



Regione Toscana



CONVEGNO

Il sistema delle sorveglianze regionali e nazionali in ambito materno infantile

La gestione del rischio clinico in ambito materno infantile

Riccardo Tartaglia, MD, OM, IEAFellow

Direttore Centro GRC
Presidente Italian Network for Safety in Healthcare

rischio.clinico@regione.toscana.it

Antonio Franco Ragusa, MD, OBG

Direttore U.O. Ostetricia e Ginecologia USL Nord-Ovest
Presidente Fondazione Confalonieri Ragonese;
Coordinatore scientifico del gruppo GEO

antonio.ragusa@uslnordovest.toscana.it



GRC
Centro Regionale
Gestione Rischio Clinico
e Sicurezza del Paziente



WHO Collaborating Centre
in Human Factors and Communication
for the Delivery of Safe and Quality care

Delivering quality health services

A global imperative for universal health coverage



While the rate of **skilled birth attendance increased from 58% in 1990 to 73%** in 2013, mainly due to increases in facility-based births, there are still many women and babies, die or develop lifelong disabilities due to poor quality of care. WHO estimates that **303 000 mothers and 2.7 million newborn infants die annually around the time of childbirth**, and that many more are affected by preventable illness.

Approximately 15% of hospital expenditure in high-income countries is used to correct preventable complications of care and patient harm.

RESEARCH

Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study**What is already known on this topic**

Healthy women who plan to give birth at home or in a midwifery unit are more likely to have a vaginal birth with less intervention compared with women who plan to give birth in an obstetric unit

There is a lack of good quality evidence comparing the risk of rare but serious adverse perinatal outcomes in these settings

What this study adds

For healthy women with low risk pregnancies, the incidence of adverse perinatal outcomes is low in all birth settings

For healthy multiparous women with a low risk pregnancy, there are no differences in adverse perinatal outcomes between planned births at home or in a midwifery unit compared with planned births in an obstetric unit

For healthy nulliparous women with a low risk pregnancy, the risk of an adverse perinatal outcome seems to be higher for planned births at home, and the intrapartum transfer rate is high in all settings other than an obstetric unit

The results support a policy of offering healthy women with low risk pregnancies a choice of birth setting.

Women planning birth in a midwifery unit and **multiparous women planning birth at home**

experience fewer interventions than those planning birth in an obstetric unit with no impact on perinatal outcomes. For nulliparous women, planned home births also have fewer interventions but have poorer perinatal outcomes.



Journal

Paediatrics and International Child Health >

Latest Articles

Original Articles

Term infants born at home in Peru are less likely to be hospitalised in the neonatal period than those born in hospital

Tina Lavin [✉](#) & David B. Preen

Pages 1-7 | Received 18 Feb 2016, Accepted 27 Jan 2017, Published online: 08 Mar 2017

Neonates born at home were less likely to be hospitalised after birth owing to neonatal morbidity than neonates born in hospital.

It is unclear whether this finding reflects poorer accessibility to hospital care for neonates born at home, or if neonates born at home required hospitalisation less frequently than neonates born in hospital owing to lower neonatal morbidity or other factors such as lower rates of medical intervention for home births. Further research is needed to explore the underlying mechanisms of these findings.

Quanti eventi avversi in ostetricia?

Rassegna di studi retrospettivi basata sulla revisione di cartelle cliniche

Nello studio italiano 4% ea in ostetricia

Country	Author	Admissions	AE	% prevenibility
UK	Vincent, 1999	1014	10,8	48
Denmark	Sholer, 2002	1097	9	40
France	Michel, 2005	6754	5,1	35
Spain	Aranaz, 2009	5624	9,3	46
Holland	Zegers, 2009	8400	5,7	40
Sweden	Scoop, 2010	1967	12,3	70
Italy	Tartaglia, 2012	7573	5,2	57

Eventi sentinella in ostetricia in Toscana dal 2006

7. Morte materna o malattia grave collegata al travaglio o parto

12 casi

8. Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 g non correlato a malattia congenita

36 casi dal 2006 (30 decessi)

Sistemi a confronto

Area	Population	Number of incidents reported per year	Reported Incidents per year per 100,000 pop	Number (%) of incidents reported per year classified as severe or death
England	53,500,000	1,259,360	2,354	10,137 (0.8%)
New South Wales	7,290,000	130,123	1,785	2,875 (2.2%)
Pennsylvania	12,763,536	235,249	1,843	8,039 (3.4%)
Italy	61,000,000	1,220,000	2,000	12,200-24,400 (1-2%)
Tuscany	3,700,000	74,000	2,000	740 -1,480 (2%)

Richieste di risarcimento ostetricia-ginecologia

867 richieste di risarcimento liquidate dal 2010-2016

Range 1.000 € - 2.5000.000

Importo medio 201.290,63 €

Costo complessivo 74.238.555,40 €

Criticità ed esito

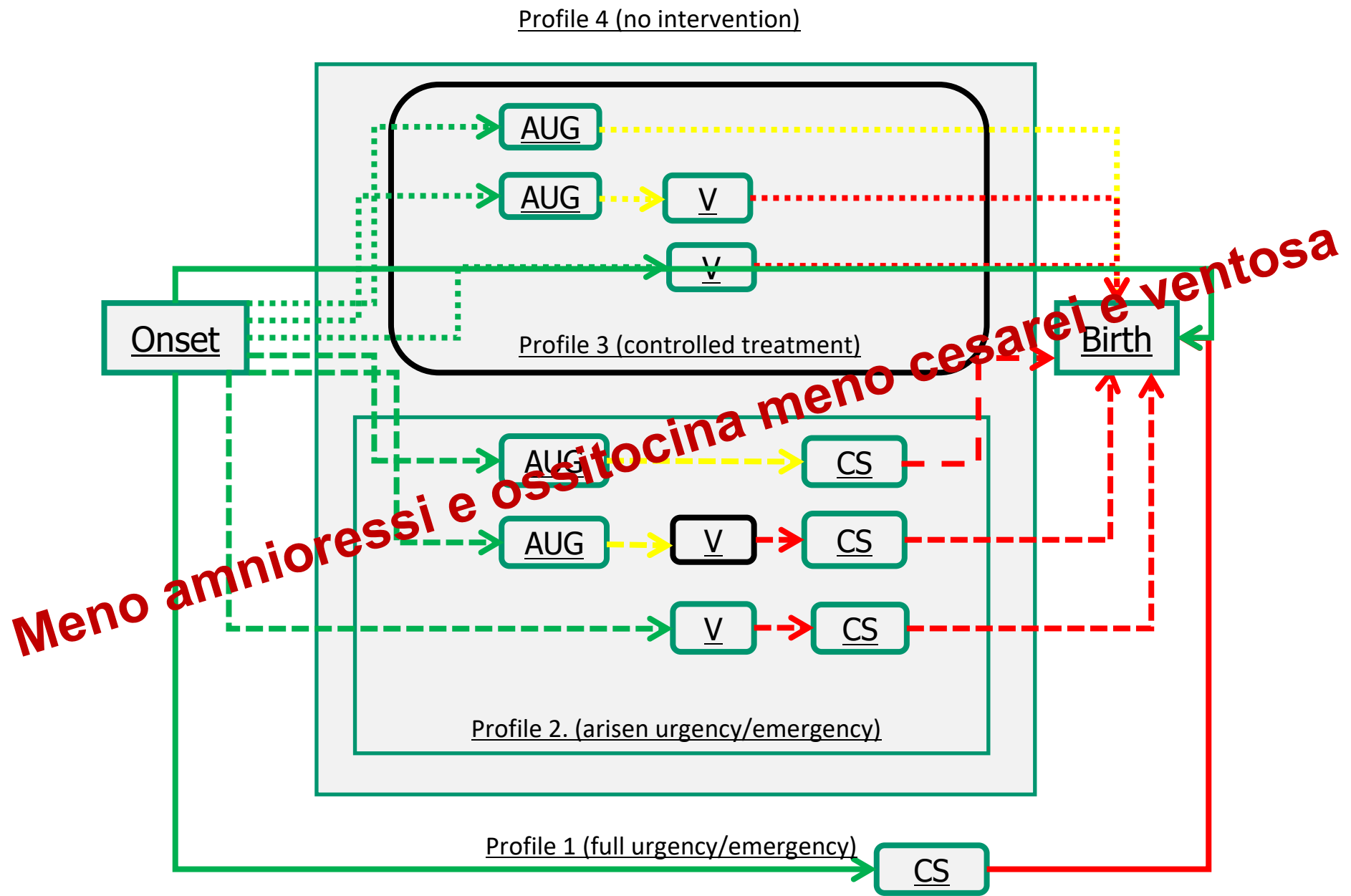
Cause e fattori contribuenti	%	n.
Comunicazione	38%	8
Fattore umano	28,6%	6
Ambiente	14,3%	3
Strumenti	0%	0
Farmaci	14,3%	3
Linee guida, procedure e pratiche sicurezza	38,1%	8
Tecnologie e barriere	4,7%	1

Outcome	%	n.
1- morte	68,1%	30
2- disabilità permanente	2,3%	1
6- trasferimento in TI	6,8%	3
7- reintervento	11,4%	5
11- Altro	11,4%	5

Criticità ostetriche

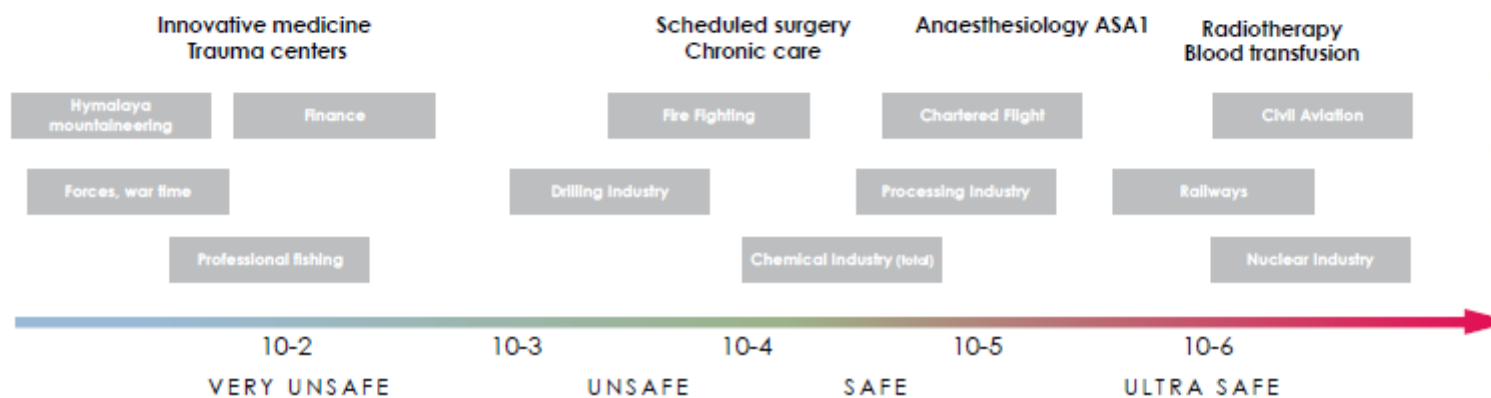
- Inadeguato monitoraggio e interpretazione CTG
- Gestione non differenziata tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio
- Inadeguato dialogo tra operatori sanitari che si avvicendano nei turni
- Passaggio di consegne senza criteri e prevalentemente verbale
- **Uso incongruo dell'ossitocina**
- 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





Three contrasting approaches to safety

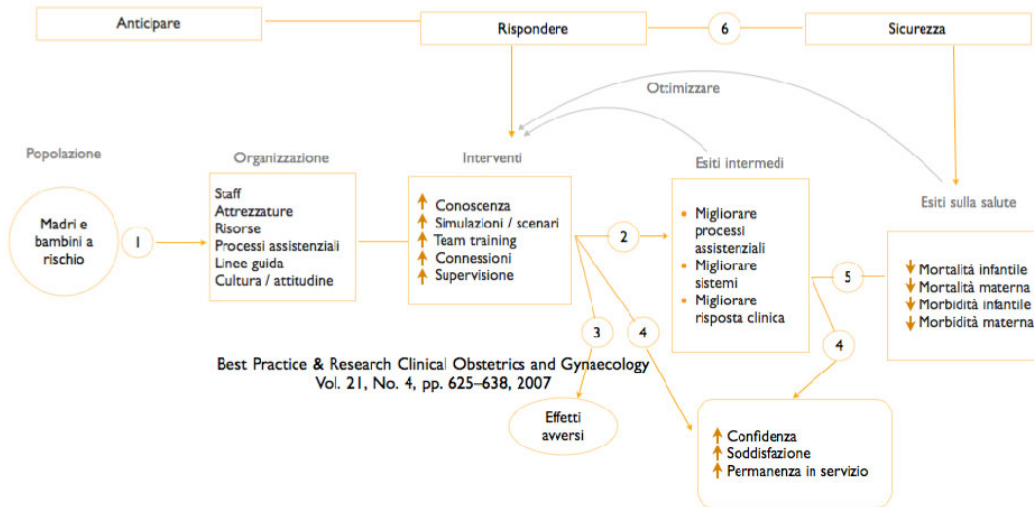
ULTRA ADAPTIVE Embracing risk	HIGH RELIABILITY Managing risk	ULTRA SAFE Avoiding risk
<p>Context: Taking risks is the essence of the profession: Deep sea fishing, military in war time, drilling industry, rare cancer, treatment of trauma.</p> <p>Safety model: Power to experts to rely on personal resilience, expertise and technology to survive and prosper in adverse conditions.</p> <p>Training through peer-to-peer learning shadowing, acquiring professional experience, knowing one's own limitations.</p>	<p>Context: Risk is not sought out but is inherent in the profession: Marine, shipping, oil industry, fire-fighters, elective surgery.</p> <p>Safety model: Power to the group to organise itself, provide mutual protection, apply procedures, adapt, and make sense of the environment.</p> <p>Training in teams to prepare and rehearse flexible routines for the management of hazards.</p>	<p>Context: Risk is excluded as far as possible: Civil aviation, nuclear industry, public transport, food industry, medical laboratory, blood transfusion.</p> <p>Safety model: Power to regulators and supervision of the system to avoid exposing front-line actors to unnecessary risks.</p> <p>Training in teams to apply procedures for both routine operations and emergencies.</p>
Priority to adaptation and recovery strategies	Priority to procedures and adaptation strategies	Priority to prevention strategies



Safer Healthcare (Vincent&Amalberti, 2016 – Ed. Springer)

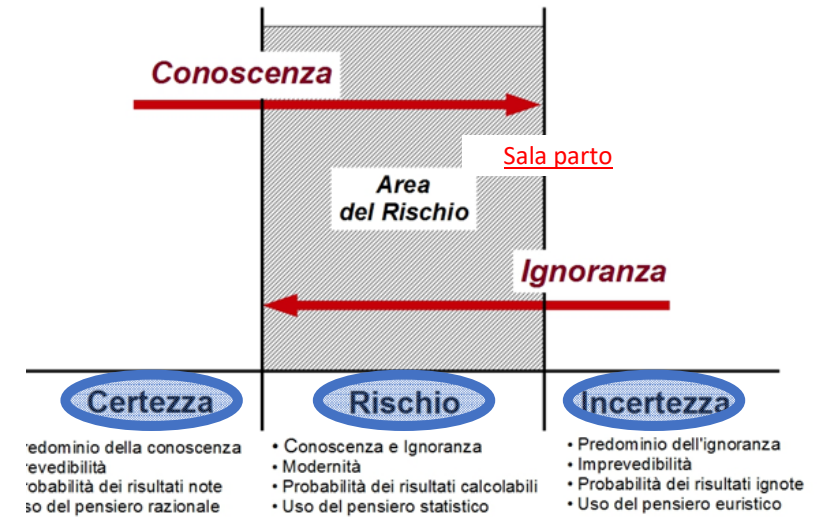
Sala parto sistema «ultradaptive»

Figura 1: framework per la sicurezza in ostetricia



1. E' possibile evidenziare issues safely e promuovere delle risposte alle emergenze ostetriche ?
2. Quali interventi modificano gli outcomes intermedi ?
3. Quali interventi esitano in effetti avversi ?
4. Quali interventi migliorano la confidenza, la soddisfazione e la persistenza al lavoro degli operatori ?
5. Quali outcomes intermedi migliorano gli esiti materni e infantili ?
6. Quali interventi migliorano gli esiti sulla salute e la sicurezza ?

Adattata da: "Anticipating and responding to obstetric emergencies" JM Guise, Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 2007



Antonio Ragusa, 2018

Supporto cognitivo pratiche per la sicurezza

GESTIONE DELLA DISTOCIA DI SPALLA

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

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

2b. **Parto in posizione litomica**
Manovra di Mc ROBERT'S (per flessione cosce su addome)

3. **Pressione Sovrapubica**

4. **Manovra di RUBIN**

5. **Manovra di WOODS**

6. **Manovra di JACQUEMIER**

Start

Dopo 30"

Dopo 30"

Dopo 30"

Dopo 30"

Dopo 30"

Dopo 30"

EVITARE TRAZIONI
DISSUADE DALLO SPINGERE
ASSICURARE ACCESSO VENOSO
EVENTUALE SVUOTAMENTO VESICALE

ANESTESISTA

OSTETRICA n.2

GINECOLOGO

A cura del gruppo di lavoro del Programma regionale di Formazione e aggiornamento negli ambiti assistenziali e gestionali coordinato da Regione Toscana e AOU Meyer (DOI 11/02/2011)
Ratificato dalla Circolazione Gestionale, Comitato/Sindacato (Sindacato Veneto) OSIRIS 2015 (Edizione) e copyright ©2015 Quindici/Quindici

EMORRAGIA POSTPARTUM

1. **PREVENZIONE**

Parto vaginale

2. **DEFINIZIONE**

Parto vaginale

3. **STIMA DELLA PERDITA**

Parto vaginale

4. **VERIFICA DELLE CAUSE (Regola delle 4T)**

5. **ALGORITMO 1**

6. **COMPRESSIONE BIMANUALE DELL'UTERO**

7. **BALLOON TAMPONANTE**

8. **B LUNCH**

ALGORITMO 2

ALGORITMO 3

ALGORITMO 4

A cura del gruppo di lavoro del Programma regionale di Formazione e aggiornamento negli ambiti assistenziali e gestionali coordinato da Regione Toscana e AOU Meyer (DOI 11/02/2011)
Ratificato dalla Circolazione Gestionale, Comitato/Sindacato (Sindacato Veneto) OSIRIS 2015 (Edizione) e copyright ©2015 Quindici/Quindici

SNLG-Regioni - Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati

Algoritmo per la definizione del rischio tromboembolico in Chirurgia ginecologica

Nome _____ Cognome _____ Età < 40 40-59 ≥ 75

Motivo dell'intervento _____ 60-74 ≥ 75

CLASSIFICAZIONE DELL'INTERVENTO RISPETTO AL RISCHIO DI TVP

Chirurgia a rischio basso Chirurgia a rischio medio Chirurgia a rischio elevato

Asportazione caruncola unilaterale
 Biopsia cervicale
 Biopsia vaginale
 Biopsia vulvare
 Concazione
 Eccezione cisti ghiandola del Bartolino
 Polipectomia
 Raschiamento diagnostico dell'utero
 Revisione cavità uretrale

Anniostomia
 Colposistrectomia con/ senza plastiche vaginali
 Escissione cisti ovarica
 Laparoscopia
 Escissione cisti ghiandola del Bartolino
 Miomectomia
 Plastica vaginale anteriore e/o posteriore

Laparoscopia radicale con linfoadenectomia
 Laparoscopia totale con linfoadenectomia
 Linfoadenectomia pelvica
 Linfoadenectomia miometrica
 Vulvotomia radicale

FATTORI DI RISCHIO AGGIUNTIVI PER MALATTIA TROMBOEMBOLICA

1 punto per item

Malattia infiammatoria intestinale cronica
 Insufficienza respiratoria/BPCO riacutizzata
 Infarto miocardico acuto
 Obesità (BMI > 30)

1-3 punti per item

Piliola contraccettiva e terapia ormonale sostitutiva post-menopausa (dal primo mese di assunzione e per 30 giorni dalla sospensione meccanica non invasiva trombotica congenita eterologica*)
 Vasi importanti (insufficienza venosa cronica)
 Stenosi familiare di malattia trombotica venosa
 Presenza di DIC
 Sindrome nefrotica
 Recente (< 1 mese) chirurgia e/o trauma
 Malattia infettiva acuta
 Apparecchio gestato arti inferiori

3 punti per item

Empiemia o paraplegia da danno neurologico
 Cancro in fase attiva
 Insufficienza respiratoria con ventilazione meccanica non invasiva
 Chemioterapia o radioterapia o ormonoterapia
 Scompenso cardiaco II IV classe NYHA
 Stenosi peroneale di tromboembolia venosa
 Trombofilia congenita maggiore**
 Sindrome da anticorpi antifosfolipidi
 Sindrome mieloproliferativa
 Sepsis
 Gravidanza o puerperio (< 6 settimane dal parto)

Rischio globale = **TOTALE**

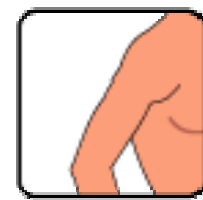
* Eterologica per fattore V Leiden o protrombina G20210A
** Difetto di antitrombina, proteina C, proteina S omozigosi per fattore V Leiden o protrombina G20210A o doppia eterologica

Non si applica profilassi farmacologica a causa di: _____ Data: ___/___/___

Firma del Medico: _____

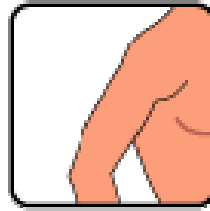
Prescritta profilassi a domicilio NO Data: ___/___/___

Firma del Medico: _____





Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



PREVENZIONE DISTOCIA DI SPALLA

GESTIONE DELLA DISTOCIA DI SPALLA



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

Start (1)

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



2b. **Parto in posizione litotomica**
Manovra di Mc ROBERT'S
(iperflessione cosce su addome)



3. **Pressione Sovrapubica**



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

6. **Manovra di JACQUEMIER**



5. **Manovra di WOODS**

4. **Manovra di RUBIN**

PREVENZIONE EMORRAGIA POST-PARTUM

Basamento tratto da Clinical Practice Guidelines: Obstetric/Shoulder dystocia Version October 2015 Ockelton and copyright ©2015 Queensland Government

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
 - Eseguire rapidamente la sutura degli angoli della lacerazione uterina

- Casi a rischio:**
distacco di placenta, placenta previa, gravidanza plurima, ipertensione o preeclampsia, progressiva 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 apapina BPM, polidramios.
- Somministrazione 10 UI di ossitocina I.M.
 - Eseguire rapidamente la sutura degli angoli della lacerazione uterina (in caso di taglio cesareo)
 - Somministrazione 10 UI di ossitocina E.V. in 250 ml di soluzione fisiologica in 150 min

2. DEFINIZIONE

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

3. STIMA DELLA PERDITA

- Parto vaginale**
Occhio gravido
- Taglio cesareo**
Volume ematico aspirato + pressione compressiva

4. VERIFICA DELLE CAUSE (Regola delle 4T)

- Effettuare il massaggio bimanuale e somministrare farmaci uterotonici

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

- 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 lacerazione uterina
 - Somministrazione 10 UI di ossitocina E.V. in 250 ml di soluzione fisiologica in 120 min

- Trombina - Coagulopatie (1% delle EPP)**
- Correzione del deficit coagulativo

5. ALGORITMO 1

- Ginecologo**
- Chiamare anestesista e ginecologo reperibile
 - Assicurare 2 accessi venosi 16G
 - Inviare sangue a tipizzazione
 - Richiedere emocromo-coagulazione
 - Inserire catetere vescicale

- Anestesista (vedi principi correzione shock emorragico)**
- Ossigeno in maschera (10-15 litri/min)
 - Riscaldare la paziente
 - Bilanciare dei fluidi (Cristalloidi, Ringier Lattato)

ALGORITMO 2

- Ginecologo**
- Comenzare origine sanguinamento (4T)
 - Se ipotonicità:
 - Massaggio bimanuale
 - Ossitocina da profilattica a terapeutica (20U in 250 ml in 120 min)
 - Acido Tranexamico (dose da carico: 1g in 100 ml in 10 min; dose di mantenimento: 1g in 100 ml nella 8 ore successive)
 - Controllo cervice

- Terapia con Prostaglandine**
- Soluzione idratata solo entro 30 min dall'inizio della perdita) 500 mcg in 250 ml fisiologica (90-100 g/ml)
 - Controindicazioni: ipertensione, asma, fumo, cardiopatia materna, età > 40 anni, ipovolemia severa
 - Monitoraggio obiettivo dopo 30 min dall'inizio della perdita) 4 ore 200 mcg via orale

- Anestesista**
- Rianimazione (ABC)
 - Anziché ematologico - laboratorio
 - Trasfusione EV 0 Rh neg (1 sacco + 200 ml aumenta Hct 2-3%)
 - Per trasfusioni veloci di più sacchi, usare riscaldatore

ALGORITMO 3

- Ginecologo**
- Avviare figura primatale
 - Test tamponamento
- APPROCCIO CHIRURGICO**
- Conservativa (sutura compressiva)
 - Non conservativa (isterotomia)

- Anestesista**
- 1UI tacrolimus (sintetico)
 - Su FT in 1.5 g prima 10 mg/kg
 - Se CID in meno 20 mg/kg
 - Se PTT > 30-30.000, PTT diluizione 1 sacco/10 Kg
 - Se EPP grave: sangue/plasma/PLT: 1/1/1 o rFVIIa (Bivalo Sawen) bolo 60-90 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
- Il tampone imbevibile su una pinza ad anelli
- Mantenere l'alta mano sull'addome sopra il fondo uterino e comprimere la parete posteriore dell'utero contro la mano posta in vagina.



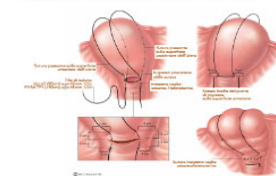
7. BALLOON TAMPONANTE

- Riempimento fino a 300/400 ml
- Iniezione OTC continua fino alla rimozione (24 h)
- Profilassi antibiotica



8. B-LINCH

- Incisione 0,5 x 4 cm
- Estrazione utero
- Vony2 (20 cm) age 65 mm 12c o PDSII TPR (150 cm) age 65 mm 12c



Check list sala parto



IDENTIFICAZIONE MADRE Cognome: _____ Nome: _____ Data di nascita: _____ N° braccialetto: _____	IDENTIFICAZIONE FIGLIO Cognome: _____ Nome: _____ Data e ora di nascita: _____ N° braccialetto: _____	EQUIPE I Ostetrica: _____ / _____ II Ostetrica: _____ / _____ I Ginecologo: _____ / _____ II Ginecologo: _____ / _____ Anestesista: _____ Pediatra: _____ OSS: _____
PRE PARTO Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Accoglienza <input type="checkbox"/> Presentazione staff <input type="checkbox"/> Identificazione della madre <input type="checkbox"/> Identificazione rischio <input type="checkbox"/> Rilevazione parametri vitali <input type="checkbox"/> Compilazione modulistica <input type="checkbox"/> Rilevazione BCF <input type="checkbox"/> Posizionamento tracciato cardiocardiografico <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Compilazione partogramma <input type="checkbox"/> Chiamata del ginecologo <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Valutazione Terapia antibiotica <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Valutazione Terapia antipertensiva <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Valutazione Terapia retrovirale <input type="checkbox"/> NA Compilatore: _____	INTRAPARTO Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Parto vaginale <input type="checkbox"/> Presenza presidi necessari all'assistenza al parto <input type="checkbox"/> Somministrazione Bolo 10UL ossitocina <input type="checkbox"/> Chiamata seconda ostetrica <input type="checkbox"/> Chiamata del ginecologo <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Chiamata del pediatra <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Presenza presidi necessari all'assistenza del neonato <input type="checkbox"/> Posizionamento braccialetto madre e neonato <input type="checkbox"/> Esecuzione emogas <input type="checkbox"/> NA Secondamento <input type="checkbox"/> Valutazione perdite ematiche <input type="checkbox"/> Valutazione tono uterino <input type="checkbox"/> Chiamata del ginecologo (perdite > 500ml) <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Chiamata dell'anestesista <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali <input type="checkbox"/> Consegne ostetriche STU <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Compilazione STU neonato Partogramma Registro parto Cartella Argos (es. PAI) <input type="checkbox"/> NA Compilatore: _____	POST PARTO Data <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Nelle 2 ore <input type="checkbox"/> Spiegazione brochure segni di rischio neonatale <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali neonato <input type="checkbox"/> Raccomandazione alla madre principali rischi del post-parto <input type="checkbox"/> Compilazione scheda neonato <input type="checkbox"/> Chiamata del pediatra <input type="checkbox"/> NA Dopo 2 ore / Madre <input type="checkbox"/> Valutazione perdite ematiche <input type="checkbox"/> Valutazione tono uterino <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali <input type="checkbox"/> Chiamata del ginecologo <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Chiamata dell'anestesista <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Valutazione VAS <input type="checkbox"/> NA Dopo 2 ore / Neonato <input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali <input type="checkbox"/> Esecuzione profilassi <input type="checkbox"/> Compilazione scheda neonato <input type="checkbox"/> Spiegazione check list allattamento <input type="checkbox"/> Chiamata del pediatra <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Telefonata reparto di degenza Compilatore: _____

Versione 3_AISF_10/2016

ERGONOMICS, 2017
<https://doi.org/10.1080/00140139.2017.1377772>



Safety and quality in maternal and neonatal care: the introduction of the modified WHO Safe Childbirth Checklist

Sara Albolino^a, Giulia Dagliana^a, Dariana Illiano^a, Michela Tanzini^a, Francesco Ranzani^a, Tommaso Bellandi^a, Ismaele Fusco^b, Irene Bellini^b, Giulia Carreras^c, Mariarosaria Di Tommaso^d and Riccardo Tartaglia^a

^aCenter for Clinical Risk Management and Patient Safety, Florence, Italy; ^bHospital of Prato, Prato, Italy; ^cISPO, Firenze, Italy; ^dCareggi Teaching Hospital, Florence, Italy

check list di sala operatoria-PMA

TIPO DI INTERVENTO Pick-up TEFNA
 Embryo Transfer Isteroscopia
 TESE Asp. Ciste Ov.

equipe Medico operatore: _____ Embriologo: _____ Medico anestesista: _____ Infermiere strumentista/ostetrica: _____ Circolante: _____	etichetta Nome, cognome e data di nascita DONNA _____ Nome, cognome e data di nascita UOMO _____ Numero cartella _____
preparazione sala <input type="checkbox"/> Rischio infettivo (coppie sierodiscordanti) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sterilizzazione strumenti <input type="checkbox"/> Allestimento letto operatorio secondo finalità previste <input type="checkbox"/> Ecografo e monitor di sala funzionante <input type="checkbox"/> Sistema di aspirazione funzionante <input type="checkbox"/> Elettrobisturi <input type="checkbox"/> Check strumentazione <input type="checkbox"/> NA	dopo la procedura <input type="checkbox"/> Assenza provette materiale di aspirazione follicolare <input type="checkbox"/> Registrazione procedura e dei dettagli operativi <input type="checkbox"/> Problemi con dispositivi/apparecchiature <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Criticità cliniche <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
prima della procedura <input type="checkbox"/> Identificazione della donna <input type="checkbox"/> Infermiere strumentista/ostetrica <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Medico operatore <input type="checkbox"/> Embriologo <input type="checkbox"/> Data e ora HCG <input type="checkbox"/> Corrispondenza tipo di intervento/lista procedure <input type="checkbox"/> Consenso informato alle procedure <input type="checkbox"/> Presenza dispositivi medici <input type="checkbox"/> Verifica etichettatura campioni <input type="checkbox"/> NA Allergie <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Anestesia <input type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> Anestesia locale <input type="checkbox"/> Sedazione <input type="checkbox"/> Presenza consenso informato anestesia <input type="checkbox"/> Disponibilità dei farmaci anestesiológicos <input type="checkbox"/> Disponibilità dei dispositivi anestesiológicos <input type="checkbox"/> Posizionamento e funzionamento saturimetro	firma compilatore Firma compilatore: _____ Data e ora: _____

vers. 3R, 04/2010



E-LIIM

Ecological Low Impact
Iatrogenic Management

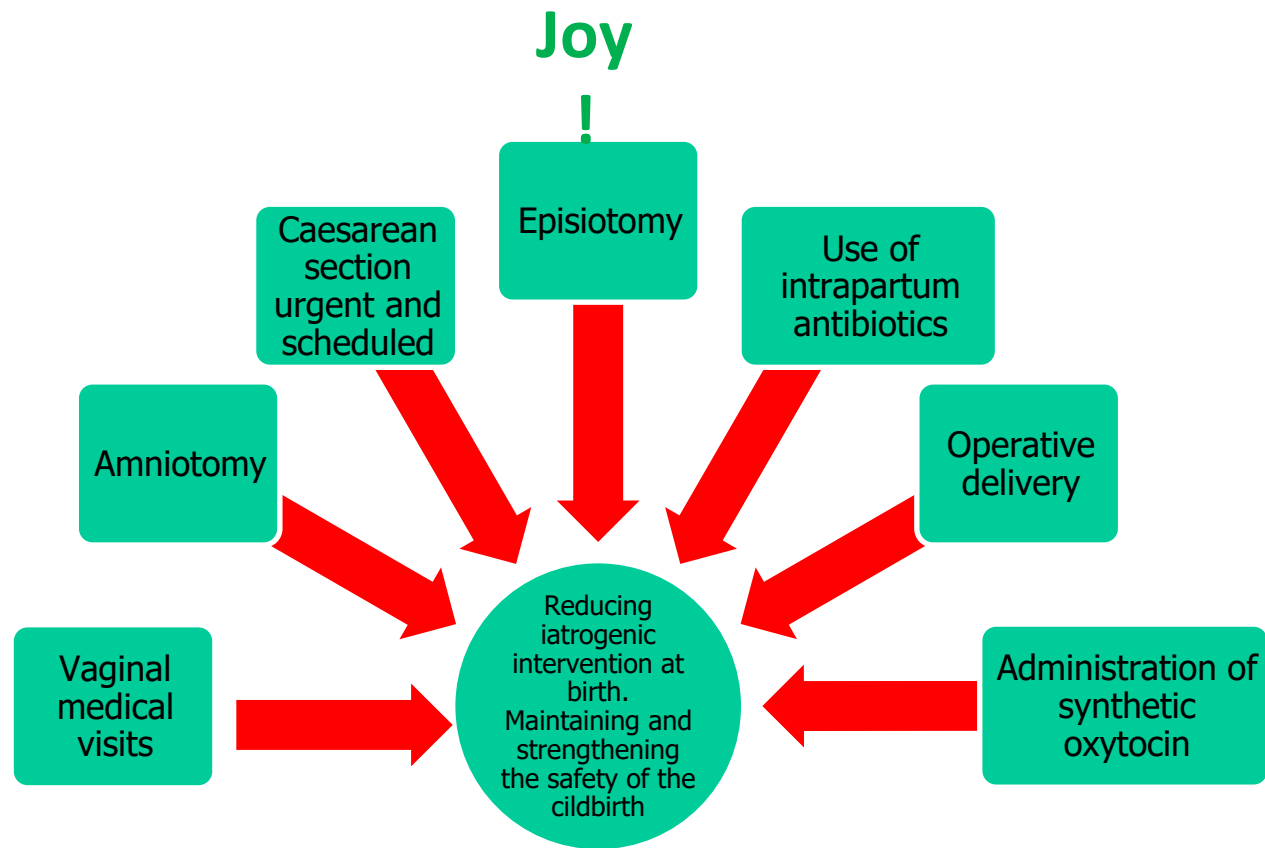
Home
delivery;
little
intervention



hospital
delivery;
very much
intervention

hospital
delivery with
little
interventions?



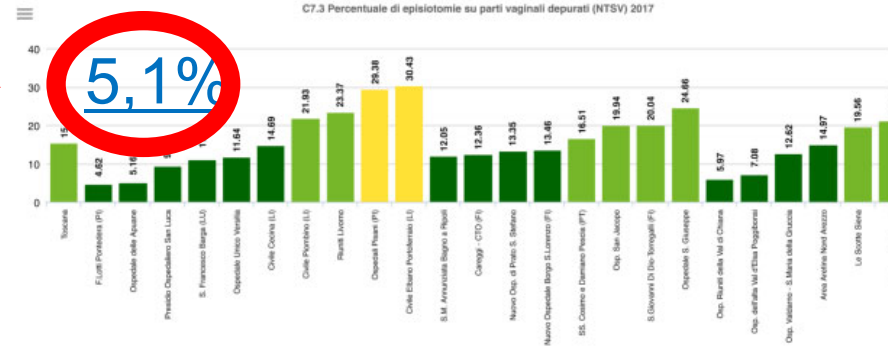


E-LIIM Ecological Low Impact Iatrogenic Management

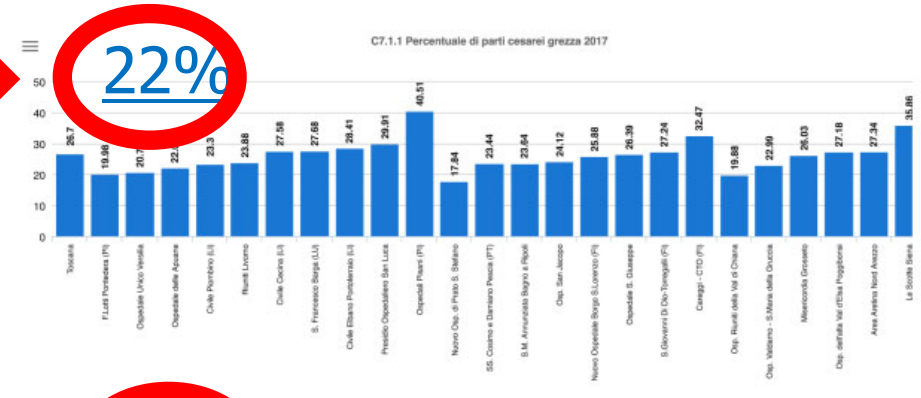


Dati MES 2017

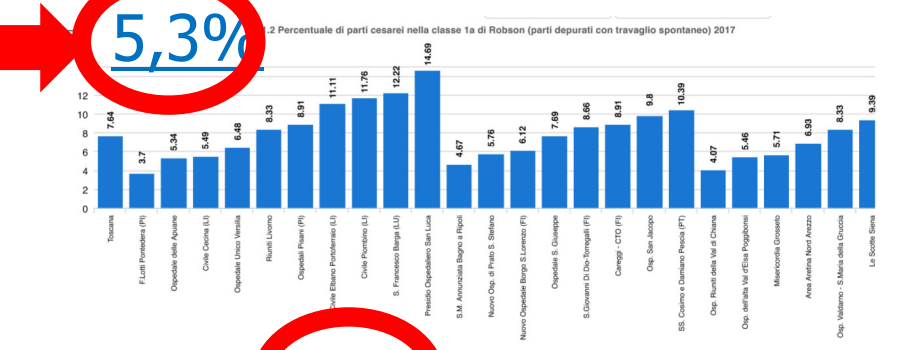
2012 Episiotomie **9,3%**



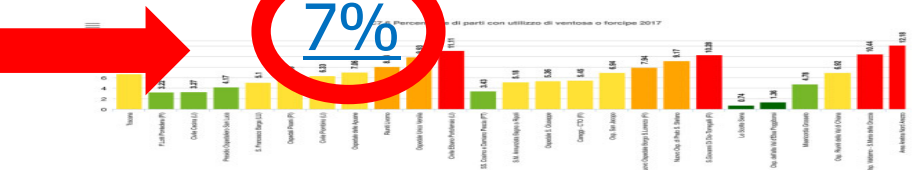
2008-2011 tc totali **25%**



2012 TC classe I Robson **9,3%**



2008-2011 ventosa **8%**



Simulazione in situ

Azioni

- Promuovere **programmi di simulazione in situ** su cui basare retraining periodici
- Mettere a punto **algoritmi di comportamento** da diffondere nei contesti dell'emergenza basati sulle indicazioni della Surviving Sepsis Campaign aggiustati per l'ambito ostetrico.
- Diffusione delle linee guida (a volte molto complesse) con **strumenti ergonomici** orientati alla comprensione immediata degli algoritmi
- Audit con il territorio per **analisi dei casi critici e percorso gravidanze a rischio**

Operazioni

- Effettuare in maniera sistematica il monitoraggio della paziente ostetrica a rischio di deterioramento clinico con il **MEOWS** (NICE 2012) o il **SOS** (Albraith, 2013).
- Il rischio associato con i fattori predisponenti è significativamente cumulativo, aumenta del 57% la c'è più di un fattore. Costruire **check list per la corretta rilevazione dei fattori predisponenti durante l'anamnesi**.



Pianificare e realizzare



Chiudere i punti nascita
con bassi volumi

Garantire tempi di
accesso adeguati
a strutture
di secondo livello

Informare l'opinione
pubblica sulle condizioni
necessarie per garantire
una valida assistenza

Dov'è meglio nascere

2013		1988
1 ▲	Svizzera	13
2 ▲	Australia	16
3 ▲	Norvegia	13
4 ▲	Svezia	9
5 ▲	Danimarca	24
6 ▲	Singapore	36
7 ▲	Nuova Zelanda	18
8 ▲	Paesi Bassi	10
9 ▼	Canada	5
10 ▼	Hong Kong	7
11 ▲	Finlandia	18
12 ▲	Irlanda	15
13 ▼	Austria	12
14	Taiwan	[2]
15 ▬	Belgio	15
16 ▲	Germania	36
18 ▼	Stati Uniti	1
18 ▲	Emirati Arabi Uniti	32
19 ▼	Corea del Sud	10
20 ▲	Israele	30
21 ▼	Italia	4

The
Economist



Miglior paese dove nascere nel 2017

1 – Svizzera	8.22
2 – Australia	8.12
3 – Norvegia	8.09
4 – Svezia	8.02
5 – Danimarca	8.01
6 – Singapore	8.00
7 – Nuova Zelanda	7.95
8 – Paesi Bassi	7.94
9 – Canada	7.81
10 – Hong Kong	7.80
11 – Finlandia	7.76
12 – Irlanda	7.74
13 – Austria	7.73
14 – Taiwan	7.67
15 – Belgio	7.51
16 – Germania	7.38
16 – Stati Uniti	7.38
18 – Emirati Arabi Uniti	7.33
19 – Corea del Sud	7.25
20 – Israele	7.23



La soluzione è l'amore nel senso di passione per migliorarci

Non ci sono ricette né formule.....Il metodo più efficace è l'immedesimazione, cioè la capacità di riuscire a immaginarsi i pensieri, i sentimenti e il dolore degli altri.



The poster features a background image of the Florence Cathedral dome with a blue hexagonal grid overlay. The grid contains various medical icons such as a heart, a microscope, a pill, and a person. The ISQua logo is prominently displayed in the center-left. A hexagonal call-to-action box is positioned to the right of the logo. The event details, including dates and location, are listed below the logo. Logos for the Italian Network and GRC are shown at the bottom. A contact information box is located at the bottom right.

ISQua[®]

37th INTERNATIONAL CONFERENCE

2020
30th AUGUST
2nd SEPTEMBER
FLORENCE - ITALY

CALL FOR ABSTRACT opens 23rd October 2019

ITALIAN NETWORK
QUALITÀ IN MANIPOLAZIONE

GRC
Centro Regionale
Cesione Mischio Clinico
e Sicurezza del Paziente

ISQua.org

Contact details: Ph: + 353 1 6706750
Email: conference@isqua.org
#ISQua2020

Grazie per l'attenzione