

RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE	ASL LATINA UOC RISCHIO CLINICO, MEDICINA LEGALE E QUALITÀ	VERS.3 21/04/2026	Pag.1 di 18
---	--	----------------------	-------------

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

DATA EMISSIONE	REDATTO	VERIFICATO	APPROVATO	REVISIONE
Versione 1 27/12/2021 Versione 2 01/10/2022 Versione 3 21/04/2026	Dirigente Medico UOC Pediatría Neonatologia TIN DEA II <i>Dott. G. LACCETTA</i> F.O. Percorso Nascita attività consultoriale <i>Dott.ssa G. ROSSI</i>	Direttore UOC Pediatria Neonatologia TIN DEA II <i>Prof. R. LIBRAMO</i> Direttore UOC Ginecologia e Ostetricia <i>Dott. F. A. BATTAGLIA</i> Direttore Sostituto UOC Professioni Sanitarie Rete Ospedaliera <i>Dott. S. DI MAURO</i> Dirigente Professione Ostetrica <i>Dott.ssa P. Coscarella</i> Responsabile Funz. Org. Qualità e Risk Management <i>Dott. R. MASIERO</i> Dirigente UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dott. Enrico Pilia</i>	Direttore Sostituto UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità <i>Dott.ssa A. Rizzo</i>	2 Anni
VALENZA DOCUMENTALE	Aziendale	Presidio/Distretto	Dipartimento	Unità Operativa
	X			
Livello di diffusione	Intranet	Lista di presa visione/distribuzione		Riunioni
	X			X

La stesura della suddetta procedura rappresenta lo stato dell'arte della conoscenza al momento della sua redazione.

Gruppo di lavoro: G. Laccetta – D. Pallante -P. Coscarella- G. Rossi – M. Capozzi-I.A. Alamprese-A. Mazza, G. Rosa

La U.O.C. Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità è referente dell'implementazione della presente procedura.

SOMMARIO

<u>PREMESSA</u>	<u>4</u>
<u>2. OBIETTIVI.....</u>	<u>4</u>
<u>3. CAMPO D'APPLICAZIONE</u>	<u>5</u>
<u>4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI.....</u>	<u>5</u>
<u>5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ DEL PERCORSO NASCITA</u>	<u>7</u>
<u>6. FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE NEONATALE.....</u>	<u>8</u>
<u>7. FASE 1 DEL PERCORSO NEONATALE: SALA PARTO</u>	<u>8</u>
<u>8. FASE 2 DEL PERCORSO NEONATALE: TRASFERIMENTO AL NIDO/ROOMING-IN.....</u>	<u>9</u>
<u>9. FASE 3 DEL PERCORSO NEONATALE: DIMISSIONE</u>	<u>10</u>
<u>10 FASE 4 DEL PERCORSO NEONATALE: PRIMA VISITA POST-DIMISSIONE</u>	<u>11</u>
<u>11. INCIDENT REPORTING IN CASO DI EVENTO SENTINELLA O MORTE NEONATALE</u>	<u>12</u>
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	<u>13</u>
<u>ALLEGATI.....</u>	<u>14</u>
<u>ALLEGATO 8. SCHEMA INCIDENT REPORTING EVENTO SENTINELLA MORTE O GRAVE DANNO NEONATALE.....</u>	<u>16</u>

PREMESSA

Sebbene si osservi una progressiva riduzione degli eventi avversi nei contesti sanitari ad alto sviluppo, i casi di morte e di disabilità permanente nel neonato sano con peso superiore a 2500 grammi rappresentano eventi ancora rilevanti e potenzialmente prevenibili.

In coerenza con la Raccomandazione Ministeriale n.16 e con il documento di indirizzo del Centro Regionale per il Rischio Clinico della Regione Lazio n.G1485 (datato 03 novembre 2025), il presente documento definisce in modo sistematico le modalità operative da applicare nei Punti Nascita della ASL di Latina.

Le indicazioni contenute sono mirate a garantire una presa in carico appropriata ed efficiente del neonato sano con peso > 2500 g, al fine di ridurre il rischio di eventi avversi, inclusi morte e disabilità permanente, e di migliorare gli esiti assistenziali.

Le principali criticità clinico-assistenziali e organizzativi sono attribuibili a:

- COMUNICAZIONE NON EFFICACE TRA PROFESSIONISTI;
- MANCATA RILEVAZIONE PRECOCE DELLA GRAVITÀ DEL QUADRO CLINICO;
- DIAGNOSI NON CORRETTA;
- TRATTAMENTO SUB-OTTIMALE/NON APPROPRIATO;
- CRITICITÀ NELL'APPLICAZIONE DELLE LINEE GUIDA, DELLE RACCOMANDAZIONI E DELLE PROCEDURE AZIENDALI.

2. OBIETTIVI

Il presente documento è finalizzato all'implementazione della Raccomandazione Ministeriale n. 16, con l'obiettivo di migliorare la sicurezza e l'appropriatezza dell'assistenza neonatale nei Punti Nascita di **Latina-Fondi-Formia**.

A tale fine, definisce un percorso organizzativo strutturato, mirato alla prevenzione degli eventi avversi e alla gestione dei processi assistenziali, delle competenze e delle responsabilità professionali.

Gli obiettivi operativi sono:

- 1. Garantire** una comunicazione efficace tra i professionisti coinvolti nel percorso nascita, nel rispetto dei ruoli e delle responsabilità;
- 2. Assicurare** una valutazione tempestiva e appropriata del rischio neonatale;
- 3. Garantire** una diagnosi precoce e un trattamento tempestivo e appropriato delle eventuali complicanze della diade madre/neonato.

3. CAMPO D'APPLICAZIONE

Il presente documento si applica alle U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia e alle U.O.C. di Neonatologia dei Punti Nascita afferenti ai Presidi Ospedalieri di Latina-Fondi-Formia.

Le attività previste sono attuate in coerenza con le Raccomandazioni Ministeriali n. 16 e con il documento di indirizzo del Centro Regionale per il Rischio Clinico della Regione Lazio n.G1485 (datato 03 novembre 2025)

A CHI	La procedura è rivolta a tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso nascita, in particolare: Ginecologi, Ostetriche/i, Anestesisti, Neonatologi, Infermieri, dedicati all'assistenza della gestante durante la gravidanza, il travaglio e il parto, nel post-partum, e nella presa in carico del neonato dalla nascita alla dimissione.
DOVE	La procedura si applica presso le Unità Operative coinvolte nella presa in carico della gestante, della puerpera e del neonato.
PERCHÉ	La procedura è finalizzata a garantire la tutela della salute del neonato e della diade madre-neonato durante il ricovero ospedaliero, e ad assicurare la gestione appropriata di eventuali trasferimenti, anche in condizioni di urgenza/emergenza.

4. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

BPM	Battiti per minuto
CCE	Cartella Clinica Elettronica
Infermiere Neonatologia	Infermiere
Ostetrica	Ostetrica
Coordinatore Ostetrico	Coordinatore Ostetrico
Diade	Legame madre-neonato che si instaura già dalla vita intrauterina e si realizza nella prime settimane di vita del neonato

DMA _n	Dirigente Medico Anestesista
D.UOC. N/P	Direttore UOC di Neonatologia/Pediatria
DUOC OG	Direttore UOC Ostetricia/Ginecologia
DMG	Dirigente Medico Ginecologo
DMN	Dirigente Medico Neonatologo
EG	Età Gestazionale
Morte neonatale o disabilità permanente	Decesso neonatale o disabilità permanente non correlata a condizione congenita in neonato di peso superiore a 2500 grammi
PV	Parametri Vitali
RRM	Responsabile U.O. Risk Management
SIMES	Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità
SIRES	Sistema Regionale di Segnalazione
SSC	Skin-to-Skin Contact (contatto “pelle a pelle”)

5. MATRICE DI RESPONSABILITÀ DEL PERCORSO NASCITA

FUNZIONE ATTIVITÀ	Infermiere Neonatologia	Ostetrica	Anestesista	Ginecologo	Neonatologo	RRM	Coordinatore Ostetrico	D.UOC. O/G	D.UOC. N/P
Elaborazione scheda dati anamnestici materna	I	R	I	R	C	I	I	I	I
Posizionamento braccialetto identificativo madre/neonato	I	R	I	C	I	I	I	I	I
Identificazione coppia madre/neonato	C	R	I	C	C	I	I	I	I
Prima visita neonatale (Sala Parto)	I	C	I	I	R	I	I	I	I
Attribuzione punteggio di Apgar	I	C	I	C	R	I	I	I	I
Autorizzazione SSC	I	I	I	I	R	I	I	I	I
Sorveglianza SSC	I	R	I	I	I	I	I	I	I
Trasferimento neonato dalla Sala Parto al Nido	C	R	I	I	I	I	I	I	I
Prescrizione profilassi anti- emorragica	C	I	I	I	R	I	I	I	I
Esecuzione profilassi anti- emorragica	R	I	I	I	C	I	I	I	I
Rilevazione PV, care routinarie, alvo/diuresi, peso	R	C	I	I	I	I	I	I	I
Autorizzazione inizio Rooming in	I	C	I	I	R	I	I	I	I
Gestione diade durante il Rooming in	C	R	I	I	C	I	I	I	I
Esecuzione screening neonatale esteso e bilirubinemia totale	R	C	I	I	C	I	I	I	I
Visita Neonatale	C	C	I	I	R	I	I	I	I
Dimissione del neonato	C	C	I	I	R	I	I	I	I
Prima visita ambulatoriale	C	C	I	I	R	I	I	I	I
Segnalazione Evento Sentinella	R	R	R	R	R	I	I	I	I
Formazione	R	R	R	R	R	R	R	R	R

Legenda: R, responsabile; C, coinvolto; I, informato.

6. FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE NEONATALE

Il presente documento adotta un modello organizzativo finalizzato a garantire la tracciabilità, l'appropriatezza e la qualità dell'assistenza nell'ambito del Percorso Nascita.

In linea con quanto previsto per il percorso assistenziale materno, anche il percorso neonatale è articolato in fasi.

All'interno di ciascuna fase sono individuate specifiche attività assistenziali (test-point), per le quali è richiesta la registrazione nella documentazione sanitaria.

Al fine di assicurare la continuità e la qualità dei processi assistenziali erogati dalle strutture sanitarie in tutti i contesti organizzativi che erogano assistenza neonatale.

Il percorso è articolato nelle seguenti Fasi:

<u>FASE 1</u> SALA PARTO	<u>FASE 2</u> TRASFERIMENTO AL NIDO/ROOMING-IN	<u>FASE 3</u> DIMISSIONE	<u>FASE 4</u> PRIMA VISITA POST-DIMISSIONE
---	---	---	---

Per tutte le fasi del processo è raccomandata l'adozione di strategie organizzative finalizzate a garantire una comunicazione efficace con la gestante/puerpera assistita, nel rispetto degli aspetti sociali, culturali, religiosi e linguistici, anche avvalendosi del supporto di mediatori culturali.

7. FASE 1 DEL PERCORSO NEONATALE: SALA PARTO

In questa fase, si procede all'identificazione della diade madre-neonato mediante l'applicazione di apposito braccialetto identificativo, contenente i dati anagrafici essenziali e un codice univoco attribuito a ciascun componente della diade.

L'identificazione deve essere effettuata nel rispetto delle indicazioni previste dal *Documento di indirizzo per la corretta identificazione della persona assistita*.

Il Dirigente Medico Neonatologo (DMN) acquisisce le informazioni cliniche e anamnestiche relative al caso, mediante il confronto con gli operatori che hanno assistito la gestante durante il travaglio e il parto, sulla base della documentazione sanitaria disponibile.

Le informazioni raccolte devono comprendere, non solo il processo del travaglio/parto, anche il decorso della gravidanza.

Il DMN verifica la presenza dei criteri clinici previsti e ne documenta l'esito nella C.C, garantendo la tracciabilità e la completezza delle informazioni.

Devono essere verificati e valutati e documentati i seguenti parametri:

1. Punteggio di Apgar superiore a 7 al quinto minuto;

Azienda USL Latina – UOC Rischio Clinico, Medicina Legale e Qualità - Centro Direzionale Commerciale Latina Fiori Pal. G2 –

V.le Pier Luigi Nervi, snc – 04100 Latina Partita IVA 01684950593 – Sito Internet: www.ausl.latina.it

mail:ischioclinico@ausl.latina.it

2. Assenza di malformazioni maggiori;
3. Frequenza respiratoria tra 40 e 60 atti/minuto
4. Frequenza cardiaca tra 100 e 180 bpm;
5. Saturazione di ossigeno superiore al 92%;
6. Valutazione emogasanalisi su sangue cordonale arterioso, (ove eseguita);
7. Esame obiettivo con parametri antropometrici superiori al decimo percentile per età gestazionale e sesso.

Qualora uno o più dei parametri descritti risultino al di fuori dei limiti di normalità, il DMN e il personale sanitario, ciascuno nell'ambito delle proprie competenze, attivano gli interventi assistenziali e terapeutici appropriati, in relazione al quadro clinico, al *setting* assistenziale e delle evidenze scientifiche.

Se tutti i parametri rientrano nei limiti di normalità, si procede all'avvio del contatto "pelle a pelle" o Skin-to-Skin-Contact (SSC), da garantire in modo continuativo per almeno un'ora, compatibilmente con le condizioni cliniche della diade, salvo diverse indicazioni dello specialista.

Durante le prime due ore di vita è necessaria una valutazione clinica periodica del neonato/diade, con relativa registrazione nell'allegato riportato nella documentazione della CCE.

Al termine del periodo di osservazione, qualora i parametri vitali rientrino nei limiti di normalità, si procede alla fase successiva, rappresentata dal trasferimento del neonato sano al Nido/Rooming-in.

In presenza di alterazioni, il team assistenziale (medico, ostetrico e infermieristico), ciascuno per le proprie competenze, attiva gli interventi clinico-assistenziali e terapeutici appropriati, in relazione alle condizioni cliniche del neonato, al *setting* assistenziale e alle evidenze scientifiche disponibili.

La Fase 1 si conclude con il trasferimento del neonato sano al Nido/Rooming-in.

8. FASE 2 DEL PERCORSO NEONATALE: TRASFERIMENTO AL NIDO/ROOMING-IN.

Al fine di garantire la corretta attuazione della Fase 2 del percorso neonatale, dalla nascita alla dimissione, è necessario che, ai genitori siano trasmesse adeguate informazioni in merito alla sicurezza del neonato in regime di Rooming-in, mediante opuscoli informativi e colloqui dedicati, effettuati durante gli incontri di accompagnamento alla nascita, le visite in Sala Parto o al momento del ricovero.

In questa fase è necessario effettuare un esame obiettivo completo e accurato del neonato, finalizzato alla valutazione dei seguenti parametri, con relativa registrazione nella documentazione clinica sanitaria (CCE):

1. Nascita a termine (37–42 settimane di età gestazionale) con peso adeguato all'età gestazionale ($\geq 10^{\circ}$ percentile secondo curve SIN);
2. Adattamento cardio-respiratorio regolare alla vita extrauterina;
3. Stabilità termica;
4. Adeguata capacità di suzione e avvio efficace dell'alimentazione;
5. Ittero, se presente, classificabile a basso rischio;
6. Emissione documentata di meconio e urine.

Nella CCE devono inoltre essere registrati l'andamento ponderale del neonato e l'avvenuta esecuzione dello screening metabolico, previsto dopo 48 ore dalla nascita.

In presenza di parametri alterati, il team medico-ostetrico-infermieristico, ciascuno per le proprie competenze, attiva gli interventi assistenziali e terapeutici appropriati.

In caso di parametri nella norma, si procede alla fase successiva del percorso assistenziale.

9. FASE 3 DEL PERCORSO NEONATALE: DIMISSIONE

In questa fase, accertata la persistenza dei parametri clinici nei limiti di normalità, già valutati nelle fasi precedenti, si procede alla dimissione del neonato al domicilio, con contestuale programmazione della data e dell'orario della prima visita ambulatoriale post-dimissione.

Nella documentazione clinica (CCE) deve essere fornita evidenza dell'avvenuta esecuzione delle seguenti attività:

1. Valutazione della bilirubinemia totale in occasione del prelievo ematico per gli screening neonatali (eseguiti tra la seconda e la terza giornata di vita);
2. Esecuzione della saturimetria pre- e post-duttale per lo screening delle cardiopatie congenite;
3. Promozione e supporto dell'allattamento materno;
4. Colloquio informativo con i genitori in merito all'allattamento e all'igiene del neonato, comprensivo del rilascio di un recapito telefonico per eventuali necessità nel periodo intercorrente tra la dimissione e la prima visita ambulatoriale;
5. Raccomandazioni per la promozione di un ambiente sicuro per il sonno;
6. Informazioni sul calendario vaccinale;
7. Indicazioni sull'eventuale integrazione vitaminica (es. vitamine D e K);
8. Indicazioni per la prevenzione della displasia evolutiva dell'anca;

9. Informazioni sugli screening neonatali attivi (screening neonatale esteso, uditivo, oftalmologico, SMA – atrofia muscolare spinale);
10. Consegna di copia del cartellino o della lettera di dimissione, comprensiva dell'appuntamento per la prima visita ambulatoriale post-dimissione e i riferimenti dei servizi territoriali.

10 FASE 4 DEL PERCORSO NEONATALE: PRIMA VISITA POST-DIMISSIONE

È preferibile che la prima visita ambulatoriale post-dimissione sia effettuata dagli operatori del reparto di dimissione. Qualora, per specifiche esigenze organizzative, ciò non sia possibile, la visita dovrà essere garantita presso i Servizi territoriali o dal Pediatra di Libera Scelta.

In questa fase deve essere effettuata la valutazione dei seguenti parametri, con relativa registrazione nella documentazione sanitaria:

1. Dati antropometrici;
2. Andamento dell'incremento ponderale;
3. Condizioni generali del neonato (colorito, attività cardiaca, segni neurologici, stato di idratazione);
4. Presenza o assenza di condizioni potenzialmente interferenti con l'instaurarsi di una relazione adeguata madre–neonato.

In presenza di uno o più parametri alterati, il team medico-infermieristico attiva gli interventi assistenziali e terapeutici appropriati, in relazione al quadro clinico, al setting assistenziale e alle evidenze scientifiche disponibili.

In caso di parametri nella norma, si conclude il Percorso Nascita.

La Fase 4 del percorso neonatale si conclude con la dimissione del neonato e la contestuale pianificazione del follow-up post-dimissione.

Nella documentazione clinica (CCE) deve essere data evidenza delle seguenti attività:

- Esecuzione e registrazione dell'esame obiettivo completo del neonato;
- Documentazione della presenza o assenza di condizioni cliniche rilevanti o problematiche.

11. INCIDENT REPORTING IN CASO DI EVENTO SENTINELLA O MORTE NEONATALE

La morte o il grave danno nel neonato sano a termine (≥ 37 settimane EG), non correlati a patologia congenita, costituiscono uno specifico Evento Sentinella.

In tali casi, la struttura coinvolta è tenuta ad attivare gli strumenti di analisi previsti, predisporre un piano di miglioramento e procedere alla segnalazione nel sistema SIRES, al fine di consentire la corretta alimentazione del flusso ministeriale SIMES.

In presenza di Evento Sentinella, si dispone quanto segue:

1. **Garantire** una comunicazione appropriata con i familiari, nel rispetto della *privacy*, assicurando supporto, chiarezza informativa e presenza empatica degli operatori sanitari;
2. **Attivare, se necessario**, un supporto psicologico per i familiari e per gli operatori coinvolti, se richiesto;
3. **Acquisire** relazioni dettagliate da parte degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza al neonato;
4. **Acquisire** copia integrale della documentazione clinico-assistenziale;
5. **Compilare**, a cura del Responsabile della U.O., la specifica scheda di "Incident Reporting" (allegato 7: Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte o grave danno in neonato sano a termine ≥ 37 settimane EG), non correlata a malattie genetiche e trasmetterla alla U.O. Risk Management;
6. **Predisporre**, a cura del Responsabile della U.O. Risk Management, gli strumenti di risk analysis più idonei al caso. L'allegato 8 (Schema Audit morte o grave danno in neonato sano a termine ≥ 37 settimane EG non correlato a patologia congenita) rappresenta una guida per la conduzione di un Audit in tale ambito, focalizzata sulla individuazione dei fattori contribuenti e la predisposizione di un piano di miglioramento.

BIBLIOGRAFIA

- Sono state analizzate le principali linee guida nazionali ed internazionali;
- Raccomandazione ministeriale n. 16, aprile 2014. Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita;
- 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 della regione lazio , n.g1485 del 03 novembre 2025;
- Davanzo r, maffeis c, silano m, bertino e, agostoni c, cazzato t, tonetto p, staiano a, vitiello r, natale f, gruppo di lavoro ad hoc di sip, sin, sicupp, sigenp e tavolo tecnico operativo interdisciplinare sulla promozione dell'allattamento al seno (tas) del ministero della salute. Allattamento al seno e uso del latte materno/umano - position statement 2015 di società italiana di pediatria (sip), società italiana di neonatologia (sin), società italiana di cure primarie pediatriche (sicupp), società italiana di gastroenterologia epatologia e nutrizione pediatrica (sigenp), in collaborazione con il tavolo tecnico operativo interdisciplinare sulla promozione dell'allattamento al seno (tas) del ministero della salute;
- Unicef italia. Standard per le buone pratiche negli ospedali. Roma, 2012;
- Chirico g, de curtis m, mosca f, paolillo p. Dimissione del neonato: documento della task force della sin (2017);
- Romagnoli c, dani c, pratesi s, raimondi f, capasso l, zecca e, task force per l'iperbilirubinemia neonatale sin. Raccomandazioni per il trattamento dell'iperbilirubinemia neonatale (2013);
- Parish e. How to conduct a newborn examination. Bmj 2018; 360;j5726. Doi: <https://doi.org/10.1136/sbmj.j5726>;
- Smith h, harvey c, portela a. Discharge preparation and readiness after birth: a scoping review of global policies, guidelines and literature. Bmc pregnancy and childbirth 2022;22:281. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04577-3>;
- Benitz we. Hospital stay for healthy term newborn infants. Pediatrics 2015;135(5):948-953.

ALLEGATI

ALLEGATI	DENOMINAZIONE
ALLEGATO 7	SCHEMA INCIDENT REPORTING EVENTO SENTINELLA MORTE O GRAVE DANNO IN NEONATO SANO A TERMINE \geq 37 SETTIMANE NON CORRELATO A MALATTIA CONGENITA;
ALLEGATO 8	SCHEMA INCIDENT REPORTING EVENTO SENTINELLA MORTE O GRAVE DANNO NEONATALE

ALLEGATO 7. Schema Incident Reporting Evento Sentinella morte o grave danno in Neonato sano a termine ≥ 37 settimane non correlato a malattia congenita

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

NB: Barrare la casella relativa alla sezione d'interesse (A. Morte neonatale o B. Grave danno neonatale)

A) MORTE NEONATALE			
Data del decesso (GG/MM/AAAA)	__/__/__	Ora del decesso (HH:MM)	__ . __

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

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

B) GRAVE DANNO NEONATALE	
GRAVE DANNO COME RIPORTATO NELLA SCHEDA DI DIMISSIONE	

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

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

ALLEGATO 8. Schema Incident Reporting Evento Sentinella Morte o Grave Danno Neonatale

SEZIONE A – DATI DELLA MADRE, DEL NEONATO E DI EVENTUALI PRECEDENTI	
Cognome e Nome della madre	
Data di nascita della madre (GG/MM/AAAA)	
Data e ora di nascita del neonato (GG/MM/AAAA - HH:MM)	
Data e ora di morte del neonato (GG/MM/AAAA - HH:MM) ovvero Data di riscontro del grave danno (GG/MM/AAAA)	
Precedenti gravidanze e descrizione fisiologia/patologia di precedenti nati (Se noti. Se non noti indicare i motivi per cui non è possibile raccogliere le informazioni)	

SEZIONE B – CHECK DEI REQUISITI DI BASE DELLE FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE	
1. È documentata l'attribuzione della classe di rischio del travaglio / parto?	Note:
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2. Vi è evidenza della corretta trasmissione di informazioni anamnestiche tra ginecologi e neonatologi?	Note:
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
3. La prima valutazione neonatologica riporta le seguenti evidenze?	Note:
<ul style="list-style-type: none"> • Punteggio di Apgar • Frequenza respiratoria • Sintetica descrizione morfobiometrica del neonato 	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4. Durante la permanenza nel reparto di Nipiologia vi è evidenza di valutazione dei seguenti elementi di giudizio clinico assistenziale?	Note:
<ul style="list-style-type: none"> • Parametri vitali • Andamento ponderale • Emissione di meconio e urine • Screening malattie metaboliche 	
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	



SEZIONE A – DATI DELLA MADRE, DEL NEONATO E DI EVENTUALI PRECEDENTI	
Cognome e Nome della madre	
Data di nascita della madre (GG/MM/AAAA)	
Data e ora di nascita del neonato (GG/MM/AAAA - HH:MM)	
Data e ora di morte del neonato (GG/MM/AAAA - HH:MM) ovvero Data di riscontro del grave danno (GG/MM/AAAA)	
Precedenti gravidanze e descrizione fisiologia/patologia di precedenti nati (Se noti. Se non noti indicare i motivi per cui non è possibile raccogliere le informazioni)	

SEZIONE B – CHECK DEI REQUISITI DI BASE DELLE FASI DEL PERCORSO ASSISTENZIALE	
1. È documentata l'attribuzione della classe di rischio del travaglio / parto?	Note:
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
2. Vi è evidenza della corretta trasmissione di informazioni anamnestiche tra ginecologi e neonatologi?	Note:
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
3. La prima valutazione neonatologica riporta le seguenti evidenze? <ul style="list-style-type: none">• Punteggio di Apgar• Frequenza respiratoria• Sintetica descrizione morfobiometrica del neonato	Note:
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	
4. Durante la permanenza nel reparto di Nipiologia vi è evidenza di valutazione dei seguenti elementi di giudizio clinico assistenziale? <ul style="list-style-type: none">• Parametri vitali• Andamento ponderale• Emissione di meconio e urine• <i>Screening</i> malattie metaboliche	Note:
<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No	

SEZIONE C – CAUSE DIRETTE DELLA MORTE O DEL GRAVE DANNO

--

SEZIONE D – ANALISI CRONOLOGICA

In questa sezione occorre costruire la linea temporale di successione degli eventi che hanno condotto alla morte o alla disabilità del neonato, individuando per ogni fase i fattori contribuenti emersi dall'analisi e le azioni di miglioramento protettive e/o preventive individuate. Il gruppo di lavoro può scegliere una fra le tante tassonomie dei fattori contribuenti disponibili in letteratura, a patto che vengano analizzate tutte le seguenti categorie di fattori: (1) strutturali; (2) Tecnologici; (3) organizzativi; (4) legati al personale; (5) legati al paziente

Successione degli eventi	Fattori contribuenti individuati	Azioni di miglioramento

Note:

--

SEZIONE E – CONCLUSIONI

--