia) gestisce le comunicazioni con i parenti, secondo la tempistica imposta dal caso clinico.

6.2. Blocco Parto

All'interno del Blocco Parto, le indicazioni mirano a definire le modalità di presa in carico e di gestione dei casi, declinate per le specifiche situazioni di emergenza precedentemente elencate e che a seguito saranno descritte.

6.2.1 Se le condizioni cliniche materne virano verso una condizione di emergenza/urgenza:

L'ostetrica che segue la donna (primo operatore) chiede supporto alla 2ª ostetrica/ostetrico

Gestione delle Emergenze -Urgenze in Area Ostetrico-Neonatale Ospedale San Filippo Neri	4A PRO 09	Rev. 0 del 31/03/2025	Pag. 6 di 40
---	-----------	-----------------------	--------------

senior/infermiere (secondo operatore).

Il secondo operatore allenterà il ginecologo, l'anestesista e il neonatologo.

- Se noto indica che tipo di urgenza è in atto: es. rianimatoria, emorragica, eclamptica, ecc.
- Se la donna (EG > 20 settimane) è in stato di incoscienza, il primo operatore la posiziona supina e disloca l'utero a sinistra, se necessario, si attiva la RCP secondo le indicazioni della flow chart IRC (allegato 1).
- In caso di travaglio di parto mantenere monitoraggio CTG in continuo.
- Il secondo operatore collega il monitor multiparametrico per la rilevazione dei PV, somministra O2, se indicato, verifica presenza e pervietà accesso venoso, reperisce secondo accesso venoso
- All'arrivo dell'anestesista, il primo operatore cede la gestione del supporto delle funzioni vitali.
- **L'anestesista** gestisce il mantenimento delle funzioni vitali secondo le necessità coadiuvato dal secondo operatore.
- **Il ginecologo** procede a diagnosi e imposta il trattamento secondo necessità coadiuvato dal primo operatore, se la donna è cosciente e le condizioni cliniche lo consentono, la informa e acquisisce i consensi ai trattamenti sanitari necessari. (L'obbligo di raccolta del consenso informato viene meno soltanto nel caso in cui sussista una situazione integrante lo "stato di necessità" ex art. 54 c.p. e art. 2045 c.c.) (4)
- Nei casi in cui si reputi necessaria un'assistenza numerica maggiore si attiva la richiesta al reparto di ostetricia e ginecologia e un'ostetrica del reparto si recherà in supporto in Blocco Parto, per il tempo necessario per la risoluzione dell'emergenza. A conclusione verrà compilato l'allegato 4, da consegnare al coordinatore del blocco parto.
- **L'anestesista e il ginecologo** indicano il setting di cura idoneo, il primo e secondo operatore organizzano il trasferimento in protezione al setting di cura, nelle modalità descritte nel paragrafo trasferimento intraospedaliero.
- **L'ausiliario di Blocco Parto** coadiuva il primo e il secondo operatore, si occupa del trasporto in urgenza di: campioni biologici secondo prescrizione, modulistica, materiali, presidi e della donna al setting di cura idoneo, nelle modalità descritte nel paragrafo 5.2.
- **Il ginecologo (secondo di guardia)** gestisce le comunicazioni con i parenti, secondo la tempistica imposta dal caso clinico.

6.2.3 Se le condizioni cliniche fetali o neonatali virano verso una condizione di emergenza/urgenza:

Pre allerta in caso di parto spontaneo che vira verso una condizione di emergenza/urgenza o taglio cesareo in emergenza/urgenza

- **L'ostetrica e/o l'infermiera di Blocco Parto** attiva la chiamata al neonatologo/ginecologo e all'anestesista specificando il tipo di urgenza/emergenza.
- **L'ostetrica e/o l'infermiera di Blocco Parto** accende l'isola neonatale a 3 lati accessibili.
- **Il neonatologo** prima di recarsi in Blocco Parto fornisce indicazioni alle infermiere di preparare lo strumentario necessario all'eventuale ricovero del neonato in Neonatologia.
In caso di parto cesareo (in emergenza/urgenza), il neonatologo allerta l'infermiera di neonatologia individuata per l'assistenza in sala parto.
In caso di parto spontaneo (in condizioni di emergenza/urgenza) il neonatologo viene assistito dalle figure professionali del blocco parto (ostetriche, infermieri, anestesista se non impegnato in emergenza contemporanee) o altro neonatologo se presente in turno.
- Il Neonatologo attiva la chiamata dell'infermiera di neonatologia individuata per l'assistenza in sala operatoria nei casi in cui la reputi necessaria.
- Il neonato viene rianimato sull'isola neonatale a 3 lati accessibili, fino a stabilizzazione dei parametri vitali; la restante assistenza può essere fornita presso il Reparto di Neonatologia.
- Il neonatologo indica il setting di cura idoneo e laddove sia necessaria un'assistenza al neonato presso un centro di 2° livello, attiva il Sistema di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) per la ricerca di posto letto e conseguente trasferimento del neonato (vedi paragrafo trasferimento tramite STEN).
- Il neonatologo compila la "scheda emergenza/urgenza". (Allegato 4)

6.2.3 Emergenza neonatale imprevista (parto spontaneo o cesareo in assenza di fattori di rischio conosciuti)

- Se il neonato non respira alla nascita, 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. Valutare il neonato secondo la classificazione IRC 2021 (allegato 2).
- Se l'adattamento è incompleto o inadeguato/fallito (vedi allegato 2), clampare il cordone e affidare il neonato al neonatologo.
- In caso di Taglio cesareo, l'ostetrica e/o infermiera di neonatologia presente al parto assiste il neonatologo nelle manovre rianimatorie.
- In caso di parto spontaneo (in condizioni di emergenza/urgenza) il neonatologo viene assistito dalle ostetriche presenti in sala parto. In caso di complessità assistenziali, attiva la chiamata dell'infermiera di neonatologia individuata per l'assistenza in sala parto.
- Non appena possibile il neonatologo contatta personalmente o dispone di contattare il reparto di Nido/Neonatologia fornendo indicazione alle infermiere di preparare l'occorrente per l'eventuale ricovero del neonato in Reparto di Neonatologia.
- Il neonato viene rianimato sull'isola neonatale a 3 lati accessibili fino a stabilizzazione; la restante assistenza può essere fornita presso il Reparto di Neonatologia.
- Il neonatologo indica il setting di cura idoneo e laddove sia necessaria un'assistenza al neonato presso un centro di 2° livello, attiva il Sistema di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) per la ricerca di posto letto e conseguente trasferimento del neonato (vedi paragrafo trasferimento tramite STEN).
- Il neonatologo compila la "scheda emergenza/urgenza". (Allegato 4)

6.2.4 Emergenza neonatale imprevista durante lo skin to skin (es. SUPC)

L'ostetrica che individua l'emergenza:

- inizia le prime manovre di supporto vitale al neonato secondo le LG IRC 2021 (ALLEGATO 3) (sull'isola neonatale, preferibilmente a 3 lati accessibile, più vicina disponibile) fino all'arrivo del neonatologo e chiede supporto alla 2ª ostetrica/ostetrico senior/infermiera (secondo operatore).
- Il secondo operatore attiva la chiamata al neonatologo e all'anestesista.
- Il neonatologo e l'anestesista gestiscono il supporto delle funzioni vitali del neonato secondo le necessità, supportati dall'ostetrica/infermiera di Blocco Parto.
- Il Neonatologo attiva la chiamata dell'infermiera di neonatologia individuata per l'assistenza in sala parto nei casi in cui la reputi necessaria.
- Il neonato viene rianimato sull'isola neonatale a 3 lati accessibili fino a stabilizzazione dei parametri vitali
- A stabilizzazione dei parametri l'assistenza può essere continuata presso il reparto di Neonatologia
- Il neonatologo indica il setting di cura idoneo e laddove sia necessaria un'assistenza al neonato presso un centro di 2° livello, attiva il Sistema di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) per la ricerca di posto letto e conseguente trasferimento del neonato (vedi paragrafo trasferimento tramite STEN).
- Il neonatologo compila la "scheda emergenza/urgenza". (Allegato 4)

6.3 Area degenza (Ostetricia e Ginecologia), Area ambulatoriale e percorso applicazione L.194/78

Nelle aree quali reparto, ambulatori e il settore dedicato all'applicazione della L.194/78 deve essere garantita la possibilità di rapida richiesta di supporto qualificato per la gestione dell'emergenza, la stabilizzazione della donna e l'eventuale trasferimento in sicurezza della donna o del neonato presso il luogo idoneo al trattamento.

6.3.1 Donna ricoverata in reparto di ostetricia/ginecologia

- Il primo operatore che identifica la situazione d'emergenza lancia l'allarme chiamando:
 - o l'ostetrica di reparto,
 - o l'anestesista di guardia,
 - o il ginecologo.
- Se noto indica che tipo di urgenza è in atto: es. rianimatoria, emorragica, eclamptica, ecc. L'OSS di

Gestione delle Emergenze -Urgenze in Area Ostetrico-Neonatale Ospedale San Filippo Neri	4A PRO 09	Rev. 0 del 31/03/2025	Pag. 8 di 40
---	-----------	-----------------------	--------------

- reparto, porta in stanza il carrello delle emergenze.
- Se stato di incoscienza, il primo operatore, posiziona la donna supina, mettendo il letto in modalità CPR, se EG > 20 settimane disloca l'utero a sinistra.
- **Il secondo operatore presente** rimuove la testata del letto e il primo operatore inizia la RCP secondo protocollo IRC 2021 (allegato 1).
- **Il secondo operatore** collega il monitor multiparametrico per la rilevazione dei PV, somministra O2 se indicato, verifica presenza e pervietà accesso venoso, reperisce secondo accesso venoso se necessario (come da LG IRC 2021 – allegato 1). Mantiene il monitoraggio CTG in continuo.
- All'arrivo dell'anestesista, il primo operatore cede la gestione del supporto delle funzioni vitali.
- **L'anestesista** gestisce il mantenimento delle funzioni vitali secondo le necessità coadiuvato dal secondo operatore.
- **Il ginecologo** procede a diagnosi e imposta il trattamento secondo necessità coadiuvato dal primo operatore, se la donna è cosciente e le condizioni cliniche lo consentono, la informa e acquisisce i consensi ai trattamenti sanitari necessari. (L'obbligo di raccolta del consenso informato viene meno soltanto nel caso in cui sussista una situazione integrante lo "stato di necessità" ex art. 54 c.p. e art. 2045 c.c.) (4)
- **L'anestesista e il ginecologo** indicano il setting di cura idoneo;
- Il primo e secondo operatore organizzano il trasferimento in protezione al setting di cura, nelle modalità descritte nel paragrafo trasferimento intraospedaliero.
- **L'OSS di reparto** coadiuva il primo e il secondo operatore.
- L'ausiliario di Blocco Parto si occupa del trasporto in urgenza di: campioni biologici secondo prescrizione, modulistica, materiali, presidi e della donna al setting di cura idoneo, nelle modalità descritte nel paragrafo 5.2.
- **Il ginecologo (secondo di guardia)** gestisce le comunicazioni con i parenti, secondo la tempistica imposta dal caso clinico.

6.3.2 Emergenza neonatale in reparto di ostetricia

L'infermiera/l'ostetrica che individua l'emergenza:

- inizia le prime manovre di supporto vitale al neonato fino all'arrivo del neonatologo
- attiva la chiamata al neonatologo e alla seconda ostetrica/infermiere di neonatologia

Il neonatologo:

- gestisce il supporto delle funzioni vitali del neonato
- attiva le figure professionali necessarie all'assistenza.
- indica il setting di cura idoneo
- attiva il Sistema di Trasporto Emergenza Neonatale (STEN) per la ricerca di posto letto e conseguente trasferimento del neonato (vedi paragrafo trasferimento tramite STEN), laddove sia necessaria un'assistenza al neonato presso un centro di 2° livello

6.3.3. Donna in attesa di visita ambulatoriale

- **L'ostetrica/infermiera**, identificata la situazione di emergenza/urgenza, chiamano/allertano l'anestesista e il ginecologo/Blocco Parto.
- Se noto indicano che tipo di urgenza è in atto: es. rianimatoria, emorragica, eclamptica, ecc.
- **Un'ostetrica/infermiere di sala parto e l'ausiliario del Blocco Parto** si spostano in supporto.
- Se il personale del Blocco Parto è impegnato in attività, la richiesta di supporto verrà inoltrata a cascata all'ostetrica del reparto che si recherà in supporto in ambulatorio.
- Il primo operatore, se la donna è in stato di incoscienza (EG presunta > 20 settimane), posiziona la paziente supina, disloca l'utero a sinistra e inizia le manovre di supporto vitale secondo le indicazioni IRC 2021 (ALLEGATO 1).
- All'arrivo dell'anestesista, il primo operatore cede la gestione del supporto delle funzioni vitali.
- L'anestesista gestisce il mantenimento delle funzioni vitali secondo le necessità, coadiuvato dal primo operatore.

Gestione delle Emergenze -Urgenze in Area Ostetrico- Neonatale Ospedale San Filippo Neri	4A PRO 09	Rev. 0 del 31/03/2025	Pag. 9 di 40
---	-----------	--------------------------	--------------

- L'anestesista e il ginecologo, valutano la situazione e organizzano il trasferimento in protezione c/o il PS generale o presso l'accettazione ostetrico/ginecologica o il Blocco Parto, secondo il setting di cura idoneo per l'assistenza a seconda delle condizioni cliniche della donna.

6.3.4. Emergenza di Neonato in attesa di visita ambulatoriale

- Il neonatologo in servizio presso gli ambulatori gestisce, coadiuvato dall'infermiera, l'emergenza/urgenza
- *attiva tutte le figure necessarie all'assistenza*
- indica il setting di cura idoneo, organizzandone l'eventuale trasferimento in sicurezza.

6.3.5 Servizio di Day Surgery ginecologico/DH ostetrico e percorso L.194/78

- Il **primo operatore** che identifica la situazione d'emergenza lancia l'allarme chiamando in supporto la seconda unità infermieristica presente.
- Quest'ultima, alla richiesta d'aiuto, si attiverà nell'immediato portando con sé il carrello dell'emergenza presente nella stanza n.1 dell'area day surgery.
- Mentre il primo operatore esegue il controllo dei parametri vitali, la **seconda unità infermieristica** contatta l'anestesista e il ginecologo di guardia per informarli dell'urgenza/emergenza in atto e se nota, la tipologia (ad es. rianimatoria, emorragica, eclampica, ecc.)
- Il **primo operatore**, se la paziente è in stato di incoscienza, posiziona la donna supina, mettendo il letto in modalità CPR e collega il defibrillatore corredato di monitor multiparametrico per la rilevazione dei parametri vitali in modalità continua e inizia le manovre di supporto vitale secondo le LG IRC 2021 (allegato 1).
- La seconda unità infermieristica coadiuva il primo operatore nelle manovre rianimatorie, se indicato somministrare O2, verifica la presenza e pervietà dell'accesso venoso, reperisce il secondo accesso venoso se necessario (come da LG IRC 2021 – allegato 1).
- All'arrivo dell'anestesista gli operatori cedono la gestione del supporto delle funzioni vitali.
- L'**anestesista** gestisce il mantenimento delle funzioni vitali secondo le necessità, coadiuvato dal secondo operatore.
- L'**anestesista e/o il ginecologo** procedono a diagnosi e impostano il trattamento secondo necessità coadiuvati dal primo operatore, se la donna è cosciente e le condizioni cliniche lo consentono, la informano e acquisiscono i consensi ai trattamenti sanitari necessari. (L'obbligo di raccolta del consenso informato viene meno soltanto nel caso in cui sussista una situazione integrante lo "stato di necessità" ex art. 54 c.p. e art. 2045 c.c.) (4)
- L'**anestesista e il ginecologo** indicano il setting di cura idoneo, il primo e secondo operatore organizzano il trasferimento in protezione al setting di cura, nelle modalità descritte nel paragrafo trasferimento intraospedaliero.
- L'**ausiliario di riferimento del Day Surgery Ostetrico/Ginecologico** si occupa del trasporto in urgenza di: campioni biologici secondo prescrizione, modulistica, materiali, presidi e del trasporto della donna al setting di cura idoneo nelle modalità descritte nel paragrafo 5.2.
- Il **ginecologo (secondo di guardia)** gestisce le comunicazioni con i parenti, secondo la tempistica imposta dal caso clinico.

7. TRASFERIMENTO IN PROTEZIONE

7.1 Trasferimento intraospedaliero

- Il **trasferimento in protezione e sicurezza della donna** in condizioni di emergenza o urgenza, deve essere fatto preferibilmente con barella, bombola di ossigeno, monitor multiparametrico, monitoraggio cardiotocografico se richiesto.
- Il trasporto viene eseguito dall'ausiliario e l'ostetrica o l'infermiere e se richiesto anche dal ginecologo e/o anestesista.
- Il **trasferimento in protezione e sicurezza del neonato** in condizioni di emergenza o urgenza, deve essere fatto in l'incubatrice da trasporto, dall'ostetrica o dall'infermiere e se richiesto anche dal

Gestione delle Emergenze -Urgenze in Area Ostetrico-Neonatale Ospedale San Filippo Neri	4A PRO 09	Rev. 0 del 31/03/2025	Pag. 10 di 40
---	-----------	-----------------------	---------------

neonatologo e/o anestesista.

7.2 Trasferimento extraospedaliero

7.2.1. Trasferimento in STAM (Servizio di Trasferimento Assistito Materno)

I centri HUB di riferimento del punto nascita del P.O. San Filippo Neri sono il Policlinico Agostino Gemelli e l'ospedale San Pietro Fatebenefratelli. (Determinazione Regionale G01328 del 10.02.2022).

In caso di necessità di trasferimento il ginecologo di guardia-accettazione deve chiedere e ottenere disponibilità di posto letto salvo i casi della necessità di invio per competenza.

La richiesta di disponibilità di posto letto è fatta tramite contatto telefonico agli HUB di riferimento e/o tramite fax.

Nelle more della realizzazione della procedura aziendale dedicata, il trasferimento avviene mediante servizio ambulanza aziendale chiamando il numero 06.24302222 e successivamente con l'invio del modulo specifico (allegato 13), mediante fax al numero 06.24301005 in cui va specificato se per il trasferimento è necessaria la presenza di personale medico.

Il ginecologo informa la donna e acquisisce il consenso al trasferimento, lasciandone traccia nel verbale di pronto soccorso. (L'obbligo di raccolta del consenso informato viene meno soltanto nel caso in cui sussista una situazione integrante lo "stato di necessità" ex art. 54 c.p. e art. 2045 c.c.) (4)

7.2.2. TRASFERIMENTO IN STEN

Il neonatologo organizza il trasferimento STEN chiamando i numeri 0649979337-38 oppure 3669213426 utilizzando la modulistica dedicata in triplice copia (allegato 14) Determinazione Regionale n. G15689, 18.12.2020

8. 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".

9. MATRICE DI RESPONSABILITÀ

ATTIVITA'	Direttori U.O.C.	P.O. Coord. Ostetrico/ infermieristico	Ostetrica/o	Infermiera/e	Personale di supporto	Ginecologa/o	Anestesista	Neonatologo
Verifica e corretta applicazione della procedura	R*	R*	-	-	-	-	-	-
Identificazione situazione emergenza	-	-	R*	R*	R*	R*	R*	R*
Attivazione del percorso assistenziale in risposta all'emergenza	-	-	R	R*	C	R*	R*	R*
Gestione dell'emergenza	-	-	R*	R*	C	R*	R*	R*
Conclusione caso e eventuale trasferimento al setting di cura idoneo	-	-	C	C	C	R*	R*	R*
Comunicazione con la donna assistita e eventuali accompagnatori	R*	R*	R*	R*	C	R*	R*	R*
Documentazione clinica	R*	R*	C	C	C	C	C	C

Legenda: R= Responsabile; R*= Responsabile per ambiti di competenza e specifici contesti; C = Coinvolto;

Gestione delle Emergenze -Urgenze in Area Ostetrico-Neonatale Ospedale San Filippo Neri	4A PRO 09	Rev. 0 del 31/03/2025	Pag. 11 di 40
---	-----------	-----------------------	---------------

I = informato

10. 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 SQRM):

- Attivazione audit GRC su schede di incident reporting
- Incompleta/errata/mancata compilazione alla check list
- Incompleta/errata/mancata adesione alla procedura

Indicatori di esito

- % eventi avversi per anno

11. CRITERI E TEMPISTICA DELLE REVISIONI

Le revisioni della presente procedura saranno proposte alla UOC Risk Management in caso di modifica organizzativa e/o aggiornamento della normativa di riferimento e delle linee guida

12. AUDIT CLINICI

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.

13. RINTRACCIABILITÀ E CUSTODIA

La presente procedura è presente in forma cartacea nelle UU.OO. coinvolte e disponibile in formato digitale nell'applicativo intranet aziendale "Risk Management SGLS" a cui è possibile accedere con le proprie credenziali di dominio.

14. DIAGRAMMI DI INTERVENTO PER LE SITUAZIONI CLINICHE DI EMERGENZA

14.1 Perdita di coscienza ed ACP materno

Si sceglie come algoritmo di azione per la Perdita di coscienza e ACR materno quello indicato dalle linee guida ERC-IRC 2021, con alcune precisazioni:

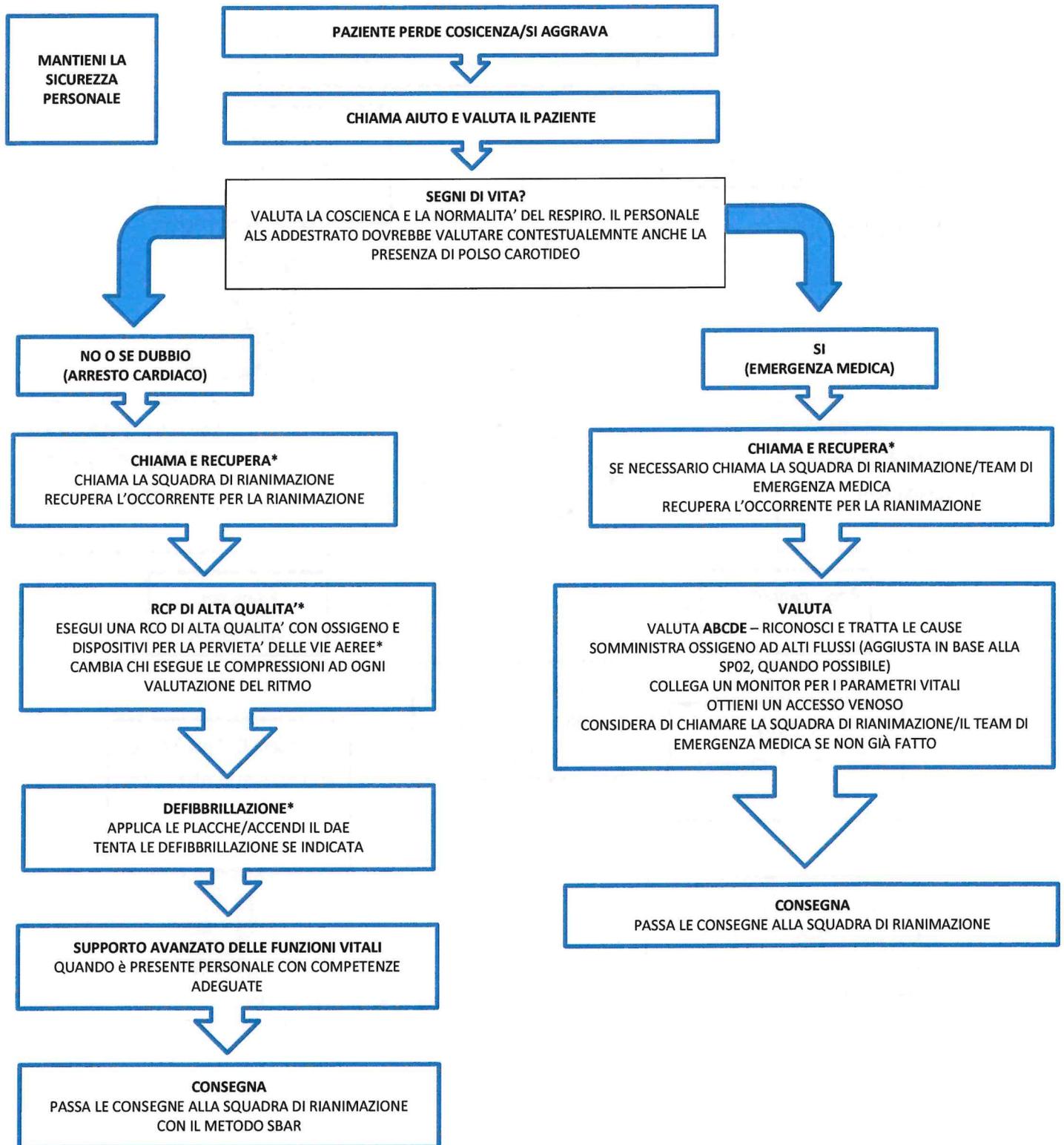
- in caso di gravidanza con EG nota o presunta > 20 settimane l'utero della donna, posizionata supina, deve essere dislocato di 30° a sinistra, mediante dislocazione manuale o posizionamento di un cuneo
- in tutte quelle situazioni in cui è rapido l'accesso ad un monitor multiparametrico la valutazione clinica dei parametri vitali deve essere contestualmente supportata dalla rilevazione strumentale dei parametri vitali
- stabilizzata la donna, trasferirla in sicurezza nel setting di cura più idoneo
- nel caso di ACR senza ripresa del ritmo entro 4 minuti valutare TC perimortem

A seguire l'algoritmo ERC-IRC 2021.

Gestione delle Emergenze -Urgenze in Area Ostetrico- Neonatale Ospedale San Filippo Neri	4A PRO 09	Rev. 0 del 31/03/2025	Pag. 12 di 40
---	-----------	--------------------------	---------------

Allegato 1 – Diagramma di intervento rianimazione intraospedaliera adulto

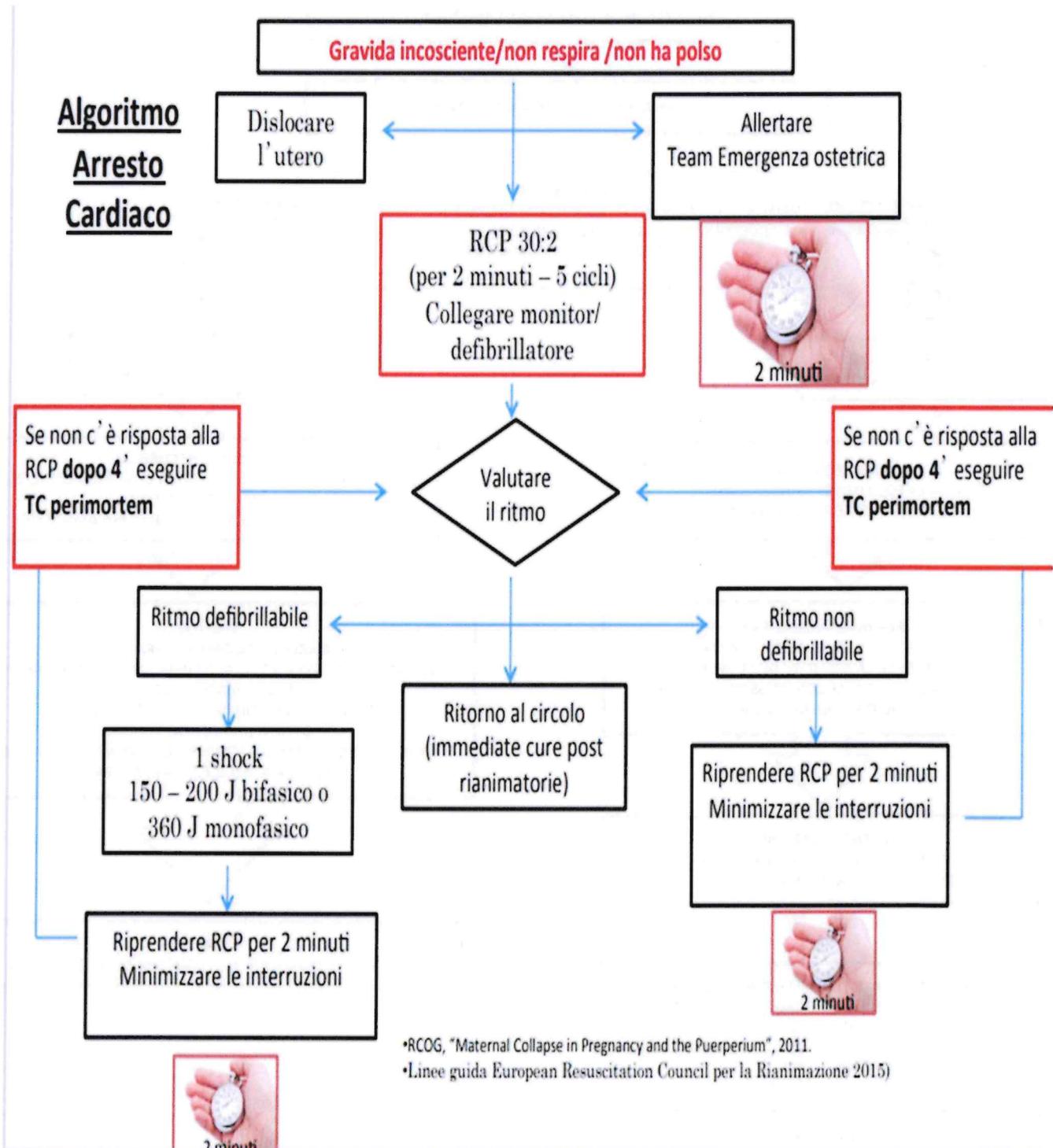
RIANIMAZIONE INTRAOSPEDALIERA (EUROPEAN RESUSCITATION COUNCIL GUIDELINES 2021)



*ESEGUI PIÙ AZIONI CONTEMPORANEAMENTE SE PRESENTE PERSONALE SUFFICIENTE

** USA UN DEFIBRILLATORE MANUALE SE PRESENTE E SE HAI LA FORMAZIONE ADEGUATA

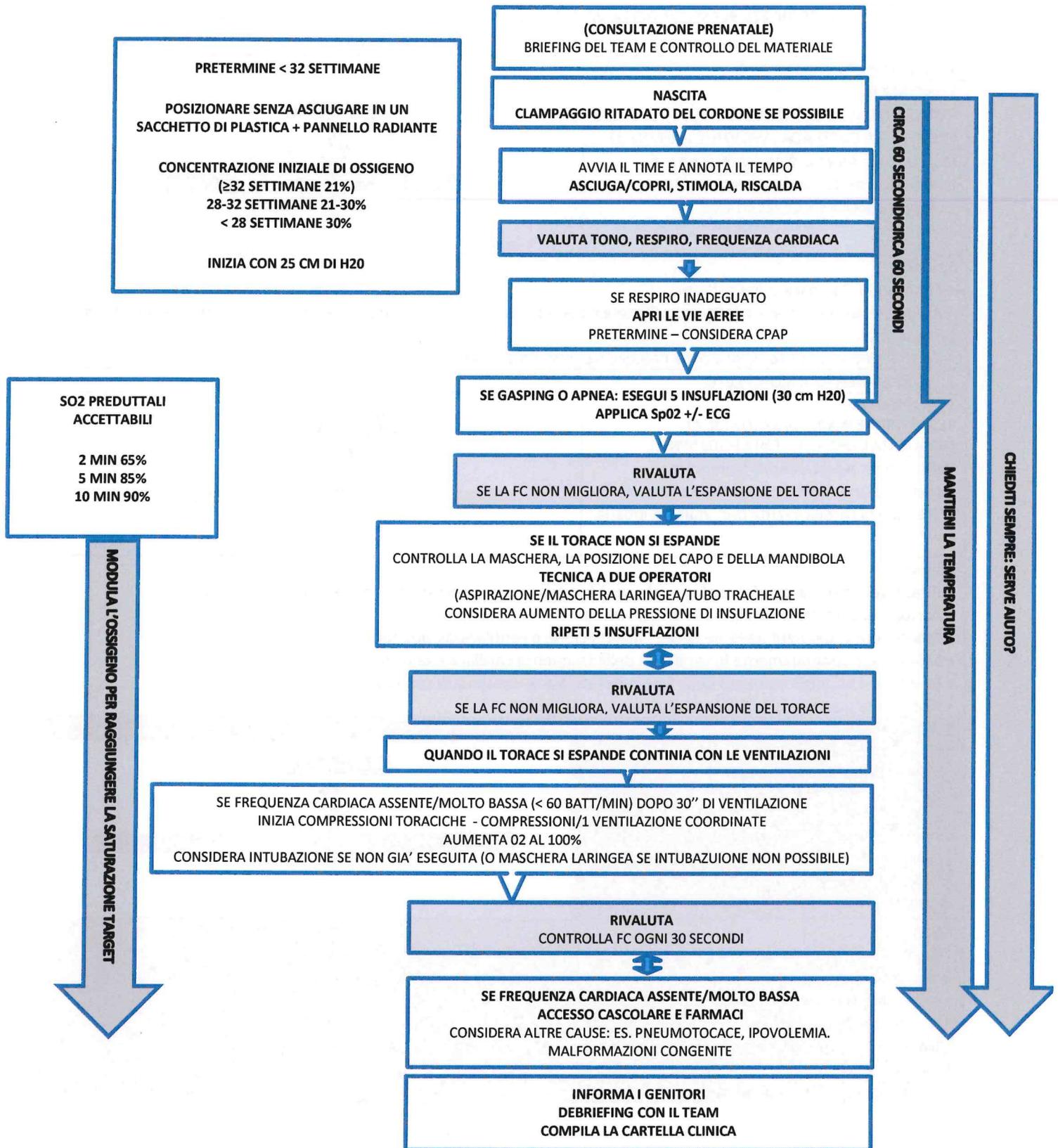
Allegato 1 A – Diagramma di intervento rianimazione intraospedaliera donna in gravidanza



14.2 Rianimazione neonatale

ALLEGATO 2 - CLASSIFICAZIONE SECONDO LA VALUTAZIONE INIZIALE SECONDO LG ERC/IRC 2021	
IN BASE ALLA VALUTAZIONE INIZIALE, IL NEONATO PUÒ ESSERE COLLOCATO IN UNO DEI TRE GRUPPI COME ILLUSTRANO I SEGUENTI ESEMPI:	
1. ADATTAMENTO SODDISFACENTE	
TONO BUONO RESPIRAZIONE PRESENTE O PIANTO FREQUENZA CARDIACA - VALIDA (≥ 100 MIN-1)	
Valutazione: Adattamento soddisfacente LA RESPIRAZIONE NON RICHIEDE UN SUPPORTO. LA FREQUENZA CARDIACA È ACCETTABILE.	
Azioni: <ul style="list-style-type: none"> • Ritardare il clampaggio del cordone. • Asciugare, avvolgere in un telo caldo. Tenere il neonato con la madre o l'assistente e garantire il mantenimento della temperatura. • Considerare il contatto pelle a pelle precoce se neonato stabile. 	
2. ADATTAMENTO INCOMPLETO	
TONO RIDOTTO RESPIRAZIONE INADEGUATA (O APNEA) FREQUENZA CARDIACA - LENTA (<100 MIN-1)	
Valutazione: Adattamento incompleto La respirazione richiede supporto ventilatorio, la frequenza cardiaca lenta può indicare ipossia	
Azioni: <ul style="list-style-type: none"> • Ritardare il clampaggio del cordone solo se si è in grado di supportare appropriatamente il neonato. • Asciugare, stimolare, avvolgere in un telo caldo. • Mantenere la pervietà delle vie aeree - insufflazione e ventilazione polmonare. • Monitorare continuamente le variazioni della frequenza cardiaca e la respirazione. • Se non vi è un miglioramento della frequenza cardiaca, continuare con la ventilazione. • Può essere necessaria la richiesta di aiuto. 	
3. ADATTAMENTO INADEGUATO/FALLITO	
IPOTONICO+/- PALLIDO RESPIRAZIONE INADEGUATA O APNEA FREQUENZA CARDIACA - BRADICARDICA (<60 MIN-1) O NON RILEVABILE	
Valutazione: Adattamento inadeguato/fallito La respirazione richiede supporto respiratorio, la frequenza cardiaca suggerisce ipossia significativa	
Azioni: <ul style="list-style-type: none"> • Clampare immediatamente il cordone e trasferire il neonato sul lettino di rianimazione. • Ritardare il clampaggio del cordone solo se si è in grado di supportare/rianimare appropriatamente il neonato. • Asciugare, stimolare, avvolgere in un telo caldo. • Mantenere la pervietà delle vie aeree - insufflazione e ventilazione dei polmoni. • Monitorare continuamente la frequenza cardiaca, la respirazione e la risposta alla ventilazione. • Continuare il supporto rianimatorio neonatale in base alla risposta. • È indicata la richiesta di aiuto. 	

ALLEGATO 3 – DIAGRAMMA DI INTERVENTO RIANIMAZIONE NEONATALE (ERC GUIDELINES 2021)



ALLEGATO 4: SCHEDA EVENTO EMERGENZA/URGENZA*

**Dipartimento Salute della Donna e Fisiopatologia della Riproduzione
Direttore: Dott.ssa Maria Giovanna Colella**

EVENTO EMERGENZA/URGENZA MATERNO/INFANTILE

Reparto richiedente:

- accettazione ostetrico/ginecologica**
- blocco parto**
- reparto**

Data e ora evento, diagnosi

Tipologia di assistenza

Operatori coinvolti nell'assistenza

Operatori chiamati in supporto (ora e motivazione)

Firma e timbro sanitario

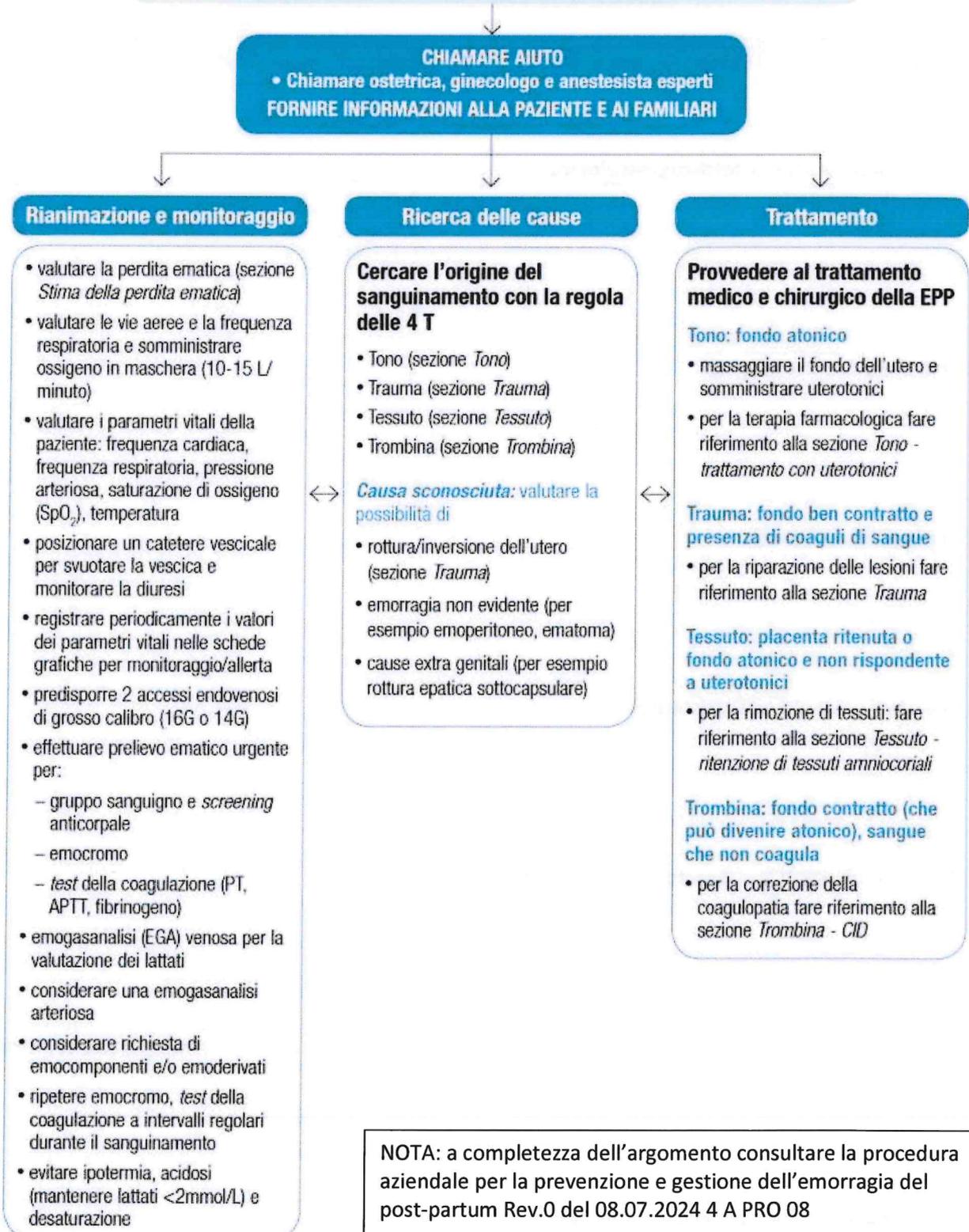
***Da compilare a fine episodio assistenziale**

Gestione delle Emergenze -Urgenze in Area Ostetrico- Neonatale Ospedale San Filippo Neri	4A PRO 09	Rev. 0 del 31/03/2025	Pag. 17 di 40
---	-----------	--------------------------	---------------

14.3 Emergenze emorragiche

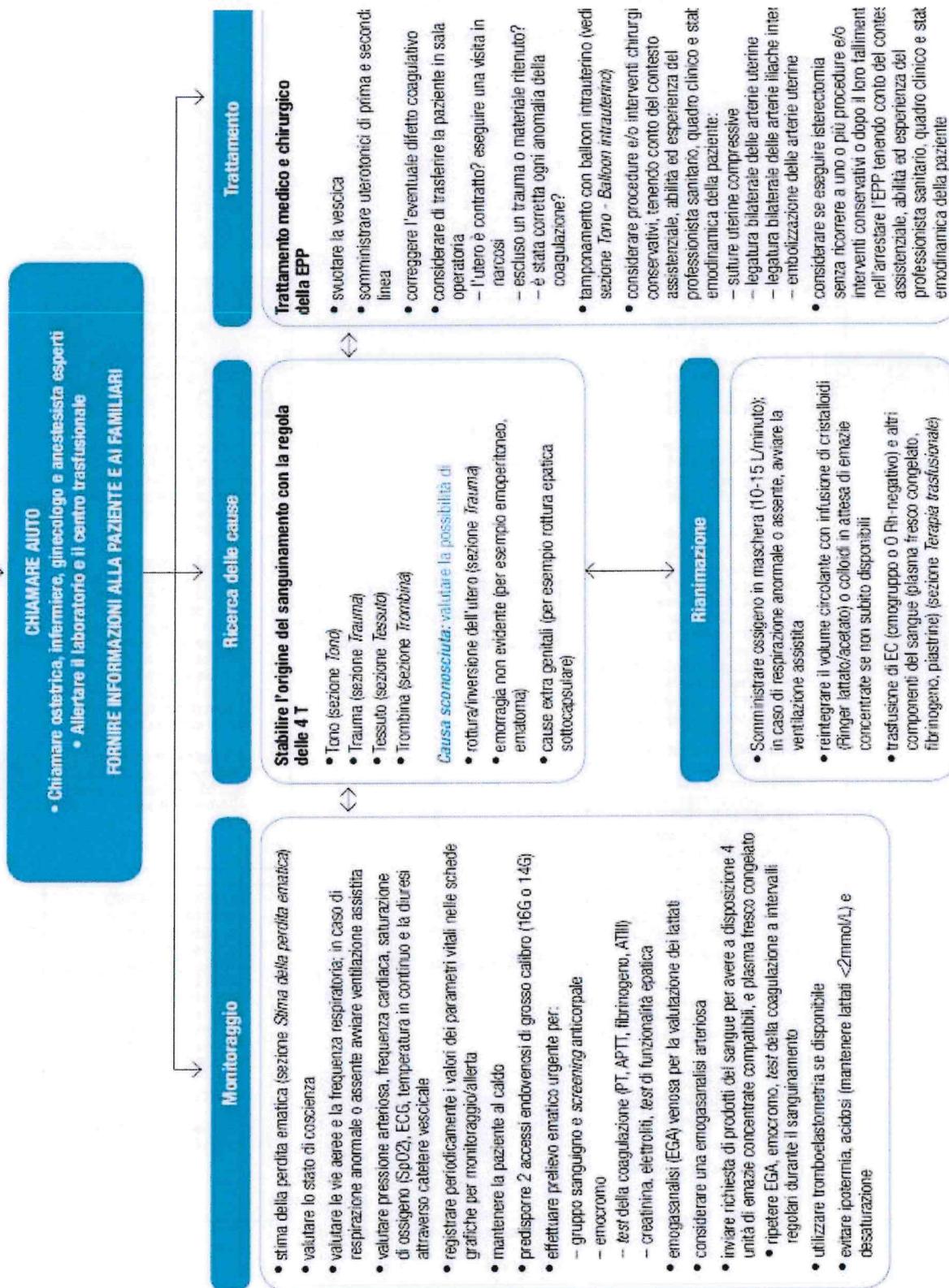
ALLEGATO 5 – ALGORITMO EMORRAGIA POST PARTUM CON PERDITE EMATICHE TRA 500 E 1000 ML, SENZA SEGNI DI SQUILIBRIO EMODINAMICO - (ItOSS – 2017)

e trattamento della EPP devono essere realizzati simultaneamente!



ALLEGATO 6 – ALGORITMO EMORRAGIA POST PARTUM CON PERDITE EMATICHE > 1000 ML, IN PAZIENTE EMODINAMICAMENTE INSTABILE – (ItOSS – 2017)

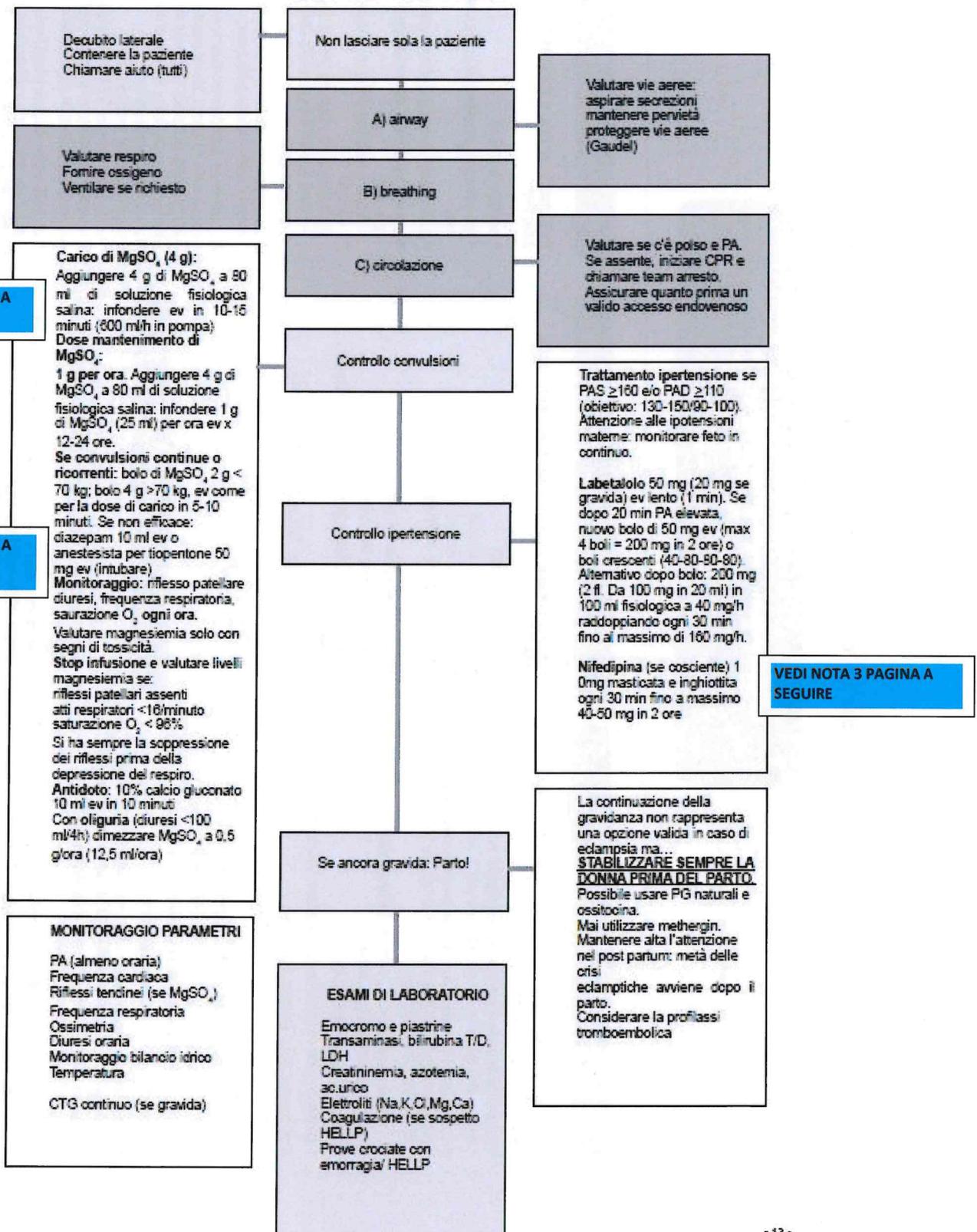
Comunicazione, rianimazione e monitoraggio, ricerca delle cause e trattamento della EPP devono essere realizzati simultaneamente!



14.4 Crisi eclampica- Pre eclampsia

ALLEGATO 7: Algoritmo Eclampsia (ITOSS, 2016)

Algoritmo eclampsia



ALLEGATO 7 A – NOTE ALGORITMO ECLAMPSIA

Nota 1. Se a disposizione fiale di MgSO₄ in concentrazione 1g in 10 ml, la diluizione sarà la seguente:
per la dose di carico: Aggiungere 4 fiale di MgSO₄ a 60 ml di soluzione fisiologica e infondere in 10-15 min (600 ml/h utilizzando una pompa infusoriale)
per la dose di mantenimento: Aggiungere 4 fiale di MgSO₄ a 60 ml di soluzione fisiologica e infondere a 25 ml/h per 12-24 ore (ossia 1 gr per ora).

Nota 2. Tiopentone non disponibile.

Nota 3. Nifepifina 10 mg non disponibile

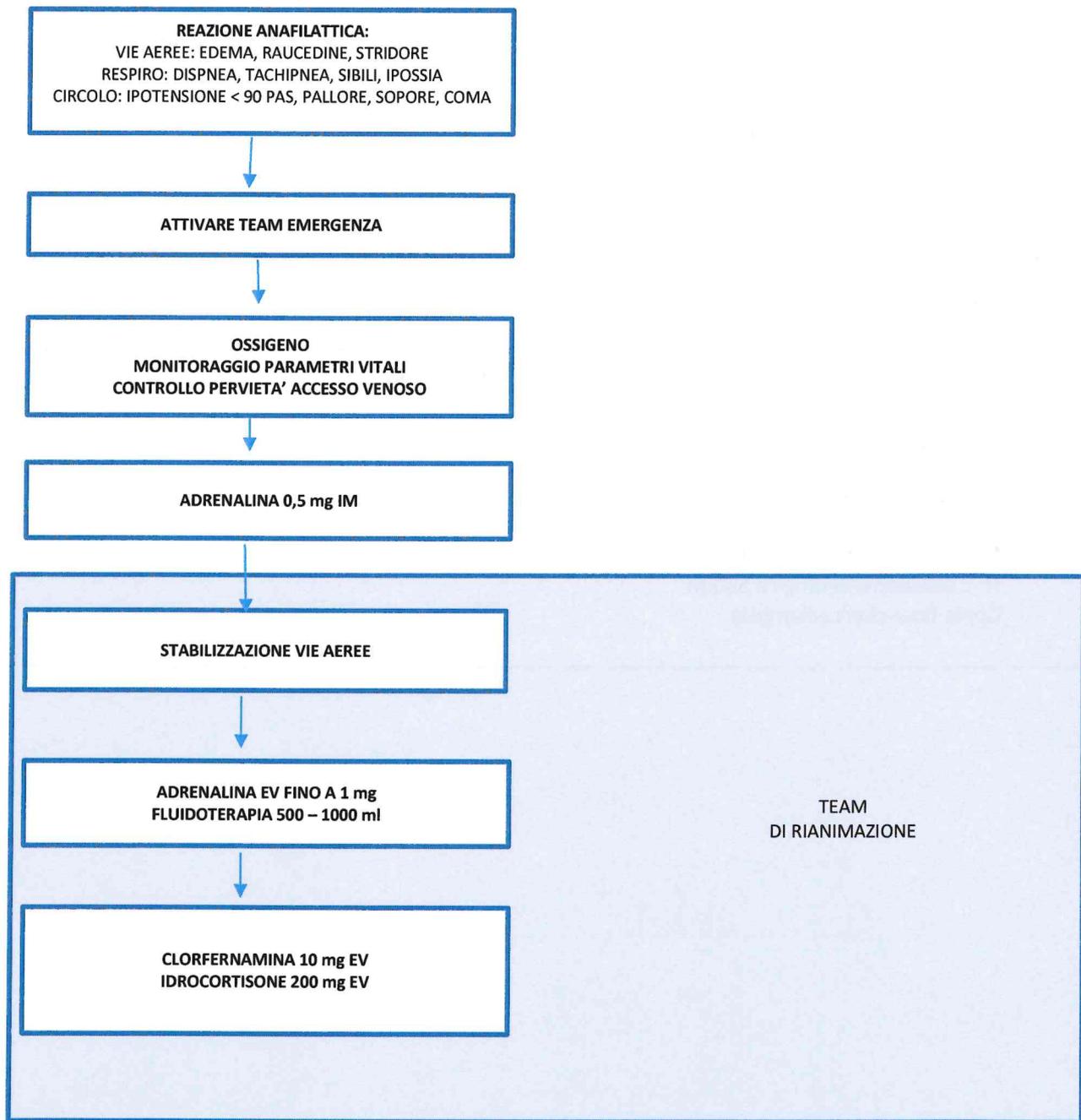
A seguire il contenuto dell'eclampsia box (AIPE 2013; ITOSS 2016) e sito nell'armadio centrale del corridoio blocco parto.

ECLAMPSIA BOX – BLOCCO PARTO – ARMADIO CORRIDOIO CENTRALE

- MgSO₄ fiale 2 g in 10 ml (10 fiale)
- Labetalolo fiale 100 mg in 20 ml (5 mg/ml) 2 fiale
- Diazepam fiale 10 mg ev/im (2 fiale)
- Midazolam fiale 5 mg/ml (2 fiale)
- Calcio gluconato fiale 1 g in 10 ml (2 fiale)
- N. 5 soluzione fisiologica 100 ml
- N. 2 soluzione fisiologica 500 ml
- Copia flow-chart eclampsia

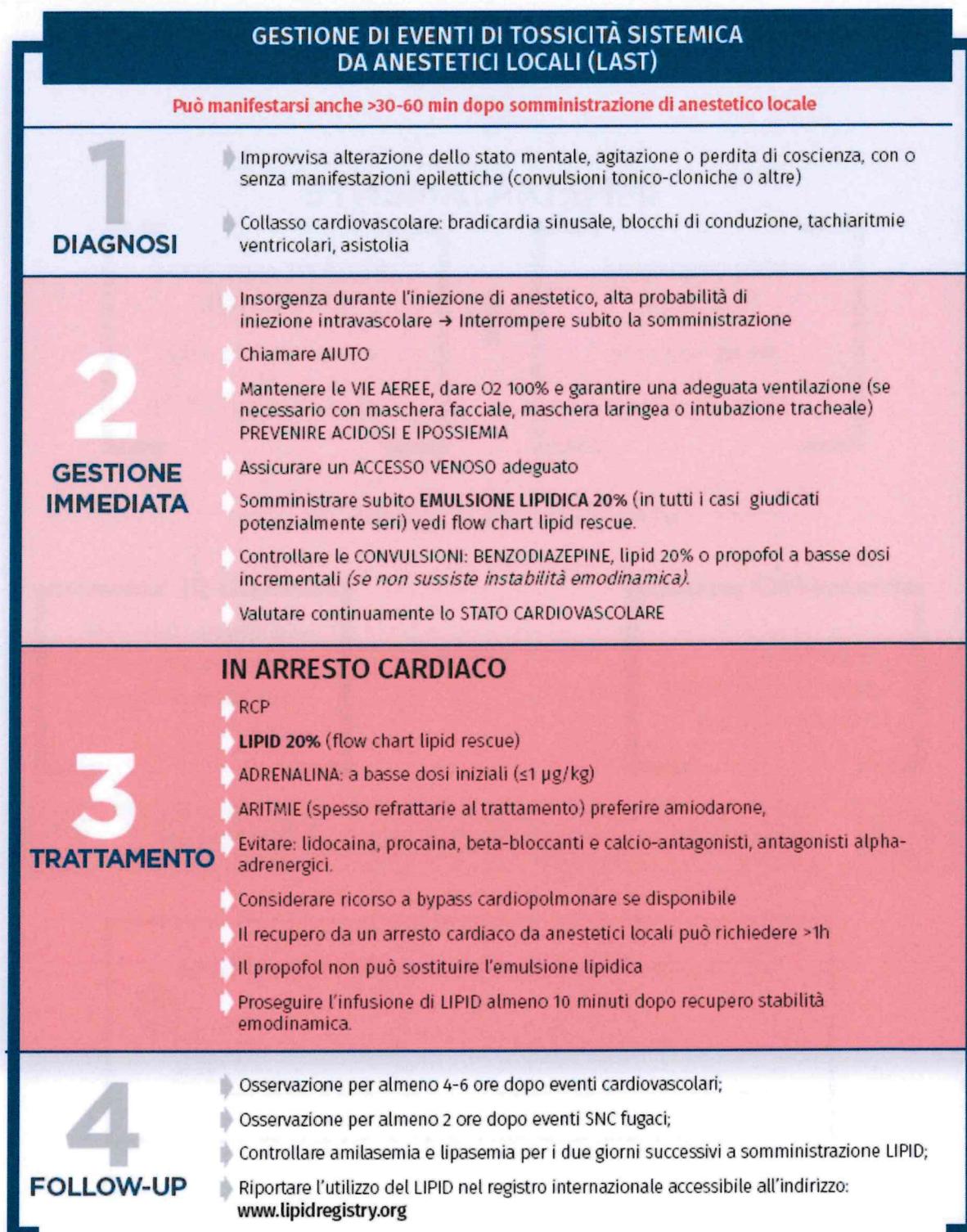
14.5 Shock anafilattico

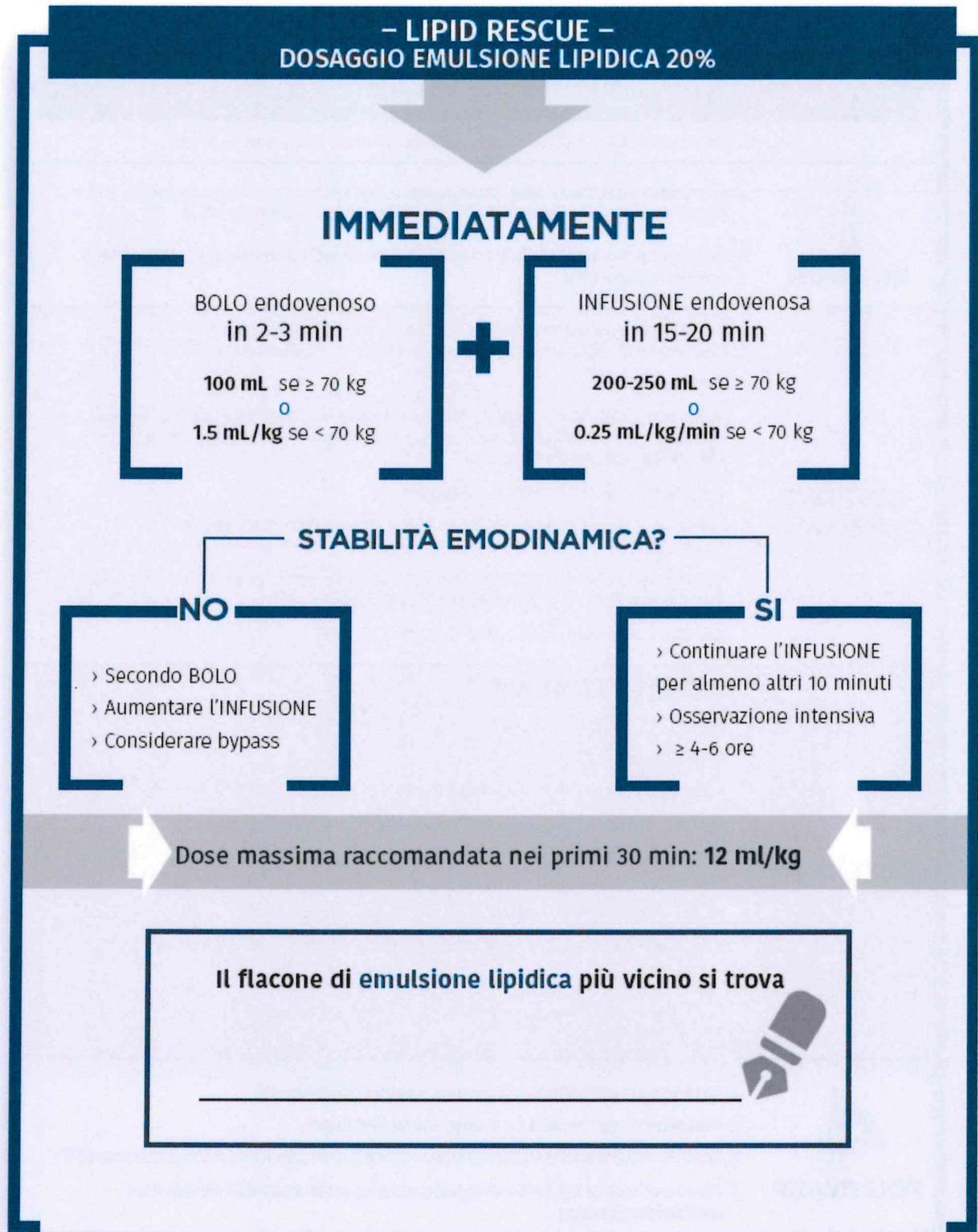
ALLEGATO 8: ALGORITMO MANAGEMENT SHOCK ANAFILATTICO (SIRM-SIAARTI, 2019)



14.6 Eventi di tossicità sistemica ad anestetici locali (LAST)

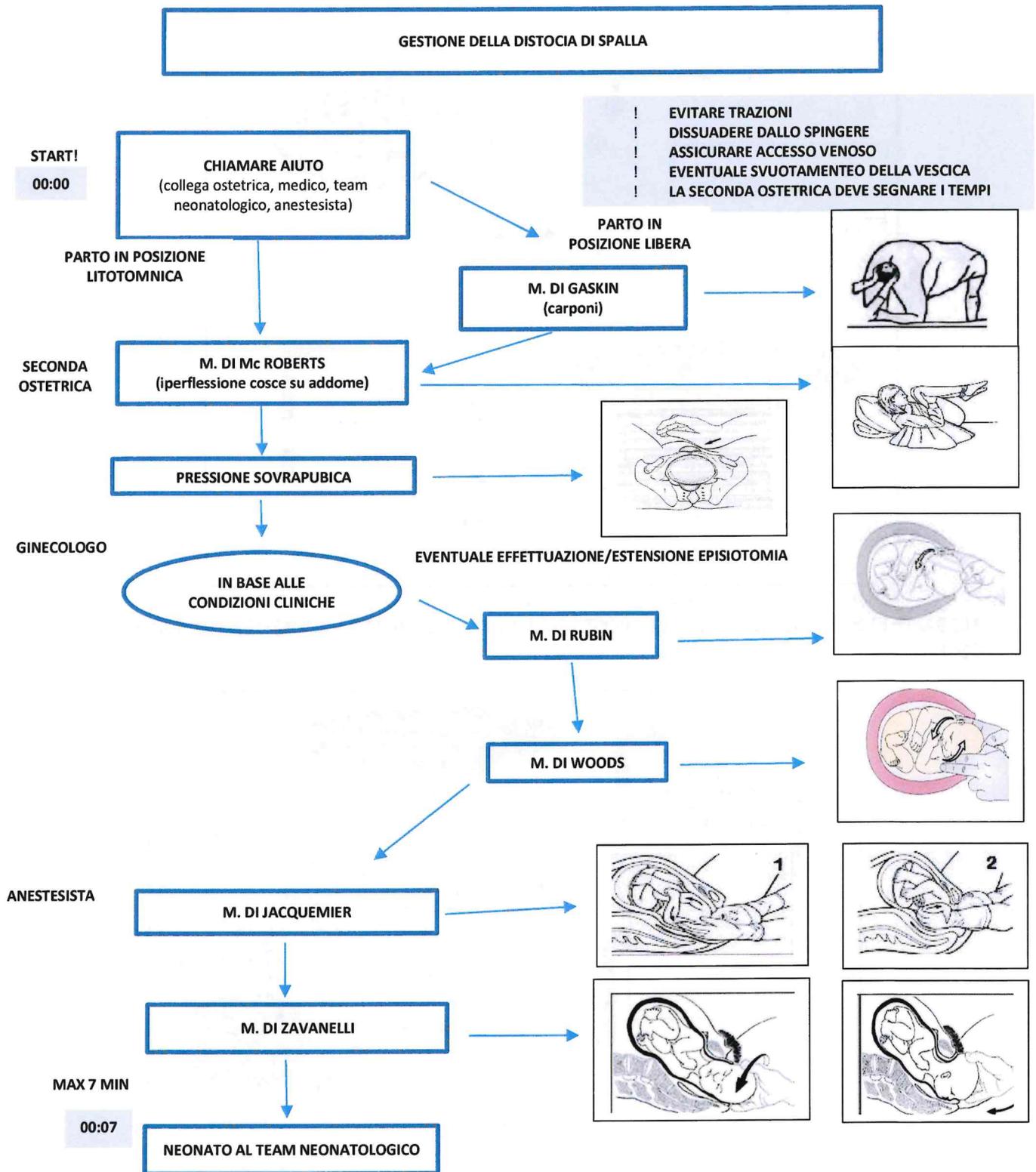
ALLEGATO 9: ALGORITMO MANAGEMENT LAST (SIAARTI, 2019)





14.8 Distocia di spalle

ALLEGATO 11: ALGORITMO GESTIONE DISTOCIA DI SPALLE (DI TOMMASO M, IANNUZZI L.)



ALLEGATO 11 a – POSSIBILE SEQUENZA POSTURALE IN CASO DI PARTO IN POSTURA CARPONI (SIGO, 2024)

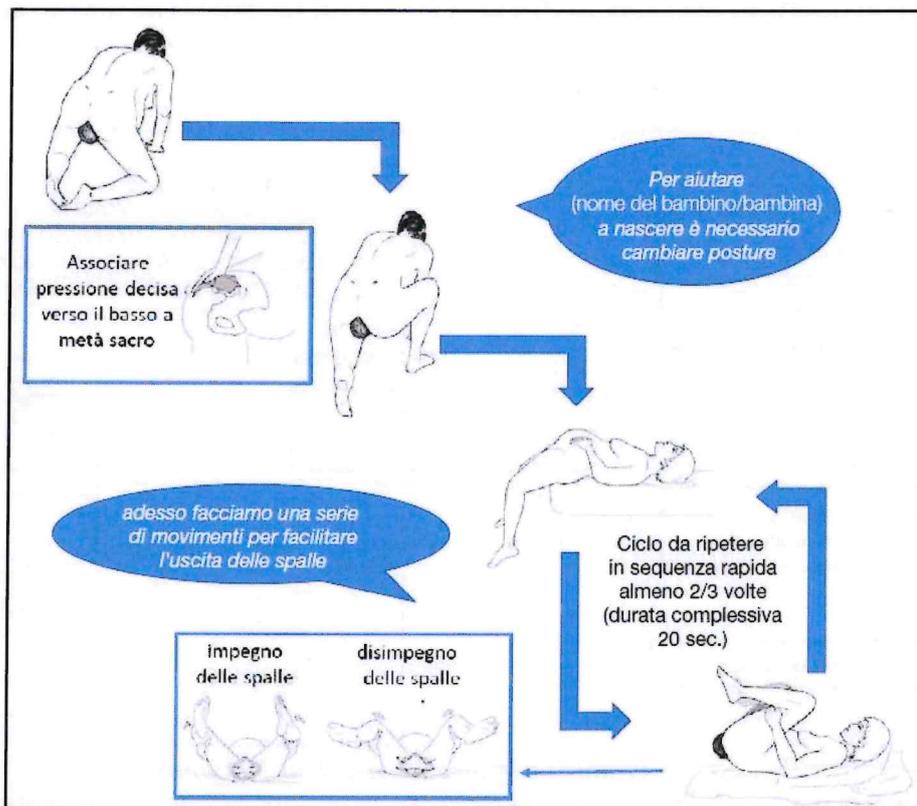


Figura 1. Possibile sequenza posturale in caso di parto in postura carponi

ALLEGATO 11 b – POSSIBILE SEQUENZA POSTURALE IN CASO DI PARTO IN POSTURA LITOTOMICA (SIGO, 2024)

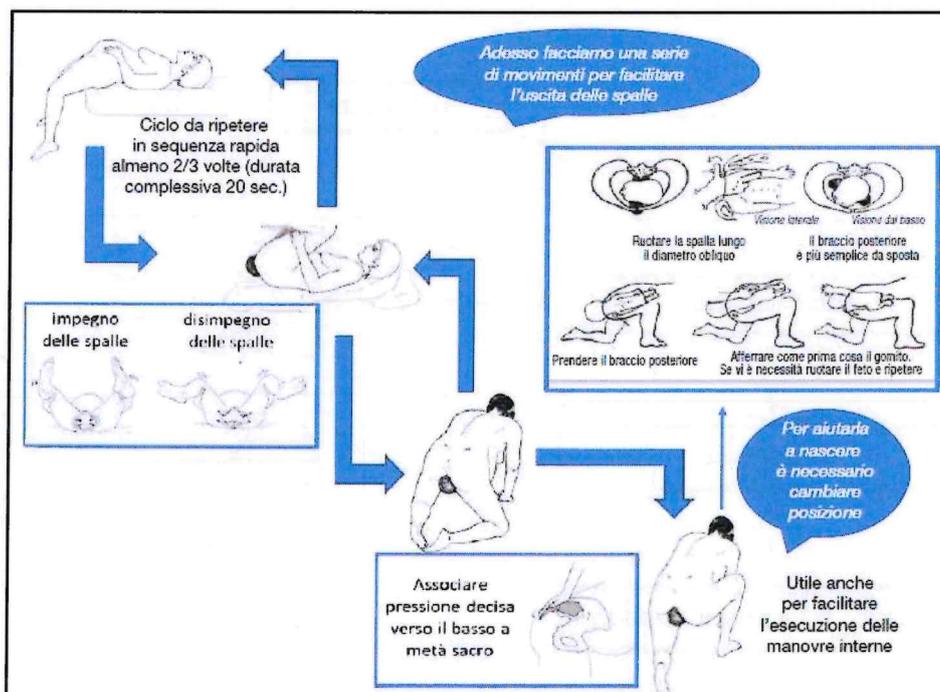


Figura 2. Possibile sequenza posturale in caso di parto in postura litotomica

14.8 Emergenze chirurgiche

Relativamente alle emergenze chirurgiche si rimanda alla flow chart, riferita al taglio cesareo in emergenza/urgenza presente come allegato 3 nella procedura aziendale per il parto vaginale dopo taglio cesareo (VBAC) Rev.0 del 20.07.2021 4 a pro 05. Tale flow chart può modulata per tutte le emergenze chirurgiche, con esclusione dell'attivazione della sezione neonatale.

ALLEGATO 12: SCHEMA DI RAPIDA CONSULTAZIONE DEI NUMERI TELEFONICI UTILI

NUMERI DI TELEFONO UTILI	
ACCETTAZIONE OSTETRICO/GIENCOLOGICA	2472
ANESTESITA	GIORNO: 7887 – NOTTE:7888
ANESTESITA EMERGENZE IN CONTEMPORANEA	GIORNO: 7879 – NOTTE: 7882
BLOCCO PARTO DESK	2396 - 2371
GINECOLOGO	GIORNO: 7872/7873 NOTTE: 7874/7876 ACCETTAZIONE: 7875
INFERMIERE NEONATOLOGIA (assistenza in sala parto)	7845
LABORATORIO URGENZE	2901/2582/2928
NEONATOLOGO	GIORNO: 7841 – NOTTE: 7842
NEONATOLOGIA	2455/2227
OSTERICA DESK	2376 – 2267 (medicheria)
OSTETRICA DI TRIAGE	7805
RADIOLOGIA D'URGENZA	2939/2941
RIANIMAZIONE	2240/2346/2398/2458/2239
T.I.P.O.	2486/2398/3772/3773/3720
TRASFUSIONALE	2279

ALLEGATO 13: MODULO TRASFERIMENTO STAM

ASL ROMA 1
DIPARTIMENTO EMERGENZA E ACCETTAZIONE SAN FILIPPO NERI
UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza San Filippo Neri



Cod.643

(Timbro UO richiedente)

RICHIESTA SERVIZIO AMBULANZE

NUOVA CROCE VERDE ROMANA

Tel. 06/24302222 – Fax 06/24301005

Form with checkboxes for patient transport details, including urgency, transport type, and patient condition.

Recapito telefonico interno del reparto richiedente: ...
Roma, .../.../...

Il Medico o il Caposala
UO richiedente

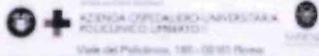
Timbro e firma

rev 03 del 03/03/2015

ALLEGATO 14: FAX-SIMILE MODULO TRASFERIMENTO STEN



Centro di Riferimento Regionale
STEN - Regione Lazio
T. 06 49879337 - Fax 06 49879335
n.gre@pccidi.comuniborl.it



ACQUA CHIAVA - UNIVERSITÀ
ACQUA CHIAVA - UNIVERSITÀ
Viale del Politecnico, 155 - 00131 Roma

Centro trasferente

FOGLIO NOTIZIE TRASFERIMENTO NEONATALE (compilazione in duplice copia a cura del centro trasferente) 1/2

DATI ANAGRAFICI Neonata: cognome / nome Sesso _____ data di nascita _____

giorno mese anno ora min.

Nelvia (comune): _____ Ospedale / Casa di cura: _____

Padre (nome): _____ Madre (cognome e nome): _____ neta I: _____

Residenza (indirizzo completo): _____ Nazionalità: _____

Ricapito (indirizzo completo): _____ Tel: _____

ASL di residenza: _____ Note: _____

ANAMNESI OSTETRICA

Gravidanze precedenti n°										
n°	anno	aborto prov.	aborto spont.	parto morto	parto vivo	E.G.	sesto	peso alla nascita	patologia neonatale ed esito - profilassi anti D	
1										
2										
3										
4										
5										

GRAVIDANZA ATTUALE fisiologica assistita (specificare _____) | data ultima mestruazione: _____ E.G. (sett.) _____

Fattori di rischio: fumo in specie in _____ alcool (3 sett. no in 1) tecnica di spegnimento di: sciatore d'abito _____

minaccia di aborto, sett. _____ minaccia di parto prematuro, sett. _____ diabete tipo _____ obesità gestosi

altre patologie: _____

	Gruppo	Coerita Ind.	Salmonella	HBeAg	HCV	HIV	Toxoplasmosi	DMV	Rosolia	Herpes	Strepto B
data											
esito											

altri: _____

esami strumentali: _____

glucoceffidi (tipi) _____ dosaggio _____ data ultima dose _____ n° dosi _____

altri farmaci: _____

note sulla gravidanza attuale: _____

TRAVAGLIO

PARTO

Accademia Pediatrica Umberto I - Comitato Scientifico dello STEN Lazio 011/20936/33 - Pag. 1/3
Data elaborazione - novembre 2014 - Data approvazione - dicembre 2014 - Rev. 2 - Allegato 4 PPT/1/2006/001/01

Cod. ECM 10202-200 - Tip. Formale

ALLEGATO 15 – CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA ACCETTAZIONE OSTETRICA GINECOLOGICA

CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA - ACCETTAZIONE OSTETRICA E GINECOLOGICA		
PIANO CARRELLO		
LARINGOSCOPIO + LAMA 4 + LAMA 3	DEFIBRILLATORE	
PIATRE ADESIVE DEFIBRILLATORE	ELETTRODI	
BATTERIE RICAMBIO PER LARINGOSCOPIO	PALLONE AMBU	
PASTA CONDUTTRICE PER DEFIBRILLATORE	GUEDEL	
SACCA INTRALIPID 500 ml (ANTAGONISTA ANESTESIA LOCALE)	GUANTI MONOUSO	
PRIMO CASSETTO		
SIRINGHE DA 2,5 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml	AGHI CANNULA 20 G, 18 G, 16 G	
AGHI CANNULA PER RADIALE (ULTIMO CASSETTO SALA OPERATORIA CESAREI)	RUBINETTI	
PROVETTE	AGHI	
VACUTAINER	GLUCOMETER	
SECONDO CASSETTO		
ADRENALINA	VENTOLIN (FIALE E PUFF)	
ALMARITM	URASAP 50 mg	
ATROPINA	UGUROL	
CATAPRESAN (CLONIDINA)	SOLUMEDROL 1000 mg	
KRENOSIN	PROPOFOL (UNISOL)	
CORDARONE (AMIODARONE)	NALOXONE	
LIDOCAINA FL 10 ml	FLUMAZENIL	
LIDOCAINA FLACONE 50 ml	MIDAZOLAM	
EFEDRINA	PANTOPRAZOLO	
GLUCOSIO 33%	SODIO BICARBONATO	
EMISTOP	MAGNESIO SOLFATO	
LANOXIN	CALCIO GLOCONATO	
TEFAMIN	TRIMETRON	
RYTMONORM	SELOKEN (METROPROLOLO)	
DOPAMINA	FUROSEMIDE (LASIX)	
	NITROGLICERINA	
TERZO CASSETTO		
SONDINO NASO GASTRICO	SONDONI DI ASPIRAZIONE	
SIRINGHE 50 ml A CONO	CATETERE VESCICALE 18 CH	
BUSTE URINE STERILI		
QUARTO CASSETTO		
MASCHERE LARINGEE 3 – 4	AMBU	
CATETERE DI MOUNT	MASCHERA PER OSSIGENO	
GUEDEL VERDI (4) E GIALLE (5)	MASCHERA DA ANESTESIA 3 – 4 - 5	
TUBI ENDOTRACHEALI 6,5 – 7 – 7,5	FONENDOSCOPIO	
VA E VIENI		
RIPIANO LATERALE SINISTRO		
1 RINGER LATTATO 500ml	1 SOL. GLUCOSATA 5%	
GELOFUSINE	1 SOL. GLUCOSATA 10%	
1 SOLUZIONE FISILOGICA 100 ml/500 ml	DEFLUSSORI - DISINFETTANTI	
RETRO CARRELLO		
BOMBOLA OSSIGENO		

DATA E ORA _____ CODICE LUCCHETTO _____

FIRMA _____

Il controllo e/o ripristino devono essere fatti dopo ogni utilizzo e il primo sabato del mese

Relativamente alle check list carrello emergenze blocco parto si rimanda all'allegato 4 della procedura aziendale per il parto vaginale dopo taglio cesareo (VBAC) Rev.0 del 20.07.2021 4 A PRO 05.

**ALLEGATO 16 – CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA REPARTO OSTETRICIA E GINECOLOGIA;
BOX INTUBAZIONE, BOX ECLAMPSIA**

CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA REPARTO OST-GIN				
PIANO SUPERIORE DX E SX		PIANO CARELLO		
BOX ECLAMPSIA (VEDI CHECK LIST)			PALLONE AMBU	
BOX INTUBAZIONE (VEDI CHECK LIST)			GUANTI MONOUSO	
DEFIBRILLATORE			MONITOR MULTIPARAMETRO	
SACCA INTRALIPID 500 ML (antagonista an.loc.)				
CASSETTO ROSSO				
ADRENALINA	10 FL 1 mg 1 ml	1 sc.	GELOFUSINE	2 sc.
AMINOFILLINA		2 sc.	INTRALIPID	
ATROPINA	10 fl 0,5 mg 1 ml	2 sc.	LABETALOLO (TRANDATE)	3 sc.
ALMARYTM			LANOXIN 6 fl 0,5 mg 2 ml	1 sc.
BENTELAN (BETAMETASONE)		3 sc.	MEPIVACAINA	1 sc.
CATAPRESAN	3 fl 150 mcg 1 ml		NARCAN(NALOXONE)10 fl 0.4 mg 1 ml	
CORDARONE (AMIODARONE)	6 fl 150 mg 3ml	1 sc.	NIFEDICOR gtt (NIFEDIPINA)20 mg1 ml	
DOBUTAMINA	250 mg/20 ml	1 sc.	RYTMONORM 5 fl 70 mg/20 ml	1 sc.
DIAZEPAM (VALIUM)	5 fl. 10 mg/2 ml	1 sc.	SELOKEN (METROPOLOLO) 5 fl	1 sc.
EBRANTIL (UROLIPID)			TEFAMIN 5 fl 240 mg/10ml	
FLEBOCORTID (DESOMETASONE)		1 SC.	PROPOFOL (UNIFOL) 2 flac. 10 mg 1 ml	
FUROSAMIDE (LASIX)	5 fl 20 mg 1ml	2 SC.	URBASON (SOLU-MEDROL)	2 sc.
FLUMAZENIL	5 fl 0.1 mg 1 ml	1 SC.	UGUROL 6 fl 500 mg 5 ml	2 sc.
GLUCOSIO 33%	14 fl.	1 SC.	VENTOLIN (SALBUTAMOLO) 5 mg/1ml	
GRANISETRON (EMISTOP)	4 mg-3 mg 5 fl	2 SC.		
CASSETTO VERDE				
EFEDRINA	5 fl 25 mg 1 ml	2 sc.	DOPAMINA 10 fl 200 mg 5 ml	2 sc.
LIDOCAINA	10 fl 20 mg 1ml	1 sc.	MG. SOLFATO 10 fl 1gr 10 ml	2 sc.
MIDAZOLAM	10 fl 15 mg 3 ml	4 sc.	CA GLUCONATO 10 fl 1000 mg	
SODIO BICARBONATO	5 fl 10 nEq/10 ml	1 sc.	DECADRON (DESOMETASONE)	2 sc.
TRIMETON	5 fl 10 mg/1ml	2 sc.	KRENOSIN	
CASSETTO GIALLO				
ELETTRODI ECG			MATERIALE CVP	
SIRINGHE 5-10-20-60			DEFLUSSORI POMPA INFUS.	
SIRINGHE EGA			BUSTE URINE STERILI	
RUBINETTI			CEROTTI	
MATERIALE PRELIEVI EMATICI			CATETERE ARTERIOSO	
NELATON 18			CANNULE NASALI O2	
GEL			DEFLUSSORI	
CASSETTO BLU				
TUBI ENDOTRACHEALI ARMATI E NON	6,5-7-7,5		FAST-TRACK	
RACCORDO A T			MASCHERE LARINGEE 3-4	
GUEDEL ROSSO, GIALLO, VERDE			PALLONE AMBU	
VA E VIENI			MASCHERE FACCIALI	
SONDINI ASPIRAZIONE				
FILTRI			RACCORDI	
CASSETTO SX				
LIQUIDI			MASCHERE O2	
GUANTI STERILI				

CHECK LIST BOX INTUBAZIONE REPARTO OST-GIN				
BOX INTUBAZIONE				
LAMA	n.5	1	SIRINGA 10ml	2
LAMA	n.4	1	FORBICE	1
LAMA		2	LUAN	1
CANNULE DI GUEDEL	n.4	2	BISTURI	
CANNULE DI GUEDEL	n.3	2	CEROTTO	
CANNULE DI GUEDEL	n.2	1	MANDRINO (sterile)	3
MASCHERA LARINGEA			GARZA	
BATTERIE PER MANICO LARING.		2		
MANICO LARINGOSCOPIO		1		
PINZA DI MAGILL				
SONDINO ASPIRAZIONE ADULTO				
TUBO ENDOTRACHEALE	n.8	2		
TUBO ENDOTRACHEALE	n.7,5	3		
TUBO ENDOTRACHEALE	n.7	3		
TUBO ENDOTRACHEALE	n.6,5	4		
TUBO ENDOTRACHEALE	n.6	1		

CHECK LIST BOX ECLAMPSIA REPARTO OST-GIN				
BOX ECLAMPSIA				
MgSO4 FIALE 2gr in 10ml (5 FIALE)			SACCA URINA	
LABETALOLO FIALE 100mg in 20ml (5mg/ml) (2 FIALE)			CATETERE FOLEY	
DIAZEPAM FIALE 10mg e.v./i.m. (2 FIALE)			SET SIRINGHE 10 ml-20 ml	
MIDAZOLAM 5 mg/ml (2 FIALE)				
CALCIO GLUCONATO FIALE da 1gr in 10ml (2 FIALE)			AGHI per diluire	
LACCIO EMOSTATICO			SODIO CLORURO 10 ml	
AGO CANNULA			SODIO CLORURO 100 ml	
DEFLUSSORE CON DIAL-FLO			SODIO CLORURO 250 ml	
GUEDEL	N. 2-3-4		SODIO CLORURO 500 ml	
CEROTTO SETA			RUBINETTI A 3 VIE	
FLOW CHART ECLAMPSIA				

ALLEGATO 17 - CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA DAY SURGERY

CHECK LIST CARRELLO EMERGENZA DAY SURGERY		
PIANO CARRELLO		
LARINGOSCOPIO + LAMA 4 + LAMA 3	DEFIBRILLATORE	
BATTERIE RICAMBIO PER LARINGOSCOPIO	PALLONE AMBU	
PASTA CONDUTTRICE PER DEFIBRILLATORE	GUEDEL	
SACCA INTRALIPID 500 ml (ANTAGONISTA ANESTESIA LOCALE)	GUANTI MONOUSO	
PRIMO CASSETTO		
SIRINGHE DA 2,5 ml, 5 ml, 10 ml, 20 ml	AGHI CANNULA 20 G, 18 G, 16 G	
AGHI CANNULA PER RADIALE (ULTIMO CASSETTO SALA OPERATORIA CESAREI)	RUBINETTI	
SECONDO CASSETTO		
ADRENALINA	VENTOLIN	
ALMARITM	URASAP 50 mg	
ATROPINA	UGUROL	
CATAPRESAN	SOLUMEDROL 1000 mg	
KRENOSIN	PROPOFOL (UNISOL)	
CORDARONE (AMIODARONE)	NALOXONE	
LIDOCAINA FL 10 ml	FLUMAZENIL	
LIDOCAINA FLACONE 50 ml	MIDAZOLAM	
EFEDRINA		
TERZO CASSETTO		
GLUCOSIO 33%	SODIO BICARBONATO	
EMISTOP	MAGNESIO SOLFATO	
	CALCIO GLOCONATO	
LANOXIN	TRIMETRON	
TEFAMIN	SELOKEN (METROPROLOLO)	
RYTMONORM	FUROSEMIDE (LASIX)	
DOPAMINA		
QUARTO CASSETTO		
SONDINO NASO GASTRICO	SONDONI DI ASPIRAZIONE	
SIRINGHE 50 ml A CONO	DEFLUSSORI	
BUSTE URINE STERILI		
QUINTO CASSETTO		
MASCHERE LARINGEE 3 – 4	AMBU	
CATETERE DI MOUNT	MASCHERA PER OSSIGENO	
GUEDEL VERDI (4) E GIALLE (5)	MASCHERA DA ANESTESIA 3 – 4 - 5	
TUBI ENDOTRACHELAI 6,5 – 7 – 7,5	FONENDOSCOPIO	
VA E VIENI		
RIPIANO LATERALE		
ELETTRODI	1 SOL. FIS. 500 ml	
GELOFUSINE	1 RINGER LATTATO 500ml	
1 SOLUZIONE FISILOGICA 100 ml	DISINFETTANTI	
RETRO CARRELLO		
BOMBOLA OSSIGENO		

ALLEGATO 18- ZAINO PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE

Lo zaino è conservato presso l'accettazione ostetrica al lato del carrello emergenze. Il controllo dell'integrità e del contenuto deve essere fatto mensilmente (il primo sabato del mese) e dopo ogni utilizzo, utilizzando la check list a seguire.

<p><u>SACCA ARANCIONE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • GUEDEL MIS. 2 cm 8 COLORE VERDE n. 1 • GUEDEL MIS. 3 cm 9 COLORE GIALLA n. 1 • GUEDEL MIS .4 cm 10 COLORE ROSSA n. 1 • GUEDEL MIS. 5 cm 11 COLORE AZZURRA n. 1 • MASCHERA FACCIALE MIS 4 n.1 • MASCHERA FACCIALE MIS 3 n.1 <p><u>SACCA VERDE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • MASCHERA LARINEGEEA MIS 3 n.1 • MASCHERA LARINEGEEA MIS 4 n.1 <p><u>SACCA BLU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • EMAGEL n.1 • SOLUZIONE FISIOLGICA 250 ml n.1 • SOLUZIONE FISIOLGICA 100 ml n.2 • DEFLUSSORI SEMPLICI n.2 • DEFLUSSORE DIA-FLO n.1 • AGHI DILUIZIONE n.6 • SIRINGHE 10 ml n. 3 • SIRINGHE 5 ml n.3 <p><u>SACCA GIALLA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • BENTAMETASONE 4mg/ml - 1 scatola • IDROCORTISONE 1 gr - 1 scatola • IDROCORTISONE 500 mg - 1 scatola • ATROPINA SOLFATO 0,5 mg/ml - 1 scatola • MIDAZIOLAM 5mg/ml - 1 scatola 	<p><u>SACCA ROSSA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • AGOCANNULA G. 14 n.2 • AGOCANNULA G. 16 n.2 • AGOCANNULA G. 18 n.2 • AGOCANNULA G. 20 n.2 • AGOCANNULA G. 22 n.2 • AGOCANNULA G. 24 n.2 • CEROTTO ROCCHETTO 5 CM n.1 • LACCIO EMOSTATICO n.2 • RUBINETTO 3 VIE n.3 • GUANTI NON STERILI • GARZINE STERILI 10X10 n.2 <p><u>SACCA ESTERNA GRANDE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • TELO STERILE NEONATO n.2 • COPERTA ISOTERMICA N.2 • CORD CLAMP N. 4 • FORBICI STERILI N. 1 oppure BISTURI LAMA 21 N. 1 • GUANTI STERILI MIS. 6,5 n. 1 • GUANTI STERILI MIS. 7 n. 1 • GUANTI STERILI MIS. 7,5 n. 1 • GUANTI STERILI MIS. 8 n. 1 <p><u>INTERNO ZAINO</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • PALLONE AMBU <p><u>SACCA ESTERNA LATERALE SINISTRA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • CLOREXIDINA 1 FLACONE 250 ml
--	--

Data	Motivo (controllo mensile o ripristino dopo utilizzo)	Cognome e nome di chi effettua il controllo	Firma	note

ALLEGATO 20 – ZAINO URGENZE NEONATALI

Lo zaino è sito presso il nido.

<p><u>SACCA ARANCIONE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Laringoscopio e batterie • Lama mis 0 n.1 • Lama mis 1 n.1 • Mandrino n.2 • Fonendoscopio • Cerotto di seta per intubazione <p><u>SACCA VERDE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • TET mis 2.5 n.2 • TET mis 3 n.2 • TET mis 3.5 n.2 • TET mis 4 n.2 <p><u>SACCA BLU</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambu n.1 • Mascherina mis 0 n.2 • Mascherina mis 1 n.2 <p>Accanto sacca blu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guanti sterili mis 6 n.2 • Guanti sterili mis 6.5 n.2 • Guanti sterili mis 7 n.2 • Guanti sterili mis 7.5 n.2 <p><u>SACCA GIALLA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Soluzione Glucosata 10% • Deflussori n.2 • <u>ADRENALINA (da prendere in frigo)</u> <p><u>SACCA ROSSA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Aghi cannula Saf-T-Intima 24G n.2 • Aghi cannula Neoflon 24G n.2 • Siringhe 5ml n.4 • Siringhe 10ml n.4 • Aghi Microtip 18G n.4 • Laccio emostatico n.2 • Rubinetto 3vie n.2 • SF 10ml n.5 • Steri-strip e medicazione fissaggio avp 		<p><u>SACCA ESTERNA LATERALE SINISTRA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Saturimetro e sonde <p><u>SACCA ESTERNA LATERALE DESTRA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bisturi n.2 • Clamp n.2 • Garze sterili n.3 <p><u>SACCA ESTERNA GRANDE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Telini sterili n.2 • Garze laparotomiche n.1 • Pannolini varie misure • Coperta isoterma <p><u>SACCA ESTERNA PICCOLA TRASPARENTE</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Clorexidina 70% <p><u>SACCA ESTERNA PICCOLA</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Garze sterili 		
Data	Motivo (controllo mensile o ripristino dopo utilizzo)	Cognome e nome di chi effettua il controllo	Firma	note

15 RIFERIMENTI

15.1 RIFERIMENTI INTERNI

- Procedura per il parto vaginale dopo il taglio cesareo (VBAC) – rev. 0 del 20/07/2021 4A PRO 05, allegato flow chart taglio cesareo
- Procedura per la prevenzione della morte e disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita - rev. 3 del 14/07/2023 4A PRO 02
- la procedura aziendale per la prevenzione e gestione dell'emorragia del post-partum Rev.0 del 08.07.2024 PRO 4 A PRO 08
- Compendio sulla sospensione dei farmaci antiaggreganti ed anticoagulanti per i pazienti candidati ad anestesia locoregionale e protocollo LIPID RESCU E SICUREZZA IN ANESTESIA LOCOREGIONALE, 2022
- Delibera Aziendale n. 948 del 25/10/2017

15.2 RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- (a) Regione Lazio. Manuale regionale di Triage Intraospedaliero a 5 codici, 2019
- (b) Linee Guida European Resuscitation Council 2021 Capitolo 5: Supporto Vitale Avanzato
- (c) Linee Guida European Resuscitation Council 2021 Capitolo 6: Arresto Cardiaco In Circostanze Speciali
- (d) Linee Guida European Resuscitation Council 2021 Capitolo 9: Rianimazione Neonatale E Supporto Alla Transizione Dei Neonati Alla Nascita
- (e) LINEE GUIDA RIANIMAZIONE NEONATALE AHA 2015
- (f) STANDARD ORGANIZZATIVI PER L'ASSISTENZA PERINATALE, SIN, SIP, SIGO, AAGOI, maggio 2021, Ideacpa editore
- (g) Di Tommaso M, Iannuzzi L. Gestione Della Distocia Di Spalle. Servizio Sanitario Della Toscana.
- (h) Pesce S. Emogasanalisi cordonale (EGA). Equilibrio acido-base fetale e interpretazione dei risultati. gyneco aogoi numero 5 – 2020
- (i) LG AIPE 2013, LG fondazione GIMBE 2019, Disordini ipertensivi in gravidanza (Itoss 2016)
- (j) EPP: come prevenirla, come curarla (SNLG-ISS, rev.2020) e algoritmo per la gestione multidisciplinare dell'EPP (SIGO, 2014)
- (k) Fondazione GIMBE. Linee guida per la diagnosi e la terapia dell'ipertensione arteriosa in gravidanza. Evidence 2019;11(11): e1000204.
- (l) Donati S. Disordini ipertensivi in gravidanza, Zadig editore, 2016.
- (m) SIGO, ALGORITMO PER LA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELL'EMORRAGIA POST-PARTUM, 2014
- (n) SIAARTI, Raccomandazioni sulla tossicità sistemica da anestetici locali
- (o) RACCOMANDAZIONI SIRM – SIAARTI, GESTIONE DELLA REAZIONE AVVERSA ACUTA NON RENALE (ALLERGICA/SIMIL-ALLERGICA) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI MEZZO DI CONTRASTO, 2019
- (p) Pratesi S, Di Tommaso M. Emogasanalisi e timing del clampaggio del cordone ombelicale, SINinforma n. 98 gennaio 2022; 11.
- (q) Maso G. Aspetti critici della gestione dell'emorragia post partum. IRCCS Burlo Garofalo di Trieste.
- (r) Fondazione GIMBE. Linee guida per la diagnosi e la terapia dell'ipertensione arteriosa in gravidanza. Evidence 2019;11(11): e1000204.
- (s) Linee Guida SIGO-AIPE. I disordini ipertensivi in gravidanza: classificazione, diagnosi e terapia; 2020
- (t) Donati S. Disordini ipertensivi in gravidanza. Zadig editore, 2016
- (u) SIGO, Raccomandazioni sulla gestione della distocia di spalle, 2024

15.3 RIFERIMENTI NORMATIVI

- (1) Raccomandazione Ministeriale 16 del 2014 - per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita
- (2) Raccomandazione Ministeriale 6 del 2008 - per la prevenzione della morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto

Gestione delle Emergenze -Urgenze in Area Ostetrico-Neonatale Ospedale San Filippo Neri	4A PRO 09	Rev. 0 del 31/03/2025	Pag. 39 di 40
---	-----------	-----------------------	---------------

- (3) 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 - Regione Lazio del 2017
- (4) Regione Lazio, DOCUMENTO DI INDIRIZZO SUL CONSENSO INFORMATO, 2022
- (5) Raccomandazione 11 per il trasferimento intra e extraospedaliero
- (6) Raccomandazione 15 per la corretta attribuzione del codice di triage
- (7) Determinazione Regionale G01328 del 10.02.2022
- (8) Linee di Indirizzo sull'organizzazione del Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM) e del Sistema in Emergenza del Neonato (STEN)
- (9) De Determinazione Regionale n. G15689, 18.12.2020