



CONGRESSO NAZIONALE A.G.E.O.  
(Associazione Ginecologi Extra Ospedalieri)



SAVE THE DATE

# CONGRESSO NAZIONALE A.G.E.O.

29-30 Settembre - 1 Ottobre 2016  
FIRENZE - STARHOTELS MICHELANGELO

## Rischio clinico l'esperienza toscana

**Sara Albolino, Ph.D, CRM, EurErg**

**Riccardo Tartaglia, MD, EurErg**

Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente  
Regione Toscana

<http://www.regione.toscana.it/centro-gestione-rischio-clinico>

# Quanti gli eventi avversi in ostetricia e ginecologia?

Studi retrospettivi sulle cartelle cliniche

Studio Italiano, la percentuale di EA in ostetricia è del 4%

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



## The incidence and nature of in-hospital adverse events: a systematic review

E N de Vries, M A Ramrattan, S M Smorenburg, D J Gouma and M A Boermeester

*Qual. Saf. Health Care* 2008;17:216-223  
 doi:10.1136/qshc.2007.023622

Reference	Wilson <i>et al</i> <sup>1</sup>	Thomas <i>et al</i> <sup>2</sup>	Vincent <i>et al</i> <sup>26</sup>	Davis <i>et al</i> <sup>24</sup>	Baker <i>et al</i> <sup>11</sup>	Median percentage (interquartile range)
No. of adverse event/total no. of records	2353/14 179	475/14 700	119/1 014	850/6 579	289/3 745	–
Surgical	1375 (58.4)	298 (62.7)	94 (79.0)	489 (57.5)	149 (51.4)	58.4 (54.5 to 70.9)
Surgery not otherwise specified	–	219 (46.1)	–	–	–	–
General surgery	317 (13.5)	–	47 (39.5)	–	–	26.5 (13.5 to 39.5)
Orthopaedic surgery	285 (12.1)	–	40 (33.6)	–	–	22.9 (12.1 to 33.6)
Obstetrics	140 (5.9)	44 (9.2)	7 (5.9)	–	–	5.9 (5.9 to 9.2)
Gynaecology	134 (5.7)	32 (6.7)	–	–	–	6.2 (5.7 to 6.7)

	Developed countries	Africa	Asia	Latin America and the Caribbean
Number of datasets	5	8	11	10
Number of maternal deaths	2823	4508	16 089	11777
Haemorrhage	13.4% (4.7–34.6)	33.9% (13.3–43.6)	30.8% (5.9–48.5)	20.8% (1.1–46.9)
Hypertensive disorders	16.1% (6.7–24.3)	9.1% (3.9–21.9)	9.1% (2.0–34.3)	25.7% (7.9–52.4)
Sepsis/infections	2.1% (0.0–5.9)	9.7% (6.3–12.6)	11.6% (0.0–13.0)	7.7% (0.0–15.1)
Abortion	8.2% (0.0–48.6)	3.9% (0.0–23.8)	5.7% (0.0–13.0)	12.0% (0.0–32.9)
Obstructed labour	0.0%* (0.0–0.0)	4.1% (0.0–10.3)	9.4% (0.0–12.0)	13.4% (0.0–38.9)
Anaemia	0.0%* (0.0–0.0)	3.7% (0.0–13.2)	12.8% (0.0–17.3)	0.1% (0.0–3.9)
HIV/AIDS	0.0%* (0.0–0.0)	6.2% (0.0–13.3)	0.0%* (0.0–0.0)	0.0%* (0.0–0.0)
Ectopic pregnancy	4.9% (0.4–7.4)	0.5% (0.0–3.3)	0.1% (0.0–3.9)	0.5% (0.0–4.5)
Embolism	14.9% (0.0–21.2)	2.0% (0.0–5.6)	0.4% (0.0–51.0)	0.6% (0.0–8.4)
Other direct causes	21.3% (0.0–33.9)	4.9% (0.0–10.3)	1.6% (0.0–25.9)	3.8% (0.0–27.9)
Other indirect causes	14.4% (0.0–51.2)	16.7% (9.1–29.3)	12.5% (0.0–29.2)	3.9% (0.0–25.3)
Unclassified deaths	4.8% (0.0–22.9)	5.4% (0.0–21.8)	6.1% (0.0–16.2)	11.7% (0.0–20.4)

Data are pooled percentages (range), unless stated otherwise. \*Zero indicates that the condition is not reported as a cause of death. Deaths from that cause could have occurred but listed under other or unclassified deaths.

**Table 1:** Joint distribution of causes of maternal deaths

**WHO analysis of causes of maternal death: a systematic Review;** Khalid S Khan, Daniel Wojdyla, Lale Say, A Metin Gülmezoglu, Paul F A Van Look; Lancet 2006; 367: 1066–74

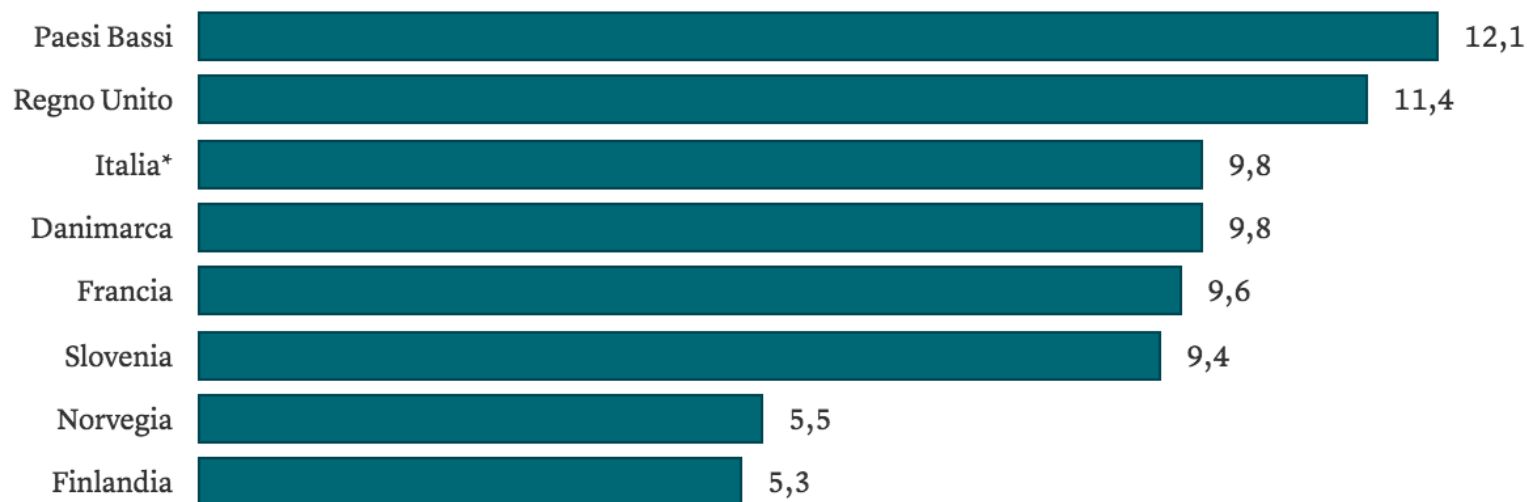
Principali causa di morte materna in paesi ad alto reddito:

- 1- Disordini Ipertensivi
- 2- Emorragia
- 3- Embolia

In Toscana la percentuale più bassa di morti materne 5 su 100.000 (vs 10 media tra le 6 Regioni che partecipano allo studio, ISS 2016)

## Le morti materne in Europa

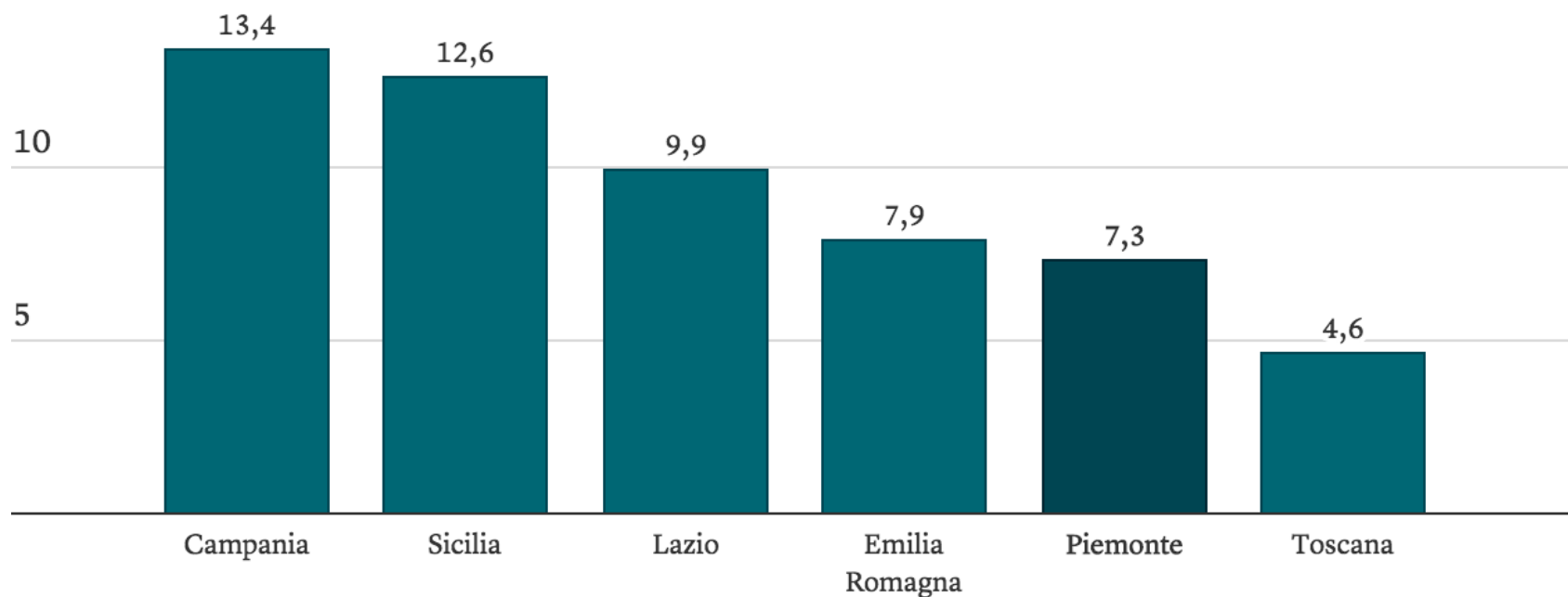
Casi di morte materna registrati ogni 100.000 nati vivi



*\* I dati per l'Italia riguardano le 6 regioni monitorate dal sistema al momento della raccolta dati. Puglia e Lombardia si sono aggiunte successivamente.*

## La mortalità materna nelle regioni italiane

Casi di mortalità materna registrati ogni 100.000 nati vivi dal 2006 al 2012



Fonte: *Itoss*

Internazionale

Marta Lazzarin 35 aa  
7 mese di gravidanza  
Bassano del Grappa



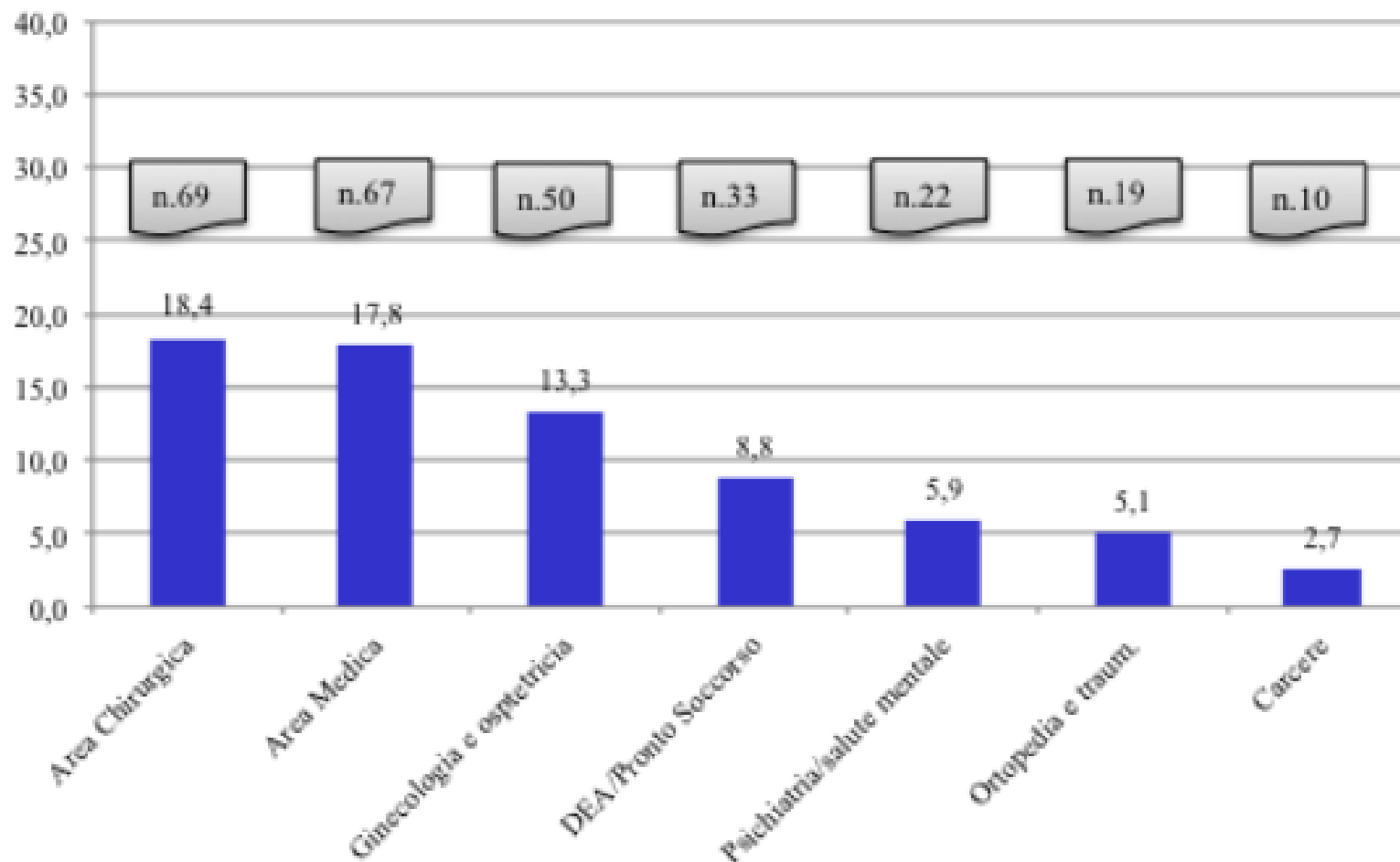
Anna Massignan 34 aa  
8 mese di gravidanza  
San Bonifacio (Verona)



Giovanna Lazzari 30 aa  
8 mese di gravidanza  
Brescia



## Distribuzione ES per setting assistenziale





ESITI	%	n.
1-Morte	68,1%	33
2-Disabilità permanente	2,3%	1
6-Trasferimento ad una unità sub intensiva o di terapia intensiva	6,8%	4
7-Reintervento chirurgico	11,4%	5
11-Altro	11,4%	7

CAUSE E FATTORI CONTRIBUENTI	%	n.
Comunicazione	38%	9
Umani	28,6%	6
Ambientali	14,3%	3
Tecnologie sanitarie - Disp.medici	0%	0
Tecnologie sanitarie – Farmaci	14,3%	5
Tecnologie sanitarie - L.G., raccomandazioni, protocolli, proc.	38,1%	8
Tecnologie sanitarie – Barriere	4,7%	1

L'andamento delle richieste di risarcimento in Ginecologia e Ostetricia nel SST è in lieve aumento, il costo medio è di **146mila euro**, i sinistri liquidati sono 89 con un costo complessivo di **13 milioni di euro, circa il 10% del totale** (dati Centro GRC)

	sinistri ostetricia e ginecologia	sinistri totali	% ostetricia su totale
2010	60	1418	4,2%
2011	104	1602	6,5%
2012	73	1539	4,7%
2013	88	1441	6,1%
2014	115	1553	7,4%
2015	40	567	7,1%
<b>TOTALE</b>	<b>480</b>	<b>8120</b>	<b>5,9%</b>



## Rassegne e Articoli

ep anno 36 (3-4) maggio-agosto 2012

### Eventi avversi e conseguenze prevenibili: studio retrospettivo in cinque grandi ospedali italiani

Adverse events and preventable consequences: retrospective study in five large Italian hospitals

<sup>1</sup>Centro gestione rischio clinico e sicurezza del paziente, Regione Toscana

Riccardo Tartaglia,<sup>1</sup> Sara Albolino,<sup>1</sup> Tommaso Bellandi,<sup>1</sup> Elisa Bianchini,<sup>2</sup> Annibale Biggeri,<sup>2</sup> Giancarlo Fabbro,<sup>2</sup> Luciana Bevilacqua,<sup>3</sup> Alessandro Dell'Erba,<sup>4</sup> Gaetano Privitera,<sup>5</sup> Lorenzo Sommella<sup>6</sup>

**EA SSN = 5,3%**

*Epidemiol Prev* 2012; 36 (3-4): 151-161

## In un anno, in Toscana...

Studio delle cartelle cliniche

Quanto sono gli eventi avversi?

Circa 35.000 (4% ostetricia)

**Circa 7500 prevenibili in ostetricia (50% del totale)**

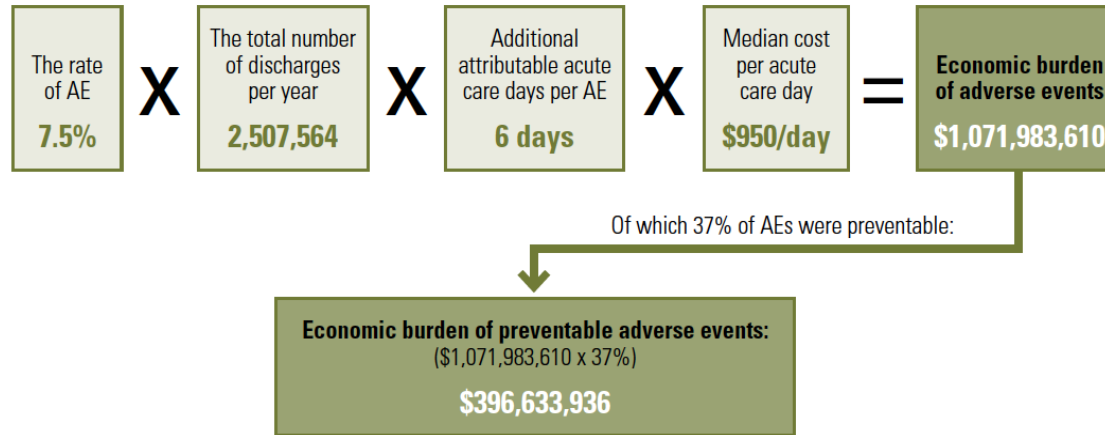
•Quante sono gli eventi sentinella segnalati?

**Circa 60 di cui 13% ostetricia**

•Quanti sono le richieste di risarcimento?

**Circa 1500 di cui 6% ostetricia**

# Il danno da costi diretti degli eventi avversi



Canadian Patient Safety Institute, 2012 –  
 The Economics of Patient Safety in Acute Care

SSN 5,3% x 10.257.796 x 11 x € 902 = € 5.394.226.151,34

Eventi avversi prevenibili 53,2%  
**Costo stimato € 2.869.728.312,51**

Tartaglia, Albolino, Bellandi et al, EpiPrev 2012

# Cosa è già stato fatto



Linee guida per la profilassi del tromboembolismo venoso nei pazienti ospedalizzati

**LINEA GUIDA**  
Consiglio Sanitario Regionale



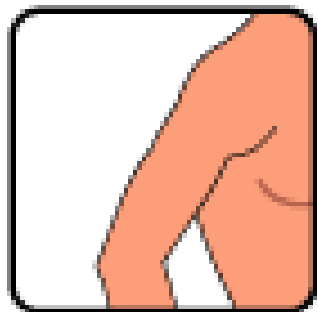
Anno di pubblicazione: 2011  
Anno di aggiornamento: 2015



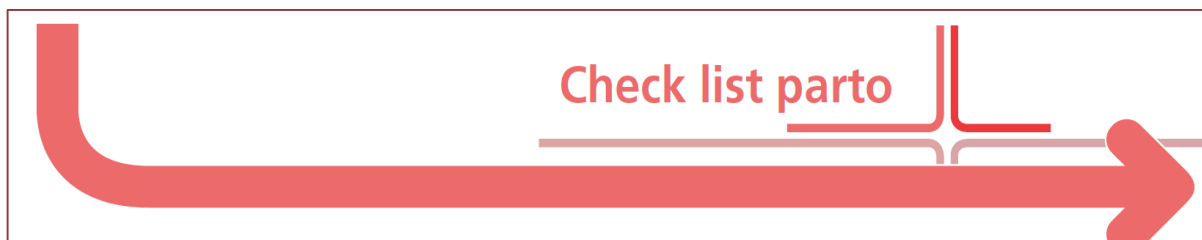
# Cosa è già stato fatto



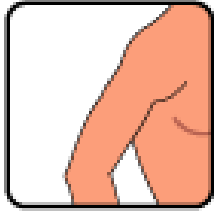
PREVENZIONE EMORRAGIA  
POST-PARTUM



PREVENZIONE DISTOCIA  
DI SPALLA



World Health  
Organization



## PREVENZIONE DISTOCIA DI SPALLA



Regione Toscana  
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

# GESTIONE DELLA DISTOCIA DI SPALLA



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



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



Dopo 30"

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



Dopo 30"

3. **Pressione Sovrapubica**



Dopo 30"

Dopo 30"

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

6. **Manovra di JACQUEMIER**



ANESTESISTA

Dopo 30"

5. **Manovra di WOODS**



Dopo 30"

4. **Manovra di RUBIN**



Eventuale  
episio tomia  
GINECOLOGO

Dopo 30"

# Cosa è già stato fatto



Regione Toscana  
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità



## PREVENZIONE EMORRAGIA POST-PARTUM

# EMORRAGIA POSTPARTUM



### 1. PREVENZIONE

#### Parto vaginale

- Somministrazione 10 UI di ossitocina I.M. al distacco della placenta

#### Taglio cesareo

- Somministrazione 10 UI di ossitocina I.M. dopo l'estrazione del feto
- Eseguire rapidamente la sutura degli angoli della breccia uterina

#### Casi a rischio:

distacco di placenta, placenta previa, gravidanza plurima, ipertensione o preeclampsia, pregressa 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, polidramios.

- 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 250 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

Sacca graduata

#### Taglio cesareo

Volume ematico aspirato + pesatura compressa

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

#### Tono - Utero soffice e pastoso (atonìa 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 ricorrendo anche all'uso di valve o divinatori idonei
- 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 breccia 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
- Iniziare sangue x tipizzazione
- Richiedere emocromo+coagulazione
- Inserire catetere vescicale

#### Anestesista (vedi principi correzione shock emorragico)

- Ossigeno in maschera (10-15 l/min)
- Riscaldare la paziente
- Bilancio dei fluidi (Cristalloidi, Ringier Lattato)

### ALGORITMO 2

#### Ginecologo

- Determinare origine sanguinamento (4T)

#### Se ipotonia:

- 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 nelle 8 ore successive)

#### • Controllo cavità

#### Terapia con Prostaglandine

- Subprone (elettivo solo entro 30 min dall'inizio della perdita) 500 mcg in 250 ml fisiologica (40-160 gtt/min)
- Controindicazioni: ipertensione, asma, fumo, cardiopatie materne, età > 40 anni, ipovolemia severa
- Misoprostolo (elettivo dopo 30 min dall'inizio della perdita) 4 cpr 200 mg via rettale

#### Anestesista

- Rianimazione (ABC)
- Avvisare ematologo e laboratorio
- Trasfusione EV O Rh neg (1 sacca = 280 ml aumenta Hct 2-3%)
- Per trasfusioni veloci di più sacche: usare riscaldatore

### ALGORITMO 3

#### Ginecologo

- Avvisare figura primario
- Test tamponamento

#### APPROCCIO CHIRURGICO

- Conservativo (suture compressive)
- Non conservativo (isterectomia)

#### Anestesista

Trattamento perdita fattori coagulazione

- 3/1 sacche sangue/plasma
- Se PTT > 1.5: plasma 10 ml/Kg
- Se CID in atto: 20 ml/Kg
- Se PLT < 20-30.000: PLT infusione 1 sacca/10 Kg
- Se EPP grave: sangue/plasma/PLT 1/1/1 o rFVIIA (Novo Seven): bolo 60-90 mcg/Kg EV ripetere entro 30 min

### 6. COMPRESIONE BIMANUALE DELL'UTERO

- Inserire una mano coperto da un guanto in vagina e spingere contro il corpo uterino lo tampono montato su una pinza ad anelli
- Mettere l'altra mano sull'addome sopra il fondo uterino e comprimere la parete posteriore dell'utero contro la mano posta in vagina.



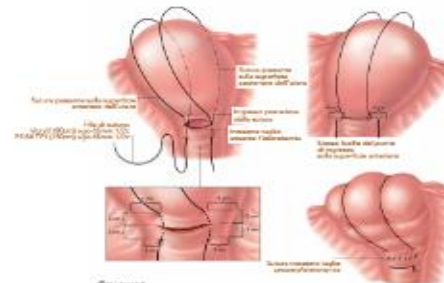
### 7. BALLOON TAMPONANTE

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



### 8. B-LINCH

- Incisione SUI x 4 cm
- Estrofezione utero
- Vicryl2 (90 cm) ago 65 mm 1/2c o PDSII TPI (150 cm) ago 65 mm 1/2c





[DONATE HELP STOP EBOLA](#)

[عربي](#) [中文](#) [English](#) [Français](#) [Русский](#) [Español](#)

[RSS](#) [YouTube](#) [Twitter](#) [Facebook](#) [Google+](#) [LinkedIn](#)

[Home](#) [Health topics](#) [Data](#) [Media centre](#) [Publications](#) [Countries](#) [Programmes](#) [About WHO](#)

[Search](#)

## Patient safety

- Patient safety
- Research
- Campaigns
- Education & training
- Implementing change**
- Patient engagement
- Information centre



Photograph reproduced with kind permission of UNICEF: © UNICEF/NYHQ2005-2410/Anita Khemka

### Safe Childbirth Checklist

[Share](#) [Print](#)

**Quick links**


- [Safe Childbirth Checklist page](#)
- [Participating in the Collaboration](#)
- [Registration page](#)
- [How to share feedback](#)
- [Copyright and disclaimers](#)

## PARTECIPAZIONE AL PROGRAMMA WHO

Al momento i paesi coinvolti sono:

Argentina Bangladesh, Brasile, Cina, Colombia, Egitto,  
 Germania, India, Iran; **Italia (Cuneo, Firenze)** Libano, Messico  
 Nigeria Pakistan Peru Filippine, Spagna Sri Lanka Sudan UK e  
 Irlanda Tanzania, USA, Uruguay

## Before Birth | SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST - PILOT EDITION



World Health Organization

### 1. On admission

**Does Mother need referral?** | Check your facility's criteria

No  
 Yes, organized

**Partograph started?** | Start plotting when cervix  $\geq 4$  cm, then cervix should dilate  $\geq 1$  cm/hr

No: Will start when  $\geq 4$  cm  
 Yes

- Every 30 min: plot HR, contractions, fetal HR
- Every 2 hrs: plot temperature
- Every 4 hrs: plot BP

**Does Mother need to start:**

*Antibiotics?* | Give antibiotics to Mother if any of:

No  
 Yes, given

- Mother's temperature  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- History of foul-smelling vaginal discharge
- Rupture of membranes  $> 18$  hrs

*Magnesium sulfate?* | Give magnesium sulfate to Mother if any of:

No  
 Yes, given

- Diastolic BP  $\geq 110$  mmHg and 3+ proteinuria
- Diastolic BP  $\geq 90$  mmHg, 2+ proteinuria, and any: severe headache, visual disturbance, epigastric pain

*Antiretrovirals?*

No, confirmed HIV negative  
 Yes, given  
 If status unknown, HIV test ordered

- Mothers with CD4  $\leq 350$  or clinical diagnosis require treatment
- Mothers with CD4  $> 350$  require prophylaxis

Confirm supplies are available to clean for each vaginal exam

Encourage Birth

### 2. Just before pushing (or before Caesarean)

**Does Mother need to start:**

*Antibiotics?* | Give antibiotics to Mother if any of:

No  
 Yes, given

- Mother's temperature  $\geq 38^{\circ}\text{C}$
- History of foul-smelling vaginal discharge
- Rupture of membranes  $> 18$  hrs
- Caesarean section

*Magnesium sulfate?* | Give magnesium sulfate to Mother if any of:

No  
 Yes, given

- Diastolic BP  $\geq 100$  mmHg and 3+ proteinuria
- Diastolic BP  $\geq 90$  mmHg, 2+ proteinuria, and any: severe headache, visual disturbance, epigastric pain


**Confirm essential supplies are at bedside and prepare for:**

*for Mother* | Prepare to ca

Gloves  
 Alcohol-based handrub or soap and clean  
 Oxytocin

WHO SAFE CHILDBIRTH CHECKLIST COLLABORATIVE

For more information, please visit [www.who.int/patientsafety](http://www.who.int/patientsafety)



Photograph reproduced with kind permission from UNICEF. © UNICEF/NYHQ2005-24/10/Anita Khemka

## SPERIMENTALE

## Check list parto

### PRE PARTO

Accoglienza <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> G	
<input type="checkbox"/> Presentazione staff	
<input type="checkbox"/> Identificazione paziente	
<input type="checkbox"/> Posizionamento tracciato cardiotocografico	
<input type="checkbox"/> Compilazione modulistica	Consegne ostetriche, STU, STU neonato
<input type="checkbox"/> Rilevazione parametri vitali	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Identificazione rischio	
<input type="checkbox"/> Partogramma	Dilatazione $\geq 4$ cm: - ogni 4 ore rilevazione parametri vitali
<input type="checkbox"/> Terapia antibiotica	Sempre in caso di tampone positivo (vedi protocollo)
<input type="checkbox"/> Terapia antipertensiva	In caso di pressione diastolica $\geq 100$ mmHg
<input type="checkbox"/> Terapia retrovirale	Se esiste indicazione per paziente sieropositivo
<input type="checkbox"/> Richiesta parto analgesia	Avvisare medico ginecologo di guardia e anestesista Presenza box epidurale

**IDENTIFICAZIONE MADRE**

Cognome:

Nome:

Data di nascita:

N° braccialetto:

### INTRAPARTO

Parto spontaneo <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> G	
<input type="checkbox"/> Presidi necessari all'assistenza al parto	- carrello presidi medici - pacco parto/cassetta parto - bolo 10 UI di ossitocina
<input type="checkbox"/> Chiamata seconda ostetrica	
<input type="checkbox"/> Presidi necessari all'assistenza del neonato	- asciugamani puliti e caldi, cord clamp, - braccialetto identificativo mamma/neonato - isola neonatale pronta a eventuale assistenza (culetta termica accesa da almeno 15 minuti, aspiratore acceso con sondini di varie dimensioni, erogatore ossigeno acceso con maschera di varie dimensioni, sistema di reclutamento alveolare)
<input type="checkbox"/> Emogas	
Secondamento <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> G	
<input type="checkbox"/> Perdite ematiche	Se la perdita è $> 500$ ml: massaggio uterino, procurarsi farmaci uterotonici, individuare la causa dell'emorragia, chiamare ginecologo
<input type="checkbox"/> Tono uterino	
<input type="checkbox"/> Terapia antibiotica	In caso di secondamento manuale
<input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali	Pa, Fc
<input type="checkbox"/> Compilazione modulistica	Consegne ostetriche STU neonato partogramma registro parto

**IDENTIFICAZIONE FIGLIO**

Cognome:

Nome:

Data e ora di nascita:

N° braccialetto:

### POST PARTO

Dopo 30 minuti <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> G	
<input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali neonato	Se Pv non regolari: - allertare il pediatra - portare il bambino nell'isola neonatale
<input type="checkbox"/> Pelle a pelle	
<input type="checkbox"/> Allattamento	Avvertire un operatore se: assiste sanguinamento massivo, severo dolore addominale, severo mal di testa, disturbi visivi, difficoltà respiratorie. In caso il bambino presenti difficoltà respiratorie, dianosi
<input type="checkbox"/> Raccomandazione alla madre	
<input type="checkbox"/> Compilazione modulistica	Cartella neonatale
Dopo 2 ore / Madre <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> G	
<input type="checkbox"/> Perdite ematiche	Se la perdita è $> 500$ ml: massaggio uterino, procurarsi farmaci uterotonici, individuare la causa dell'emorragia e allertare il ginecologo
<input type="checkbox"/> Tono uterino	
<input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali	Pa, Fc, SpO2
<input type="checkbox"/> Terapia antibiotica	Se $> 38^\circ\text{C}$ : Iniziare tp antibiotica
<input type="checkbox"/> Valutazione VAS	Se VAS $> 4$ tp antidolorifica Se VAS $< 4$ rimozione eventuale catetere epidurale
Dopo 2 ore / Neonato <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> G	
<input type="checkbox"/> Valutazione parametri vitali	Se Pv non regolari: - allertare il pediatra - portare il bambino nell'isola neonatale
<input type="checkbox"/> Osservazione	
<input type="checkbox"/> Profilassi	
<input type="checkbox"/> Compilazione modulistica	Consegne ostetriche STU neonato cartella neonatale visita post partum
<input type="checkbox"/> Telefonata reparto di degenza	

## Check list parto



### SPERIMENTAZIONE

Tempo di sperimentazione: 6 mesi + 6 mesi

Target: 9 Ospedali della Regione Toscana (3 per ogni Area Vasta).

Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi

Azienda Sanitaria Prato

Azienda Sanitaria Firenze

Azienda Sanitaria di Firenze

Azienda Sanitaria di Pistoia

Azienda Ospedaliero Universitaria di Siena

Azienda Ospedaliero Universitaria di Pisa

# WHO Safe Childbirth Checklist

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)	-
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



Table 2 – Prepartum, intrapartum and postpartum process measures distribution between before and after checklist implementation, N(%). \* Chi-square test.

# Cosa è già stato fatto

Programma regionale di formazione nel percorso nascita (DGR 1160/2011) –  
Coordinamento AOU Meyer – Regione Toscana  
Supporto tecnico FORMAS

Formazione e aggiornamento su “Eventi Avversi in ostetricia e ginecologia: emorragia post partum e distocia di spalla” in 2 fasi:

- 1) Corso per formatori aziendali
- 2) Formazione aziendale a cascata

1a) Corso per formatori aziendali su Distocia di spalla (3 edizioni gen- feb 2015)

Formatori aziendali formati: ginecologi e ostetriche n. totale 67

1b) Corso per formatori aziendali su Emorragia post partum (3 edizioni gen- feb 2015)

Formatori aziendali formati: ginecologi, ostetriche e anestesisti n. totale 83

2a) Formazione aziendale su Distocia di spalla (dati al 30/06/16 – formazione in corso)

Tot formati: 439 ostetriche, 203 medici ginecologi, 16 infermieri, 29 oss, 6 neonatologi

2b) Formazione aziendale su Emorragia post partum (dati al 30/06/16 – formazione in corso)

Tot formati 353 ostetriche, 184 medici ginecologi, 63 anestesisti, 58 infermieri, 20 oss, 17 neonatologi

- 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

# Le azioni future: proposte operative clinici e auditor

<b>PRIORITA' 1_Gestione sicura dell'evento parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Responsabile di sala parto</li> <li>• Percorsi STEN e STAM</li> <li>• Costruzione di un bundle di azioni per la prevenzione del rischio in sala parto</li> </ul>
<b>PRIORITA' 2_Condivisione di informazioni e conoscenze direttamente con i clinici</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Richieste di risarcimento</li> <li>• Analisi di eventi sentinella</li> <li>• Comitati di valutazione dei sinistri</li> </ul>
<b>PRIORITA' 3_Informazione, Formazione e Simulazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Network per simulazione</li> <li>• Re-training per casi di Eventi Avversi Gravi e non corretta applicazione pratiche per la sicurezza del paziente</li> <li>• Campagna ai cittadini per diffondere informazioni sui punti nascita</li> </ul>
<b>PRIORITA' 4_Presa in carico della donna sul territorio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promuovere con il ridisegno di percorsi clinico-assistenziali,</li> <li>• Presa in carico immediata della donna in gravidanza sul territorio, e coordinamento sistematico fra consultorio e ospedale gestito con gli specialisti ospedalieri</li> <li>• Attivare il percorso di gravidanza a rischio da subito sul territorio</li> </ul>



# Le azioni future: proposte operative clinici e auditor

2016



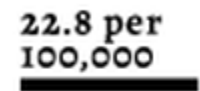
- Coordinamento formalizzato del percorso nascita all'interno dell'ospedale;
- Sicurezza in sala parto: adozione pratiche e nuove tecnologie CTG
- Prevenzione della sepsi in ostetricia;
- Gestione del neonato critico;
- Network per simulazione e re-training per il team working;

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



**Sepsis is one of the most common diseases**<sup>1</sup>

Cases per 100,000 population (US / \*Europe)



**Sepsis**

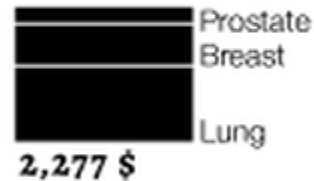
**Stroke\***

**Cancer**

**Heart**

**HIV**

Million US-Dollars spent for state-funded research 2011



**Sepsis research receives the lowest funding**<sup>2</sup>

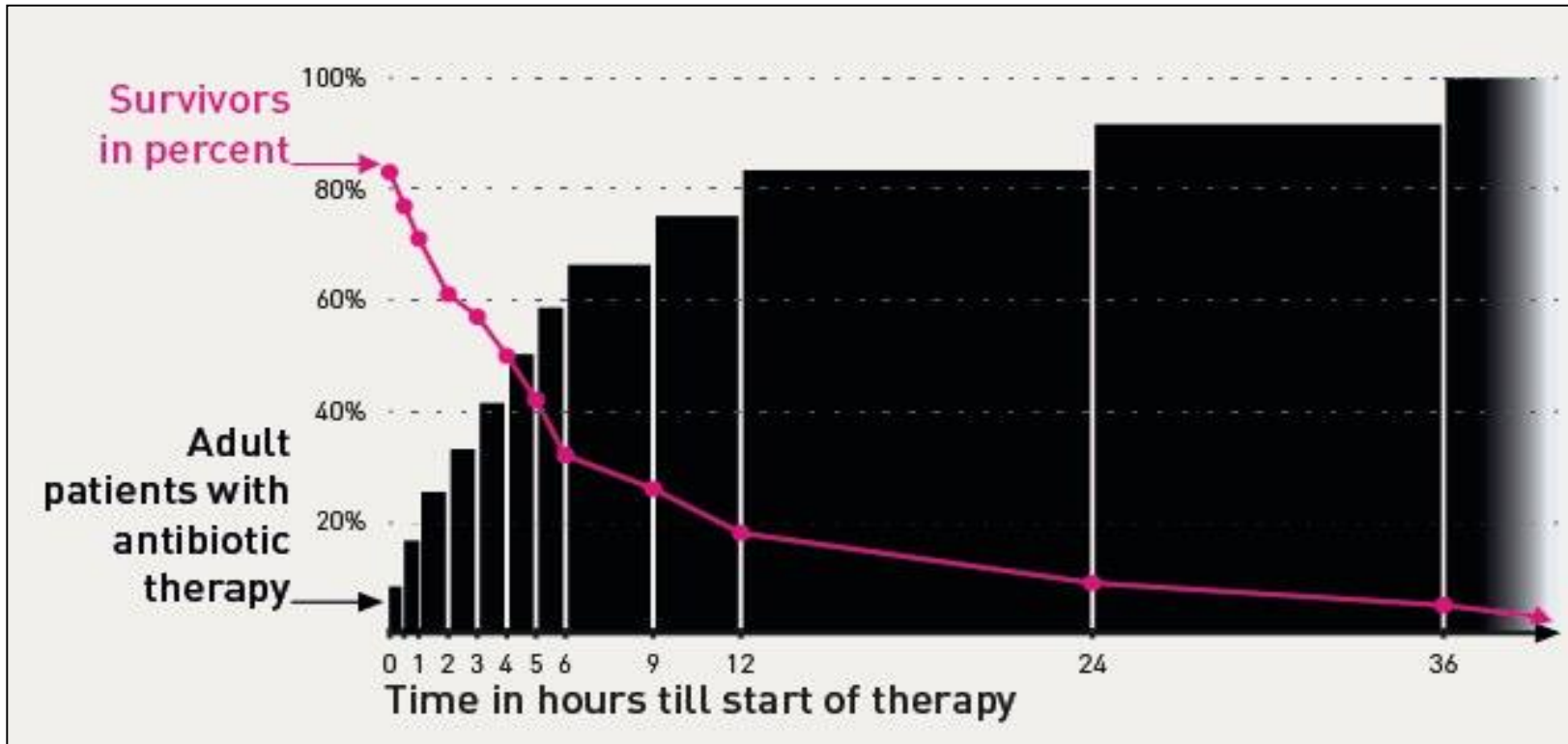
Sepsis causes more deaths each year than prostate cancer, breast cancer and HIV/AIDS combined. An estimated 18 million people contract sepsis every year. Experts believe that sepsis is actually responsible for most deaths attributed to HIV/AIDS, malaria, pneumonia and other infections acquired in the community, in healthcare settings or by traumatic injury.

# Perché la Sepsì è una Sfida?



1

La sepsi grave e la shock settico sono sistemiche e **tempo-dipendenti**



# Human Factors to fight Against Sepsis

- Definition of a National **Clinical Pathway for managing Sepsis**
- National Clinical risk manger manifesto against sepsis
- Multidisciplianry Massive on line courses endoresed by national scientific societies
- Tackling Sepsis through contextualized actions in different settings



# Gestione delle emergenze neonatali: Progetto Isola d'Elba

Simulazione in situ della gestione del neonato critico: dalla stabilizzazione nel punto nascita al passaggio di consegne all'elisoccorso nella garanzia di continuità assistenziale

Formazione dell'equipe del presidio di Portoferraio e dell'equipe dell'elisoccorso di massa



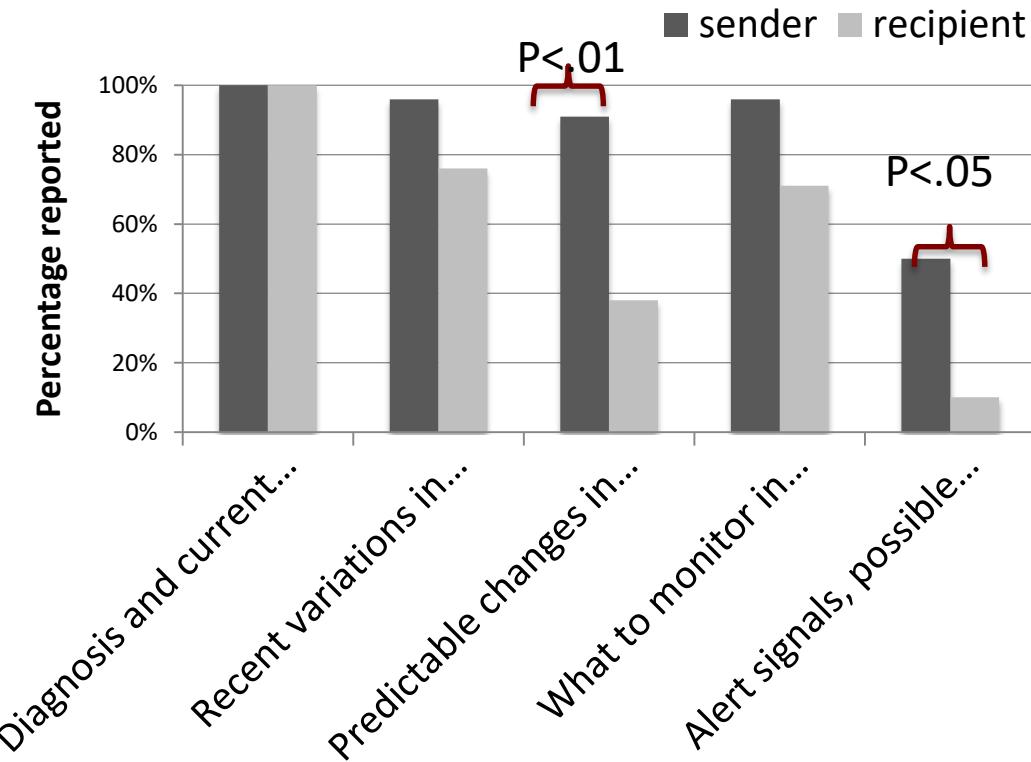
Centro «NINA»



# Handover per sensemaking





Cross unit handover - If not designed - is shaped more by the information **needs of the sender units** than by those of the recipients



## Patient handover transfer form

**MEYER** Scheda di trasferimento accoglienza paziente

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ DN \_\_\_\_\_  
 Reparto di provenienza \_\_\_\_\_ Patologia \_\_\_\_\_

DEVICE / ... N.

- Catetere Venoso Centrale
- Catetere Venoso Periferico
- Catetere Arterioso
- Sondino Naso Gastrico
- Catetere Epidurale
- Catetere Vesicale
- Catetere Urinario
- Drenaggio
- Tubo endotracheale
- Saturimetro
- Gastrostomia / PEG
- Tracheostomia
- Stomia intestinale
- Stomia urinaria
- Ferita chirurgica

DEVICE / INFU. COLLEGATI

- NPT
- Infusionali
- Sacchetto di raccolta
- Emodren / Redon
- Urometro
- Apparecchiatura stomale

Infermiere Responsabile \_\_\_\_\_ Data accordo \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Ora accordo \_\_\_\_:\_\_\_\_

(Toccafondi, Albolino, Tartaglia BMJ QS 2012)

Delibera N 673 del 12-07-2016

Requisiti strutturali e organizzativi

Percorso gravidanza fisiologica

Percorso gravidanza a rischio

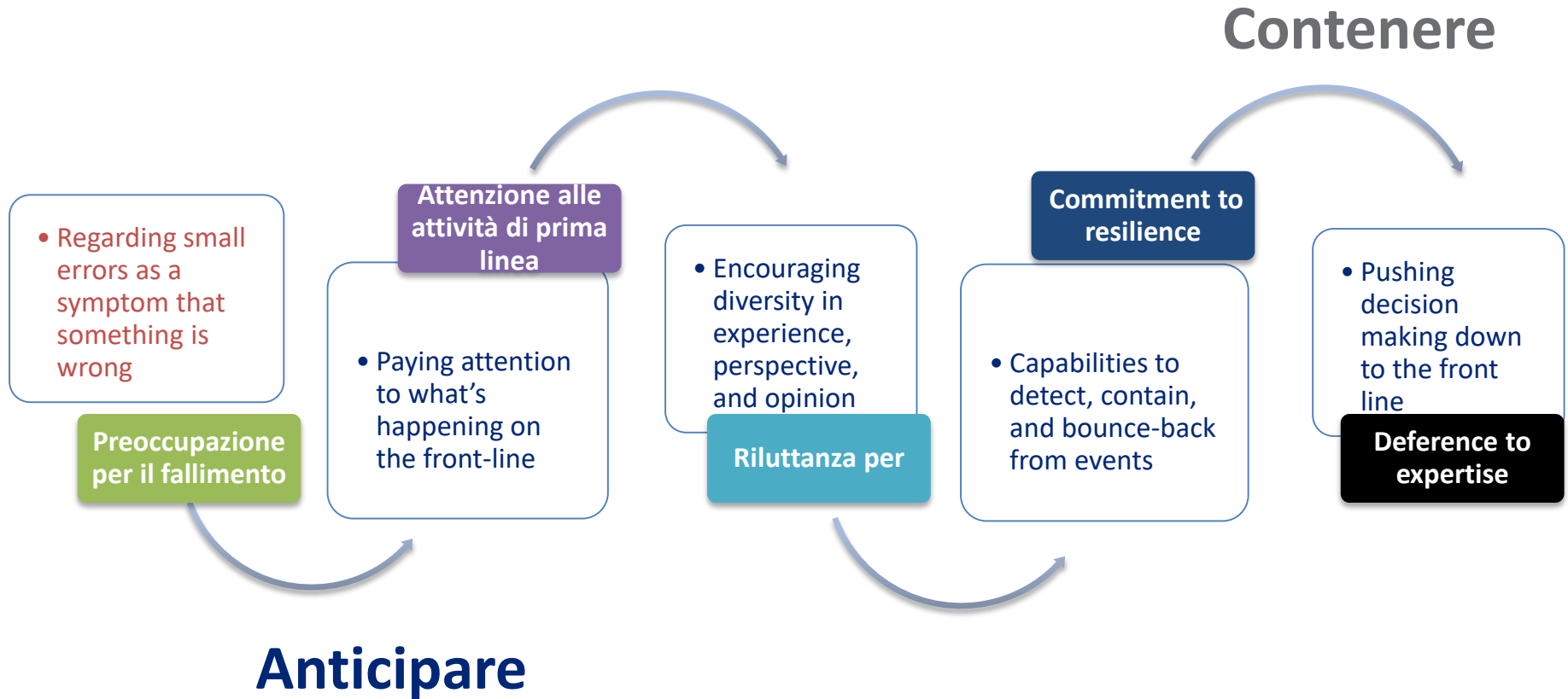
Figura di coordinamento e sicurezza in sala parto

Gestione neonato critico

Formazione



*Frankel A, Graydon-Baker E, Neppi C, et al. Patient Safety Leadership WalkRounds™. Jt Comm J Qual Saf 2003; 29: 16-26.*





# Grazie per l'attenzione

**Riccardo Tartaglia,**

Centro Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente  
Regione Toscana

[albolinos@aou-careggi.toscana.it](mailto:albolinos@aou-careggi.toscana.it)

<http://www.regione.toscana.it/centro-gestione-rischio-clinico>



The tree of life di Gustav Klimt