

Deliberazione n° 207 del 6 aprile 2018

Oggetto: PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA' PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA.

IL REFERENTE U.O.C. Risk Management

Premesso che

- la sicurezza del paziente all'interno delle organizzazioni sanitarie è obiettivo rilevante dei processi assistenziali in ragione del fatto che detti processi possono essere gravati da incidenti non voluti prevenibili attraverso interventi preventivi che riguardano la struttura, le procedure e la formazione degli operatori;
- la morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita rappresenta un evento drammatico che può essere determinato anche da standard assistenziali inappropriati;
- il Ministero della Salute ha divulgato la Raccomandazione n° 16 dell'aprile 2014 per la prevenzione dell'evento sentinella "Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita" come strumento metodologico di supporto a tutti gli operatori sanitari per la prevenzione di detto evento;
- a tal proposito, è stato chiesto al Direttore UOC Assistenza Neonatale TIN/TNE di provvedere alla redazione di una procedura che tenga conto di quanto consigliato nella predetta Raccomandazione Ministeriale.

Considerato che

la morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita rientrano tra gli eventi sentinella tracciati dal Ministero della Salute ed assoggettati al Protocollo per il monitoraggio degli eventi sentinella del luglio 2009.

Visto che

Nel giugno 2011 sono state emanate le linee guida Ministeriali per gestire e comunicare gli Eventi Avversi in Sanità.

Ritenuto che

- la messa in sicurezza di una pratica tanto determinante e delicata come quella delle prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita è di convenienza universale (del Paziente, dell'Azienda, del SSN e della collettività);
- è doveroso e conveniente per l'Azienda Ospedaliera "Sant'Anna e San Sebastiano" di Caserta implementare la Raccomandazione Ministeriale n° 16 dell'aprile 2014;
- la U.O.C. Risk Management ha preso atto della "Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita" redatta dal Direttore della U.O.C. Assistenza Neonatale TIN/TNE e suo staff.

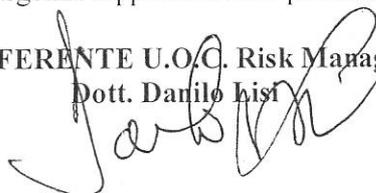
Attestata

la legittimità della presente proposta di deliberazione, che è conforme alla vigente normativa in materia;

PROPONE

1. di adottare la “Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita” redatta dal Direttore della U.O.C. Assistenza Neonatale TIN/TNE e suo staff che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. di demandare al Direttore dell’U.O.C Assistenza Neonatale TIN/TNE il compito di divulgarla a tutti gli operatori sanitari coinvolti;
3. di trasmettere copia del presente atto a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/responsabili delle UU.OO. clinico-assistenziali, all’Ufficio Affari Generali e Legali, nonché al Collegio Sindacale, ai sensi di legge;
4. di rendere la stessa immediatamente eseguibile, per l’urgenza rappresentata in premessa.

IL REFERENTE U.O.C. Risk Management
Dott. Danilo Lisi



Vista la suesposta proposta di deliberazione, si esprime parere favorevole.

IL DIRETTORE SANITARIO
Dott.ssa Antonietta Siciliano



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Gaetano Gubitosa



IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante
nominato con D.G.R.C. n. 297 del 23.05.2017
impresso nelle funzioni con D.P.G.R.C. n.212 del 30.05.2017
deliberazione D.G. n. 1 del 31.05.2017 – immissione in servizio

- Vista la proposta di deliberazione che precede, a firma del Referente U.O.C. Risk Management;
- Visto i pareri favorevoli resi sulla stessa dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo;

DELIBERA

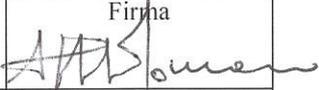
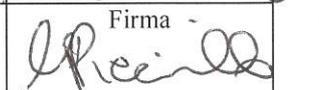
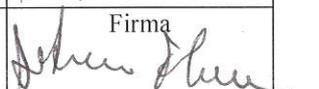
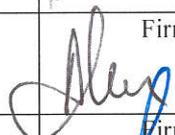
per le causali in premessa, che qui si intendono integralmente richiamate e trascritte, di prendere atto della proposta di deliberazione che precede e, per l’effetto, di:

1. **ADOTTARE** la “Procedura per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita” redatta dal Direttore della U.O.C. Assistenza Neonatale TIN/TNE e suo staff che, allegata alla presente delibera, ne costituisce parte integrante e sostanziale;
2. **DEMANDARE** al Direttore dell’U.O.C Assistenza Neonatale TIN/TNE il compito di divulgarla a tutti gli operatori sanitari coinvolti;
3. **TRASMETTERE** copia del presente atto a tutti i Direttori di Dipartimento e, per Loro tramite, a tutti i Direttori/responsabili delle UU.OO. clinico-assistenziali, all’Ufficio Affari Generali e Legali, nonché al Collegio Sindacale, ai sensi di legge;
4. **RENDERE** la stessa immediatamente eseguibile, per l’urgenza rappresentata in premessa.

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante



PROCEDURA PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE O DISABILITA'
PERMANENTE IN NEONATO SANO DI PESO >2500 GRAMMI
NON CORRELATA A MALATTIA CONGENITA

Redazione	Dott. Romano Attilio	Direttore u.o.c. Assistenza Neonatale TIN/TNE	Firma 
	Dott. Di Monaco Pietro	Dirigente Medico u.o.c. Assistenza Neonatale TIN/TNE	Firma 
	Dott. Piccirillo Margherita	Dirigente Medico u.o.c. Assistenza Neonatale TIN/TNE	Firma 
	Di Domenico Filomena	C.P.S.I. Coord. u.o.c. Assistenza Neonatale TIN/TNE	Firma 
Approvazione	Dott.ssa Antonietta Siciliano Direttore Sanitario Aziendale		Firma 
Adozione	Dott. Mario Nicola Vittorio Ferrante Direttore Generale		Firma 

1. Premessa
2. Scopo / Obiettivo
3. Campo di applicazione
4. Definizioni / Glossario / Acronimi
5. Azioni
 - 5.1 Gestione del neonato in sala parto/sala operatoria
 - 5.2 Degenza del neonato
 - 5.3 Dimissione e presa in carico pediatrica
 - 5.4 Gestione della post-degenza
6. Comunicazione interprofessionale
7. Comunicazione con la persona assistita
8. Segnalazione dell'evento sentinella/avverso/near miss
9. Matrice delle responsabilità
10. Riferimenti

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.

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

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

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

In particolare, la comunicazione inefficace tra gli operatori e con le persone assistite contribuisce significativamente alla realizzazione di vulnerabilità nel processo assistenziale ed al verificarsi di errori.

Il sistema di segnalazione nazionale degli Eventi Sentinella (SIMES), attivo dal 2005, ha registrato, nel periodo 2005-2012, 82 eventi sentinella riconducibili a “Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita”, pari al 4.28% del totale degli eventi sentinella registrati e validati.

Tra i fattori contribuenti più frequentemente indicati appaiono i problemi di comunicazione e quelli correlati a linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali e procedure.

Nella nostra Azienda si effettuano circa 1600 parti/anno e l'UOC di Neonatologia con TIN è in grado di assistere parti a rischio elevato nonché tutti i nati patologici inclusi quelli bisognosi di terapia intensiva e/o subintensiva.

L'assistenza in sala parto è assicurata in guardia attiva ventiquattro ore su ventiquattro da neonatologi con comprovate competenze di assistenza rianimatoria al neonato.

2. Scopo/Obiettivo

Obiettivo di questa Procedura è l'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 16 per la prevenzione di eventi avversi gravi quali la morte o la disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita, laddove evitabili, fornendo indicazioni per migliorare la sicurezza del neonato alla nascita e nel periodo post-natale.

Obiettivi Specifici:

- ✓ Individuare le responsabilità operative ed indicare i documenti e le procedure indispensabili di cui disporre per garantire gli appropriati standard assistenziali.
- ✓ Assicurare, laddove possibile, il massimo rispetto della fisiologia del parto e del puerperio garantendo le organizzazioni coerenti con lo stretto e continuativo contatto madre-bambino.
- ✓ Favorire l'adozione di modalità cliniche e assistenziali di gestione della madre e del neonato appropriate, efficaci, e basate sull'evidenza, attraverso un processo di condivisione e allineamento dei professionisti (ginecologi, neonatologi, infermieri, ostetriche).
- ✓ Assicurare, per quanto riguarda le gravidanze a rischio o patologiche e per i neonati pretermine o patologici, tutte le volte che è necessario, l'accesso ai livelli superiori di assistenza.
- ✓ Garantire le organizzazioni coerenti con la promozione e il sostegno dell'allattamento al seno.
- ✓ Individuare le responsabilità operative e indicare i documenti e le procedure indispensabili di cui disporre per garantire gli appropriati standard assistenziali.
- ✓ Garantire la continuità dell'assistenza al neonato oltre la dimissione ospedaliera.
- ✓ Rappresentare un modello riproducibile per disegnare nuovi percorsi assistenziali ritenuti come critici oppure essenziali nell'ambito dell'assistenza peri/neonatale.

3. Campo di applicazione

La procedura è a tutela del neonato in tutte le fasi: gravidanza, travaglio-parto e dopo la nascita, durante la degenza e l'eventuale trasporto elettivo o in emergenza ed è rivolta ai Responsabili delle

Unità operative del Dipartimento Materno-Infantile e “Blocco Parto” e a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell’assistenza delle donne in gravidanza, in travaglio-parto e dei loro neonati.

4. Definizioni / Glossario / Acronimi

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

5. Azioni

Le azioni per la prevenzione ed il controllo di eventi avversi gravi in neonato sano di peso >2500 grammi non correlati a malattia congenita si basano principalmente sul riconoscimento e sostegno dell’unicità del processo assistenziale che coinvolge madre e neonato durante la gravidanza, al momento del parto e nel periodo post-partum.

La sicurezza del feto e del neonato è strettamente correlata alle condizioni della madre prima e durante la gestazione ed alla buona conduzione dell’intero processo assistenziale.

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

5.1 Gestione del neonato in sala parto/sala operatoria

In ogni parto deve essere assicurata la possibilità di iniziare in maniera tempestiva la rianimazione cardiopolmonare alla nascita in un neonato depresso.

Il neonatologo di guardia e l’Infermiera Pediatrica sono deputati all’assistenza del neonato alla nascita ed alla sua eventuale rianimazione secondo le linee guida di rianimazione neonatale della SIN (Società Italiana di Neonatologia).

Il materiale per la rianimazione polmonare così come l’isoletta per l’assistenza neonatale devono essere preventivamente preparati e ne va controllato il funzionamento.

A tal fine, l’infermiere deputato all’assistenza del neonato alla nascita, supervisionato dal neonatologo di guardia, deve controllare il materiale per la rianimazione e l’isoletta come da apposita check list di verifica che va controfirmata.

La valutazione complessiva del rischio di nascita si avvale dei dati anamnestici e del grado di rischio ostetrico raccolti nella cartella ostetrica e di quelli riferibili al travaglio in corso: caratteristiche del liquido amniotico, eventuali alterazione del BCF.

Immediatamente dopo la nascita vengono monitorati i parametri vitali ed assegnato il punteggio Apgar al 1° ed al 5° minuto.

Nei casi di necessità si provvede alle manovre di stabilizzazione e rianimazione.

Il neonatologo deve inoltre accertarsi dell'assenza di anomalie congenite clinicamente evidenti.

Laddove possibile, va sempre assicurato il precoce contatto tra madre e bambino, ridefinendo le organizzazioni di sala parto in modo da garantirne in sicurezza il completamento della sequenza.

Il neonato viene identificato mediante braccialetto che riporti, oltre al codice identificativo della struttura, lo stesso numero progressivo identificativo prestampato.

I due braccialetti, originariamente uniti e di misura differente, verranno separati ed applicati alla puerpera ed al neonato (al polso o alla caviglia del neonato) subito dopo il parto, spontaneo o operativo e comunque all'interno della sala parto o della sala operatoria.

Il neonatologo, sulle base delle condizioni di rischio ostetrico/neonatologico, piuttosto che sulle condizioni cliniche riscontrate alla nascita, definisce l'area di assistenza competente e/o livello assistenziale cui inviare il neonato.

La gestione del nato morto è gestita secondo le direttive ministeriali in atto e le LG della SIN.

5.2 Degenza del neonato

Durante la degenza sarà posta la massima attenzione a favorire la continuità del rapporto mamma-neonato garantendo la migliore sicurezza con la minima intrusività, nella consapevolezza che il rooming-in non solleva il personale medico ed infermieristico dall'obbligo delle cure al bambino ma, anzi, richiede un'attenzione maggiore per rassicurare e sostenere la madre nella “cura” (attaccamento) del proprio figlio e nella promozione dell'allattamento al seno.

Le modalità di attuazione degli interventi assistenziali saranno esplicitate nei protocolli del Punto Nascita con riferimento alle indicazioni OMS, alle evidenze espresse nella Cochrane ed alle linee guida che le società scientifiche hanno prodotto su singoli interventi.

Le procedure assistenziali dovranno essere orientate alla promozione ed al sostegno dell'allattamento al seno le cui ricadute positive in termini di promozione alla salute sono ormai pienamente riconosciute.

Durante la permanenza in ospedale si evidenzia l'importanza che gli operatori tengano comportamenti adeguati nei confronti delle donne che non intendono riconoscere il proprio nato, nel rispetto della volontà espressa dalle stesse.

Si evidenzia, altresì, l'importanza di attivare la collaborazione con gli operatori sociali competenti per individuare linee comuni e condivise di gestione del caso specifico.

L'assistenza consiste in: osservazione transizionale, visita pediatrico-neonatologica di controllo almeno giornaliera e, ove indicato, esecuzione dei più comuni esami di laboratorio biochimici, ematologici e colturali (glicemia, bilirubinemia, ematocrito, esame emocromocitometrico, esami batteriologici) effettuati su microcampioni di sangue.

Qualora le condizioni cliniche non necessitino di particolare osservazione ed il parto abbia avuto un espletamento fisiologico, vengono messe in atto procedure che garantiscano la minima separazione dai genitori.

La prima visita del neonatologo avviene alla nascita e dopo 2 ore di osservazione.

Le procedure di profilassi, segnatamente la profilassi della malattia emorragica da deficit di vit K e la profilassi secondo Credè, sono somministrate a tutti i neonati.

Queste, unitamente alle prime procedure di puericoltura (bagnetto), non interferiscono con le procedure di contatto precoce e possono essere postposte al termine dello Skin to Skin.

Mamma e bambino, nel periodo intercorrente tra nascita e dimissione, vengono separati il meno possibile.

A questo fine tutte le routine, compresa le valutazioni mediche, vengono effettuate in presenza di almeno uno dei genitori.

Sulla base di criteri definiti e condivisi viene identificato il profilo di rischio ed avviate le procedure e/o sorveglianza.

Vengono applicate tutte le procedure assistenziali ed organizzative necessarie al sostegno all'allattamento al seno; queste vengono normate da istruzioni specifiche.

Lo Screening Metabolico viene eseguito a tutti i neonati e mira all'individuazione precoce di fenilchetonuria, ipotiroidismo congenito e fibrosi cistica e, dietro consenso dei genitori, può essere esteso ad un ulteriore ampio gruppo di malattie metaboliche ereditarie mentre lo Screening Audiologico viene eseguito a tutti i neonati entro la dimissione dall'ospedale.

5.3 Dimissione e presa in carico dal pediatra di libera scelta

Il momento della dimissione ospedaliera rappresenta l'occasione per condividere nuovamente con la coppia genitoriale le informazioni e gli aspetti peculiari della gestione del neonato, in particolare dell'allattamento al seno.

Il neonatologo consegna ai genitori il libretto neonatale regionale che raccoglie tutte le informazioni utili per il Pediatra di Libera Scelta, nell'ottica di ottimizzare la comunicazione ospedale-territorio.

La dimissione dopo il parto è un momento critico delle cure perinatali dovendo essere garantite condizioni successive di sicurezza e serenità a tutte le mamme ed a tutti i neonati.

Le prime 2-3 settimane di vita costituiscono, infatti, un periodo delicato in cui sovente si presentano aspetti assistenziali rilevanti per la madre (possibili crisi di stanchezza, difficoltà nell'allattamento, “post-partum blues”, depressioni post-partum...), per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero...), per la famiglia (possibilità di distorsioni relazionali precoci).

Il Percorso Nascita prevede il passaggio della presa in carico dal Punto Nascita ai servizi di cure primarie (Consultori, MMG, PdF) con i quali operativamente si collega e, se del caso, si integra secondo il principio di sussidiarietà.

Il Percorso Nascita si considera concluso nel momento in cui:

- la mamma sia stata rinvia ai servizi consultoriali ed al MMG per le eventuali necessità che possano insorgere in puerperio, per il sostegno all'allattamento al seno, la futura pianificazione familiare, il sostegno alla genitorialità;
- il neonato sia preso in carico dal PLS;
- al neonato con patologia cronica sia stato attivato il suo Percorso Cronicità.

A prescindere dalla loro tempistica, le dimissioni devono quindi essere soprattutto appropriate rivisitando la qualità della degenza ospedaliera ancor prima della sua durata e soprattutto le successive opportunità di assistenza.

Il neonato a termine sano viene dimesso generalmente tra la 60 e la 72 ora dalla nascita avendo cura di garantire due notti di degenza.

Le dimissioni precoci, tra 24 e 48 ore, o molto precoci, prima delle 24 ore, devono essere limitate a casi specifici e devono essere stabiliti criteri di inclusione ben definiti e concordati.

In tali casi deve essere in ogni modo garantita una valutazione clinica entro le 72 ore dalla dimissione.

Ogni coppia madre-neonato deve essere valutata individualmente per determinare il momento della dimissione.

Il momento della dimissione è una decisione medica che si basa su criteri clinici e sociosanitari e può avvenire se i criteri seguenti sono rispettati:

- il decorso clinico e l'esame fisico alla dimissione non hanno evidenziato anomalie che richiedano di proseguire l'ospedalizzazione;
- i segni vitali del neonato sono normali e stabili per almeno 12 ore prima della dimissione;
- il bambino ha urinato ed evacuato almeno 1 volta spontaneamente;
- il bambino ha una suzione valida che gli consente di assumere una quota calorica sufficiente;

- l'ittero fisiologico del neonato è stato correttamente valutato e trattato o è stabilito un piano di monitoraggio sulla base delle linee guida (SIN);
- il bambino è stato adeguatamente valutato e monitorato per la sepsi sulla base dei fattori di rischio in base a linee guida SGB;
- gli screening metabolici, audiologico e oculistico sono stati eseguiti secondo i protocolli vigenti;
- la vaccinazione iniziale per Hep B ed eventuale immunoprofilassi passiva è stata somministrata secondo quanto previsto dalle schedule di immunizzazione in caso di madre HbsAG positiva;
- devono essere valutati i fattori di rischio familiare, ambientale e sociale.

In particolare, la madre deve aver ricevuto sufficienti conoscenze ed acquisito competenze sufficienti riguardo a:

- ✓ l'importanza e i benefici dell'allattamento al seno per madre e bambino;
- ✓ all'appropriata diuresi ed alvo per il neonato;
- ✓ cura del moncone ombelicale, della cute e dei genitali;
- ✓ all'abilità a riconoscere segni di malattia o comuni problemi del neonato;
- ✓ alla sicurezza del bambino (trasporto in auto in seggiolino di sicurezza, posizione supina per dormire, fumo passivo, condivisione della camera).

Se vengono identificati dei fattori di rischio deve essere rinviata la dimissione fino a che non siano risolti o finché non sia stabilito un progetto di salvaguardia del bambino che coinvolga i servizi sociali e il pediatra di libera scelta.

Il neonato, all'atto della dimissione, deve essere stato già attribuito ad un PLS il cui contatto si raccomanda fortemente sia già avvenuto da parte dei genitori subito dopo la nascita.

Per questo è necessario che la progettazione dei Corsi di accompagnamento alla nascita preveda un incontro che informi le gravide su diritti, assistenza e offerte fornite sul territorio e, nello specifico, ruolo e compiti del PLS all'interno del SSN.

Il PLS deve essere identificato nei tempi più brevi preferibilmente già all'atto della dimissione e deve essere predisposto un piano di comunicazione e di informazione clinica pertinente attraverso l'utilizzo di relazioni di dimissione recanti qualità e quantità di notizie cliniche condivise tra ospedale e operatori del territorio.

In continuità con i programmi di promozione e sostegno dell'allattamento al seno e per rendere omogenea la valutazione del rispettivo indicatore, alla dimissione va segnalato il regime alimentare secondo le classi OMS (allattamento esclusivo al seno, predominante, complementare ed artificiale).

In continuità con le attività volte alla promozione ed al sostegno dell'allattamento al seno, va realizzata una rete di integrazione fra Ospedale di nascita, Pediatra di famiglia e Consultorio familiare prevedendo, ove esistano risorse e competenze, attività di consulenza sull'allattamento al seno con un servizio ambulatoriale ad accesso diretto.

5.4 Gestione della post-degenza

Viene offerta una visita entro le 48-96 ore dalla dimissione a seconda dei tempi di dimissione e delle caratteristiche del neonato e/o del gruppo familiare presso l'ambulatorio del punto nascita.

Tale visita dovrebbe essere effettuata direttamente da parte del PLS, in seconda istanza presso l'ambulatorio protetto del punto nascita.

Vengono rilevati i dati biometrici, l'incremento ponderale e le condizioni generali del neonato ponendo particolare attenzione al colorito, attività cardiaca, segni neurologici, idratazione, oltre le tutte le condizioni potenzialmente interferenti con il bonding neonatale.

A tutti i neonati vengono consegnate le modalità di profilassi del deficit di vit D.

6. Comunicazione interprofessionale

Il percorso nascita utilizzato favorisce la comunicazione dei professionisti territoriali ed ospedalieri facilitando l'attività assistenziale alla madre ed al neonato.

La presa in carico della donna gravida è caratterizzata da elementi peculiari e di particolare complessità in tutte le fasi del percorso di assistenza dall'inizio della gravidanza al periodo post-natale.

Tale percorso mette in condizione tutti i professionisti che vengono a contatto con la donna di annotare il proprio intervento, allo scopo di mettere a disposizione, in modo standardizzato, tutte le informazioni utili ai professionisti che intervengono nelle fasi successive.

Inoltre, il flusso delle informazioni e delle comunicazioni tra i professionisti trova supporto nella condivisione della documentazione clinica o altra modulistica in uso, in forma sia cartacea che informatizzata.

7. Comunicazione con la persona assistita

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

8. Segnalazione dell'evento sentinella/avverso/near miss

L'evento sentinella “Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita” e/o ogni altro evento avverso deve essere obbligatoriamente segnalato all'u.o.c Risk Management utilizzando le apposite schede secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute.

9. Matrice delle responsabilità

Attività Attori	Responsabile UOC Neonatologia	Responsabile UOC Ostetricia e ginecologia	Neonatologo	Ginecologo	Infermiere Pediatrico	Ostetrica
Check list di verifica	I	I	R		R	
Valutazione del grado di rischio ostetrico/ neonatologico	I	I	R	R	C	C
Skin to skin	I	I	C	C	R	R
Assistenza /identificazione neonato	I	I	R	C	R	R
Triage	I	I	R	C	C	C
Gestione del nato morto	I	I	R	C	C	C
Condivisione e compilazione documentazione clinica	R	R	R	R	R	R
Comunicazione interprofessionale	R	R	R	R	R	R
Comunicazione con la Persona Assistita	R	R	R	R	R	R
Segnalazione eventi sentinella/avversi/ near miss	R	R	R	R	R	R
Monitoraggio e verifica adozione procedura	R	R	C	C	C	C

LEGGENDA: R = Responsabile C = Coinvolto I = Informato

10. Riferimenti

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

