



GRC
Centro Regionale
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente

L'ergonomia organizzativa

Punti di forza e aspetti da implementare in Regione Toscana

25 marzo 2022

Roberto Monaco e Giulia Dagliana

*Centro Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente, Regione Toscana*

Di cosa parliamo



- Alcuni dati relativi agli eventi sentinella di ambito materno infantile e i principali fattori contribuenti
- Strumenti di ergonomia organizzativa per la sicurezza del paziente e di supporto cognitivo per gli operatori



Eventi Sentinella 2019-2021

ANNO	N	EVENTO SENTINELLA	ESITO
2019	4	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	3 morte 1 altro
	1	Morte materna o malattia grave correlata al travaglio e/o parto	1 morte
2020	3	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	2 morte 1 Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva
2021	2	Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita	1 morte 1 Trasferimento ad una unità semintensiva o di terapia intensiva



Eventi Sentinella 2019-2021

ANNO	N	EVENTO SENTINELLA	ESITO
2019		CAUSE E FATTORI CONTRIBUENTI	n.
		EVENTI SENTINELLA 2019-2021	
		Gestione TC in emergenza/gestione urgenze	5
2020		Preso in carico gravidanza a rischio	2
		Altro	2
2021		Comunicazione	
		Formazione	
		Tecnologie sanitarie – Farmaci (ossitocina)	

Azioni critiche rilevate negli audit su ES 2010- 2015

Inadeguato monitoraggio e interpretazione CTG

Gestione non differenziata tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio

Inadeguato dialogo tra operatori sanitari che si avvicendano nei turni

Passaggio di consegne senza criteri e prevalentemente verbale

Comunicazione inadeguata fra consultorio e reparto

Inappropriata presa in carico della donna dovuta alla mancanza di passaggio di informazioni fra la struttura che gestisce il parto e la struttura che ha seguito la gravidanza

Inadeguata gestione del travaglio di parto e sofferenza fetale

Performance limitata nella rianimazione cardiopolmonare del neonato

Profilassi trombo-embolica non corretta

Azioni critiche rilevate negli audit su ES 2010- 2015

Inadeguato monitoraggio e interpretazione CTG

Ges	CAUSE E FATTORI CONTRIBUENTI EVENTI SENTINELLA 2006-2014	%	n.	rischio
Ina	Comunicazione	38%	9	
Pas	Fattori umani	28,6%	6	
	Ambientali	14,3%	3	
Cor	Tecnologie sanitarie - Disp.medici	0%	0	
Ina	Tecnologie sanitarie – Farmaci	14,3%	5	
pas stru	Tecnologie sanitarie - L.G., raccomandazioni, protocolli, proc.	38,1%	8	
Ina	Tecnologie sanitarie – Barriere	4,7%	1	

Performance limitata nella rianimazione cardiopolmonare del neonato

Profilassi trombo-embolica non corretta

Le linee di indirizzo regionali

2016



**Sicurezza e Qualità delle cure
nel percorso nascita**
Linea di indirizzo regionale

- Relazione di cura della donna sul territorio
- Rapporto ospedale territorio
- Coordinamento formalizzato del percorso nascita all'interno dell'ospedale
- Sicurezza in sala parto
- Prevenzione della sepsi in ostetricia
- La gravidanza come finestra sulla salute futura della donna
- Gestione del neonato critico
- Network per simulazione e re-training per il team working

DELIBERA 673 DEL 12 LUGLIO 2016



GRC
Centro Regionale
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente



Regione Toscana

Supporto cognitivo e organizzativo in sala parto

GESTIONE DELLA DISTOCIA DI SPALLA

1. Chiamare aiuto HELP
(collega ostetrica, medico, team neonatologico, anestesista)

Start

- EVITARE TRAZIONI
- DISSUADERE DALLO SPINGERE
- ASSICURARE ACCESSO VENOSO
- EVENTUALE SVUOTAMENTO VESCICALE

2a Parto in posizione libera
Manovra di GASKIN
(Carponi)

Dopo 30"

2b Parto in posizione litomica
Manovra di Mc ROBERT'S
(perfezionare cosce su addome)

Dopo 30"

3. Pressione Sovrapubica

Dopo 30"

4. Manovra di RUBIN

Dopo 30"

5. Manovra di WOODS

Dopo 30"

6. Manovra di JACQUEMIER

Dopo 30"

Manovra tratta da Clinical Practice Guidelines: Distocia/Shoulder (versione 01/10/2018) e allegati ©2013 Queensland Government

Poster per gestione della distocia di spalla

DISTOCIA DI SPALLA Schema di registrazione

Azienda USL
 Nord Ovest AOUP U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
 Centro AOUC P.O.
 Sud Est AOUS Direttore

Cognome e nome Data di nascita /

INIZIO TRAVAGLIO ATTIVO Data /

INIZIO PERIODO ESPULSIVO Data /

PARTO Data /

Peso kg Altezza cm Incremento ponderale kg EG

Orario fuoriuscita della testa Ora :

Orario fuoriuscita del corpo fetale Ora :

Direzione verso cui la testa ruota dopo la restituzione dx sx

Quale spalla si disimpegna per prima ant post

Manovre effettuate

<input type="checkbox"/> Manovra di GASKIN	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Manovra di Mc ROBERT'S	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pressione Sovrapubica	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Manovra di JACQUEMIER	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Manovra di WOODS	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Manovra di RUBIN	<input type="text"/>

Composizione dello staff

<input type="checkbox"/> Medico di guardia	<input type="checkbox"/> Seconda Ostetrica
<input type="checkbox"/> Medico reperibile	<input type="checkbox"/> Infermiere
<input type="checkbox"/> Prima Ostetrica	<input type="checkbox"/> Anestesista

Data /

Firma segnalatore

A cura di Manovra di Tommaso - Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi

Scheda registrazione della distocia di spalla

Supporto cognitivo e organizzativo in sala parto

EMORRAGIA POSTPARTUM

1. PREVENZIONE

- Parto vaginale**
- Somministrazione 10 UI di ossitocina I.M. al distacco della spalla anteriore
- Taglio cesareo**
- Somministrazione 10 UI di ossitocina I.M. dopo l'intestazione del feto
 - Esercizio rapidamente la sutura degli angoli della breccia uterina

- Casi a rischio:**
distacco di placenta, placenta previa, gravidanza plurima, ipertensione o preeclampsia, progressa EPP, etnia asiatica, BMI > 35, anemia, miomi uterini, taglio cesareo di emergenza, induzione o supplementazione del travaglio, ritenzione materiale placentare, episiotomia paramediana, parto operativo vaginale, travaglio prolungato, peso fetale > 4000 g, febbre in travaglio, uso di eparina BPM, poldiramio.
- Somministrazione 10 UI di ossitocina I.M.
 - Eseguire rapidamente la sutura degli angoli della breccia uterina in caso di taglio cesareo
 - Somministrazione 10 UI di ossitocina E.V. in 200 ml di soluzione fisiologica in 120 min

2. DEFINIZIONE

- Parto vaginale**
Perdita ematica > 500 ml
- Taglio cesareo**
Perdita ematica > 1000 ml

3. STIMA DELLA PERDITA

- Parto vaginale**
Socia graduata
- Taglio cesareo**
Volume ematico raccolto o pesatura compressa

4. VERIFICA DELLE CAUSE (Regola delle 4T)

- Tono - Utero soffice o pastoso (atonica 70% delle EPP)**
- Effettuare il massaggio bimanuale e somministrare farmaci uterotonici

- Trauma - Presenza di lacerazioni cervico-vaginali, ematomi, rottura o inversione uterina (20% delle EPP)**
- Valutazione accurata riprobandone anche all'uso di valvole o divinatori idonei
 - Sutura delle eventuali lacerazioni

- Tessuti - Ritenzione di materiale placentare, accretismo placentare (10% delle EPP)**
- Somministrazione 10 UI di ossitocina I.M.
 - Nel taglio cesareo eseguire rapidamente la sutura degli angoli della breccia uterina
 - Somministrazione 10 UI di ossitocina E.V. in 200 ml di soluzione fisiologica in 120 min

- Trombina - Coagulopatie (1% delle EPP)**
- Correzione dei deficit coagulativi

5. ALGORITMO 1

Ginecologo

- Chiamare anestesista e ginecologo reperibile
- Assicurare 2 accessi vasali 18G
- Contare sangue e fibrinogeno
- Richiedere emoderivati/coagulazione
- Inserire catetere vescicale

- Anestesia (vedi principi correzione shock emorragico)**
- Ossigeno in maschera (10-15 litri)
 - Riscaldare la paziente
 - Stivare dai fusti (Covaccioli, Ronger Letanai)

ALGORITMO 2

Ginecologo

- Chiamare anestesista e ginecologo reperibile

Se ipotono

- Massaggio bimanuale
- Ossitocina da profilattico a temperatura (20UI in 250 ml in 120 min)
- Aiuto Trattamento idrico da carico: 1g in 100 ml in 10 min, dose di mantenimento: 1g in 100 ml nella 3 ore successiva
- Controlla cavità

Tappia con Protalglandine

- Soluzione (effettuato solo entro 30 min dall'inizio della perdita) 500 mcg in 250 ml fisiologica (50-100 grammi)

- Contra-indicazioni: ipertensione, asma, febbre, cardiopatia miocardica, età > 65 anni, ipocoagulazione acuta

- Mopropetolo (elettivo dopo 30 min dall'inizio della perdita) il con 200 mg via orale

Anestesia

- Riammissione (ABC)
- Aiuto anestesista e laboratorio
- Trasfusione EV 6 Rm mcg (1 sacca = 200 ml aumenta Hct 2-3%)

- Per trasfusioni veloci di più sacche, usare risaldatori

ALGORITMO 3

Ginecologo

- Accusare figura prelevata
- Test tamponamento

APPROCCIO CHIRURGICO

- Correttivo (suture compressive)
- Fisiocoagulazione (Sopracorinai)

Anestesia

- Trattamento perdita fattori coagulazione
- SUI, sangue conservato

- Se PTT > 1.5: plasma 10 ml/kg
- Se CD in atto: 20 ml/kg
- Se PTT > 30-30.000: PTT infusione 1 sacca/10 Kg
- Se EPP grave: sangue conservato 1/1/1 in 400ml (Baxter Severi) bolo 40-20 mcg/kg EV ripetere entro 30 min

6. COMPRESIONE BIMANUALE DELL'UTERO

- Inserire una mano coperta da un guanto in vagina e spingere contro il corpo uterino lo tampone imbevibile su una placca ad anello
- Mantenere l'altro mano sull'addome sopra il fondo uterino e comprimere la parete posteriore dell'utero contro la mano posta in vagina.



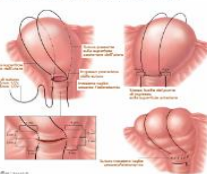
7. BALLOON TAMPONANTE

- Riempimento fino a 300/400 ml
- Infusione OCT continua fino alla rimozione (24 h)
- Protezione antibiotica



8. B-LINCH

- Indicare 5/11 e 4 cm
- Estrusione utero
- Velocità 200 cm/s ogni 65 mm 1/2c o PDS9 TR (130 cm) ogni 65 mm 1/2c



EMORRAGIA POST-PARTUM Scheda di registrazione

Azienda USL

- Nord Ovest
 Centro
 Sud Est

- AOUP
 AOUC
 AOUS

U.O.C. Ostetricia e Ginecologia
P.O.
Direttore

Cognome e nome Data di nascita 00/00/00

EMORRAGIA Precoce Tardiva

TRAVAGLIO Data 00/00/00 Ora 00:00

PARTO Data 00/00/00 Ora 00:00 Modalità Vaginale Cesareo

SECONDAMENTO Spontaneo Manuale Stima della perdita ml

FARMACI SOMMINISTRATI Farmaco, dosaggio, forma e via di somministrazione

.....	Ora
.....
.....
.....

LIQUIDI SOMMINISTRATI Tipologia e dosaggio

.....	Ora
.....
.....
.....

TAMPONAMENTO UTERO/VAGINALE Si No

INTERVENTI CHIRURGICI Tipologia

.....	Ora
.....
.....
.....

CAUSE Atonia Lacerazioni vaginali
 Ritenzione materiale Lacerazioni cervice
 Rottura utero Alterazione della coagulazione

STAFF Medico di guardia Seconda Ostetrica
 Medico reperibile Infermiera di sala IP
 Ostetrica di sala Anestesista

Data 00/00/00 Firma segnalatore

Poster per gestione dell'emorragia post-partum

Scheda registrazione
Dell'empraglia post partum

Supporto cognitivo e organizzativo in sala parto

Check list sala parto

REGIONE TOSCANA
GRC Centro Regionale
Ginecologia e Ostetricia
e Scienze del Parto

IDENTIFICAZIONE MADRE

Cognome: _____
 Nome: _____
 Data di nascita: _____
 N° bracciale: _____

IDENTIFICAZIONE FIGLIO

Cognome: _____
 Nome: _____
 Data e ora di nascita: _____
 N° bracciale: _____

EQUIPE

Il Ostetrica: _____
 Il Ostetrico: _____
 Il Ginecologo: _____
 Il Ginecologo: _____
 Anestesista: _____
 Pediatra: _____
 OSS: _____

PRE PARTO Data / /

Accoglienza

Presentazione staff
 Identificazione della madre
 Identificazione rischio
 Rilievazione parametri vitali
 Compilazione modulistica
 Rilievazione BCF
 Posizionamento braccio cardiotografico

Compilazione partogramma
 Chiamata del ginecologo [] NA
 Valutazione Terapia antibiotica [] NA
 Valutazione Terapia antipertensiva [] NA
 Valutazione Terapia retrovirale [] NA

Compilatore: _____

INTRAPARTO Data / /

Parto vaginale

Presenza presidi necessari all'assistenza al parto
 Somministrazione Bolo 100L ossitocina
 Chiamata seconda ostetrica
 Chiamata del ginecologo [] NA
 Chiamata del pediatra [] NA
 Presenza presidi necessari all'assistenza del neonato
 Posizionamento bracciale madre e neonato

Esecuzione emogas [] NA

Secundamento

Valutazione perdite ematiche
 Valutazione tono uterino
 Chiamata del ginecologo (perdite > 500ml) [] NA
 Chiamata dell'anestesista [] NA

Valutazione parametri vitali

Consegne ostetriche
 STJ [] NA
 Compilazione STJ neonato
 Partogramma
 Registro parto
 Cartella Argus (ex. PAI)

Compilatore: _____

POST PARTO Data / /

Nelle 2 ore

Spiegazione brochure segni di rischio neonatale
 Valutazione parametri vitali neonato
 Raccomandazione alla madre principali rischi del post-parto
 Compilazione scheda neonato
 Chiamata del pediatra [] NA

Dopo 2 ore / Madre

Valutazione perdite ematiche
 Valutazione tono uterino
 Valutazione parametri vitali
 Chiamata del ginecologo [] NA
 Chiamata dell'anestesista [] NA
 Valutazione VAS [] NA

Dopo 2 ore / Neonato

Valutazione parametri vitali
 Esecuzione profilassi
 Compilazione scheda neonato
 Spiegazione check list allattamento
 Chiamata del pediatra [] NA
 Telefonato reparto di degenza

Compilatore: _____

Checklist per l'evento nascita

Correlazione positiva
tra la presenza della checklist
e il partogramma correttamente compilato

Process measures	Before N=141	After N=98	p-value*
Partogram in medical chart	106 (75.2)	96 (98.0)	<0.001
Hypertensive therapy when blood pressure >100 mmHg	1(50)	1(50)	1.000
Antibiotic therapy when vaginal swab test +, body heat >38°C or premature rupture of membranes	24 (100.0)	31 (100.0)	1.000
Antibiotic therapy in case of manual removal of the placenta	2(50)	1(100)	0.361
Pain evaluation	139 (98.6)	97 (99.0)	0.243
Analgesic treatment when VAS > 4	41 (29.1)	26 (26.5)	0.207
Manual massage when blood loss was over 500 ml	0 (0)	0(0)	-
Uterotonic drugs when blood loss >500 ml	7 (70.0)	10 (83.3)	0.457

ISSN: 0014-0139 (Print) 1366-5847 (Online) Journal homepage: <http://www.tandfonline.com/loi/terg20>



Adattamenti al contesto e alle esigenze

Check list evento nascita



M/903-1/278

IDENTIFICAZIONE MADRE

Cognome: _____

Nome: _____

Data di nascita: _____

N° braccialetto: _____

IDENTIFICAZIONE NEONATO

Cognome: _____

Nome: _____

Data e ora di nascita: _____

N° braccialetto: _____

EQUIPE

I Ostetrica: _____ / _____

II Ostetrica: _____ / _____

I Ginecologo: _____ / _____

PRE PARTO Data

Accoglienza

- Presentazione staff
- Identificazione della madre
- Identificazione rischio
- Rilevazione parametri vitali
- Compilazione modulistica
- Rilevazione BCF
- Posizionamento tracciato cardiocardiografico

ONA

- Compilazione partogramma

- Richiesta partoanalgesia

- Chiamata del ginecologo

ONA

- Valutazione Terapia antibiotica

ONA

- Valutazione Terapia antipertensiva

ONA

- Valutazione Terapia retrovirale

ONA

Compilatore: _____

ORA CHIAMATA

Med. Neonatologo									
Med. Anestesia Rep.									
Med. Ginecologo Rep.									

INTRAPARTO

Parto vaginale

- Presenza presidi necessari
- Chiamata seconda ostetrica
- Somministrazione Bolo 1
- Chiamata del ginecologo
- Chiamata del pediatra
- Presenza presidi necessari
- Posizionamento braccialetto

- Esecuzione emogas

Secondamento

- Valutazione tono uterino
- Chiamata del ginecologo
- Chiamata dell'anestesista

- Valutazione parametri vitali

Partogramma
Registro p
Cartella A

Compilatore: _____

STIMA PERDITE EMATICHE

PE Sacca Retroplacenta _____

Garze 10x10 da 5 g n. _____ PESO g _____

Stima PE garze ml _____

PE Antidistorsione _____

WHO Check list di sala operatoria TC
(adattata dal Centro Gestione Rischio Clinico, Regione Toscana)

GRC
Centro Regionale
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente

ACCESSO SALA (da leggere ad alta voce)

Prima dell'anestesia

- Identificazione paziente
- Verifica farmaci e presidi anestesiol. e CVP
- Posizionamento CVP

Consenso informato

- Intervento
- Anestesia
- Trasfusioni

Monitoraggio

- Pressione arteriosa
- Ossimetria
- ECG

Allergie

- Controllate

Somministrazione antibiotico

- SI

Esistono difficoltà nella gestione delle vie aeree

- SI sono state approntate specifiche misure
- No

Compilatore: _____

TIME OUT (da leggere ad alta voce)

Prima dell'incisione

Briefing su possibili eventi avversi

Revisione anestesiol. e CVP

- Presenza aspetti critici relativi al paziente
- Conteggio strumenti, garze e taglietti

Revisione ostetrica/infermieristica

- Correttezza processi sterilizzazione
- Conteggio strumenti, garze e taglietti

Corretto posizionamento paziente

- Presenza presidi necessari all'assistenza al TC
- Presenza presidi necessari all'assistenza del neonato
- Chiamata del pediatra
- NA

Dopo l'estrazione

- Profissi EPP eseguita
- Posizionamento braccialetto madre e neonato

Compilatore: _____

USCITA SALA (da leggere ad alta voce)

Prima che il paziente lasci la sala operatoria

Conferma verbale su:

- Conteggio strumenti, garze e taglietti
- Etichettatura corretta eventuali campioni (incluso il nome del paziente)
- Segnalazione problemi con dispositivi
- Passaggio di consegne con segnalazione di eventuali criticità
- Consegne e prescrizioni anestesiol. e CVP
- Consegne e prescrizioni mediche

Compilatore: _____

STIMA PERDITE EMATICHE

PE aspiratore ml _____

Garze 40x40 da 15 g n. _____ PESO g _____

Garze 10x10 da 5 g n. _____ PESO g _____

PE totali ml _____

TEMPI OPERATORI

Sala operatoria pronta

Entrata gestante in SO

Compilatore: _____

TEMPI OPERATORI

Inizio procedure anestesiol. _____

Inizio intervento _____

Tavolo operatorio pronto _____

Nascita I _____ II _____ III _____

Fine intervento _____

Fine procedure anestesiol. _____

TEMPI OPERATORI

Uscita gestante dalla SO _____

Checklist per l'evento nascita

Checklist per il taglio cesareo

Consapevolezza situazionale per la prevenzione della sepsi in ostetricia

ALGORITMO SEPSI IN OSTETRICIA

REGIONE TOSCANA
GRC Gestione Regionale Clinica
SICUREZZA DEL PAZIENTE



Fattori di rischio

- Anamnesi prossima positiva per febbre o brividi
- Tosse/escreato/dispnea
- Anemia
- Sindrome simil-influenzale o infezioni in atto
- Dolori addominali non riferibili ad altre cause/distensione addominale
- Vomito e/o diarrea
- Infezione rossore/gonfiore/dolore associato a catetere vascolare
- Possibili infezioni intrauterine (PROM, p PROM, travaglio prolungato, ritenzione di prodotti placentari)
- Mialgia/malessere/mal di testa
- Disuria o difficoltà alla minzione
- Insorgenza di alterato stato di coscienza o di confusione
- Recente intervento/infezione della ferita/cellulite
- Immuno-compromissione/malattia cronica
- Probabile infezione al seno
- Manovre invasive in gravidanza (es. amniocentesi, cerchiaggio, etc.)
- Pregressa infezione pelvica
- Pregressa infezione urinaria
- Diabete pregravidico
- Trauma
- Forte preoccupazione dei caregiver/familiari
- BMI basso o alto(→30)
- Forte fumatrice
- Deprivazione e/o marginalità sociale

Segni di allerta rossa

T (°C)	< 35, >38
PA (mmHg)	< 90, >160
FC	< 40, >120
FR	< 10, >30
VAS	-
Risposta agli stimoli	Non risponde, risponde al dolore

1. OSSIGENO Valuta la necessità di O₂ e/o l'assistenza ventilatoria
2. COLTURA Preleva almeno 2 campioni per emocoltura (ed eventuali altri campioni biologici, (es. urine) PRIMA di iniziare la terapia antibiotica. Controlla l'eventuale focolaio di infezione
3. ANTIBIOTICO Somministra una terapia antibiotica empirica ad ampio spettro in accordo coi protocolli locali*
4. FLUIDI Inizia il riempimento volemico
5. LATTATI Misura i lattati ed esegui gli esami ematochimici comprensivi degli indici di flogosi biomarker (PCR, Procalcitonina)
6. DIURESI Inizia il controllo della diuresi

Espletamento del parto o svuotamento cavità uterina
Profilassi tromboembolica

*Si richiede la predisposizione di protocolli di terapia antibiotica aziendali

Segni di allerta gialla

T (°C)	35-36
PA (mmHg)	150-160 o 90-100
FC	100-120 o 40-50
FR	21-30
VAS	2-3
Risposta agli stimoli	Risponde alla voce

1. Rivalutare i segni di allerta almeno ogni 8 ore (almeno 3 volte nelle 24 ore)
2. Se emerge un peggioramento/variazione verso segni di allerta avvisare il medico
3. Se ci sono alterazioni rispetto allo stato usuale della donna allertare il medico

Modelli organizzativi

La rete per la gravidanza a rischio

Percorso della gravidanza ad alto rischio: *la rete organizzativa regionale*

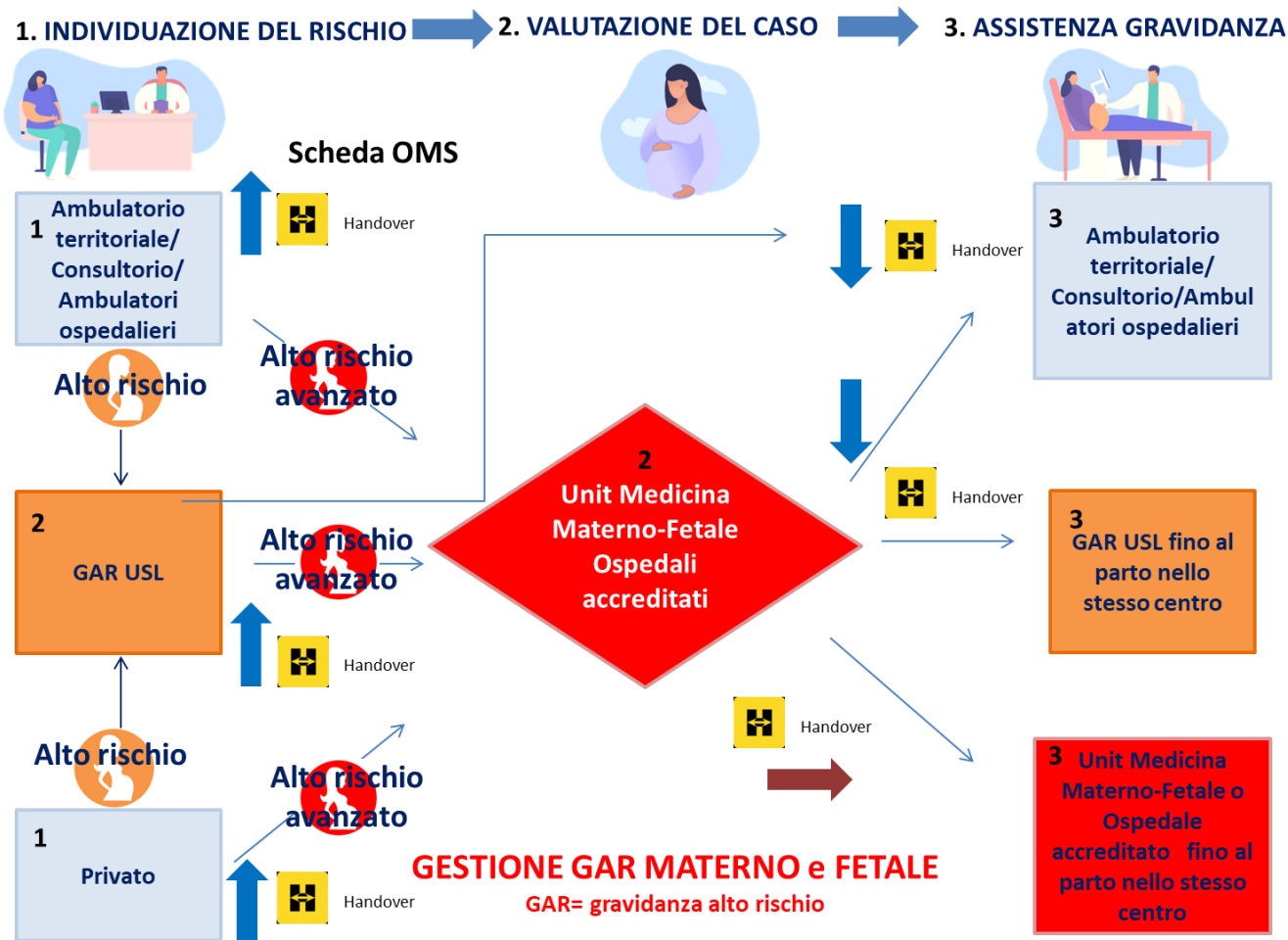
Documento a cura della Direzione della Rete Gravidanza a Rischio, del Centro di Coordinamento delle Patologie del Feto e del Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente

Sommario	
Introduzione	2
Criteri clinici per la definizione del percorso della donna	3
<i>Livelli di rischio e fasi del processo di valutazione e gestione della gravidanza</i>	3
<i>Patologia materna</i>	3
<i>Patologia fetale</i>	5
Le organizzazioni delle sottoreti di AV per la gestione delle gravidanze a rischio	7
<i>Area Vasta Centro</i>	7
<i>Area Vasta Nord Ovest</i>	9
<i>Area Vasta Sud Est</i>	10
La continuità clinico-assistenziale assistenziale: strumenti di handover	13
<i>Gravidanza ad alto rischio fetale</i>	14
<i>Gravidanza ad alto rischio materno</i>	17
La sperimentazione sul campo del modello	21
Bibliografia di riferimento	22

Il nuovo modello di rete clinica regionale prevede il **passaggio da una “organizzazione in rete”**, che si incentra principalmente su un coordinamento tecnico-scientifico e sulla condivisione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, **ad una “organizzazione a rete”**, concepita come un insieme di servizi interdipendenti e in relazione funzionale mediante connessioni e modalità di interazione fortemente strutturate



Il disegno del modello



Modello centrato sul paziente
e sulle interazioni con in sistema

Definizione di requisiti organizzativi



Valutazione multidisciplinare in co-presenza



Accordo multidisciplinare sulla “fattibilità” della gestione presso il centro che ha in carico la paziente



Trasparenza sull'organizzazione della rete per una scelta consapevole da parte della donna/coppia del centro ARA in cui farsi seguire



Monitoraggio dei Volumi di attività del singolo centro ARA



Organizzazione di Audit interaziendali e della Rete



Monitoraggio continuo dell'attività svolta e rivalutazione dell'organizzazione della rete

Definizione di requisiti clinici

PATOLOGIA MATERNA - ALTO RISCHIO				PRESIDI										
GESTIONE MULTIDISCIPLINARE				AOUP	AREA NASCITA INTEGRATA FTGM/ATNO	MASSA OSPEDALE APUANE	LUCCA	BARGA	VERSILIA	LIVORNO	PONTERERA	CECINA	ELBA	CONSULTORI
Patologie rare di interesse ostetrico che non compromettano la capacità riproduttiva				SI	NO	NO	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	NO
Patologie neoplastiche in follow-up				SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	NO
Patologie neurologiche in trattamento farmacologico				SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO

PATOLOGIA MATERNA - ALTO RISCHIO AVANZATO							PRESIDI										
GESTIONE MULTIDISCIPLINARE							AOUP	AREA NASCITA INTEGRATA FTGM/ATNO	MASSA OSPEDALE APUANE	LUCCA	BARGA	VERSILIA	LIVORNO	PONTERERA	CECINA	ELBA	
Malattie autoimmuni con danno d'organo o in trattamento stabile con terapia che deve essere mantenuta in gravidanza (monoclonale, plasmaferesi, Ig vena)							SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO
Malattie rare su indicazione genetica							SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO
Procreazione medicalmente assistita >42 anni							SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	
Patologie mediche a rischio chirurgico							SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	
Epatopatia con alterazione dei parametri funzionali							SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	
Colestasi grave							SI	NO	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	
Miomi uterini complicati							SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	
Gravi malformazioni uterine							SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	
Placenta previa in assenza di segni di accretismo							SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	SI	NO	

Identificazione delle competenze cliniche e organizzative di ciascun centro

Condivisione dei criteri organizzativi e clinici in incontri multidisciplinari nelle 3 Aree Vaste

Strumenti di monitoraggio e supporto

Scheda Handover gravidanza a rischio fetale

DATI DELLA DONNA

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/____ E.G. _____

Unità trasferente _____ Contatto _____

Parità
MIF _____ Termine _____ Pre-termini _____ Aborti _____ Figli viventi _____

Unità ricevente _____

Alto rischio
 Alto rischio avanzato

ANAMNESI

Anamnesi familiare Negativa Positiva per _____

Anamnesi osterica progressa Negativa Positiva per _____

GRAVIDANZA ATTUALE

Singola Gemellare BCBA Gemellare MCBA Gemellare MCMA Multipla

Concepimento Spontaneo PMA omologa
 eterologa M
 eterologa F
 embriodonazione

Test combinato Rischio T21 _____ NT _____

NIPT No Sì risultato _____ FPK _____

Indagini genetiche Nessuna
 Villocentesi risultato _____
 Amniocentesi risultato _____

Motivo dell'invio _____ Nota _____

Data ____/____/____ Firma e timbro unità trasferente _____



Scheda Handover gravidanza a rischio fetale

ALTO RISCHIO

- Storia familiare positiva per malformazioni
- Storia familiare positiva per sindromi genetiche
- Translucenza nucleare aumentata ≥ 3 mm
- Restrizione della crescita tardiva (≥ 32 settimane)
- Polidramnios con AFI 25.0-29.9 cm o tasca massima 8.0-9.9 cm in assenza di altre anomalie
- Oligoidramios (AFI ≤ 5 cm o tasca massima ≤ 2 cm) diagnosticato a ≥ 32 settimane in assenza di altre anomalie
- Gravidanza gemellare bicornale
- Infezioni in gravidanza
- Farmaci/tossici in gravidanza
- Diabete tipo I o HbA1c pregravidica ≥ 6.5
- Anticorpi materni (anti D, ecc)
- Anomalia di localizzazione placentare sospetta o accertata (non accreta)
- Anomalie morfologiche della placenta (eccetto corionangioma-displasia mesenchimale)
- Soft markers per anomalie cromosomiche e per patologie fetali: intestino iperecogeno, arteria ombelicale destra persistente, aneurisma vena ombelicale, Arteria Succlavia Destra Aberrante, pielectasia fino a 9.9 mm, rigurgito della tricuspide isolato, versamento pericardico isolato, cisti del cordone ombelicale, osso nasale assente/ipoplastico, plica nucleare ≥ 6 mm, bande amniotiche
- Ecocardio fetale eccetto i casi di sospetta malformazione

ALTO RISCHIO AVANZATO

- Malformazioni fetali (sospette o accertate) comprese le cardiopatie congenite
- Biometria ossea inferiore al quinto centile
- Idrope fetale o versamento in una cavità sierosa (eccetto versamento pericardico)
- Patologie cromosomiche/genetiche accertate mediante procedura diagnostica
- Restrizione della crescita intrauterina precoce (< 32 settimane)
- Gravidanza gemellare monocoriale
- Gravidanza multipla (≥ 3 feti)
- Polidramios con AFI ≥ 30 cm o tasca massima ≥ 10 cm
- Oligoidramios diagnosticato a < 32 settimane
- Anemia fetale (MCA ≥ 1.5 MoM)
- Placenta accreta spectrum disorders (PAS) e scar pregnancy
- Corioangioma placentare e Vasa previa
- Sospetta anomalia di invasione placentare: accretismo \rightarrow percretismo
- Corioangioma placentare e vasa previa
- Infezione fetale confermata con amniocentesi
- Ecocardio fetale per malformazione cardiaca sospetta/accertata, monocorialità e gravidanza multipla, aritmia



Strumenti di monitoraggio e supporto



Scheda Handover gravidanza a rischio materno



DATI DELLA DONNA

Cognome Nome Data di nascita / / E.G. MIF

Parità

Termine Pre-termine Aborti Figli viventi

Unità trasferente

Contatto

Alto rischio
 Alto rischio avanzato

Unità ricevente

Anamnesi generale progressa Negativa Positiva per

Anamnesi ostetrica Negativa Positiva per

Anamnesi gravidanza attuale Negativa Positiva per

Terapia attualmente in atto No Sì specificare

Terapia eseguita in gravidanza No Sì specificare

Alterazione esami ematici No Sì specificare

PMA No Sì Etero

Gravidanza multipla No Sì specificare

gemellare No Sì Mon

Patologia fetale No Sì specificare

Esito ecografie 1^a trimestre Nella norma Alterato per

2^a trimestre Nella norma Alterato per

3^a trimestre Nella norma Alterato per

Altre Nella norma Alterato per

Altre Nella norma Alterato per

ALTO RISCHIO

Patologie rare di interesse ostetrico che non compromettano la capacità riproduttiva

Patologie neoplastiche in follow-up

Patologie neurologiche in trattamento farmacologico (es. epilessia)

Patologia psichiatrica grave/abuso di farmaci o droghe

Patologia neuromuscolari gravi

Patologie cardiache di base (classe NYHA <2)

Ipertensione pre-gestazionale non compensata

Disturbi maggiori della coagulazione

Emoglobinopatie, trombocitemie (esclusa la talassemia minor)

Malattie croniche dell'apparato gastroenterico

Pregressa glomerulonefrite/nefropatie nell'età adulta

Diabete pregestazionale

Ipertiroidismo

Malattie autoimmuni

Obesità (BMI compreso fra 30 e 40)/Grave magrezza (BMI <16)

Pregressa importante patologia ostetrica:

Preclampsia, HELLP, Eclampsia

Parto pretermine ≤ 32 settimane

IUGR ≤ 32 settimana

MIF > 20 settimane

Preeclampsia/FGR

Alloimmunizzazione senza anemia fetale

2 pregressi parti complicati da emorragia ≥ 1000 cc

Elevata complessità di gestione anestesiológica

HIV, TBC

Procreazione medicalmente assistita in gestante di età >42 anni

Patologie mediche a rischio chirurgico

Epatopatia con alterazione dei parametri funzionali

Colestasi grave

Miomi uterini complicati

Gravi malformazioni uterine

Placenta previa

Gestione materno fetale per donne positive durante pandemia (es. covid19)

Consulenza _____ Esito _____

Esito controlli clinici Nella norma Alterato eccessivo aumento

rischio pressorio

minaccia parto p

edemi

altro

Motivo dell'invio

Data insorgenza patologia

/ /

Informazioni su

.....

.....

.....

Data _____ Firma e timbro unità trasferente _____

/ /

ALTO RISCHIO AVANZATO

Malattie autoimmuni con danno d'organo o in trattamento stabile con terapia che deve essere mantenuta in gravidanza (monoclonale, plasmaferesi, Ig Vena)

Malattie rare

Pregressa trombo-embolia

Preeclampsia, HELLP syndrome fino alla 28+6 settimana

Minaccia di parto prematuro suscettibile di ricovero fino alla 28+6 settimana

Obesità >40 BMI

Cardiopatie materne (classe NYHA ≥ 2)

Fibrosi cistica, patologia pneumologica a rischio di peggioramento con l'avanzare della gravidanza o peri-parto.

Insufficienza renale cronica/acuta

Diabete pregestazionale associate ad altre patologie o con precedente ostetrico negativo

Paziente con patologia che richiede o ha richiesto approccio neurochirurgico

Paziente con patologie neoplastiche in atto, in follow-up o che abbiano determinato una modificazione della funzione d'organo

Pazienti con trapianto d'organo

Placenta accreta spectrum disorders» (PAS) e scar pregnancy

Gestione donne positive con quadro clinico complicato durante pandemia (es. covid19)





GRC
Centro Regionale
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente

Grazie per l'attenzione

Roberto Monaco e Giulia Dagliana

*Centro Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente, Regione Toscana*