

# Il profilo assistenziale del neonato sano



# Il profilo assistenziale del neonato sano

**Questo Dossier è realizzato nell'ambito del progetto Accreditamento dell'Area di programma Accreditamento - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna**

---

**Renata Cinotti**

**Gruppo di lavoro**

---

**Rosina Alessandroni** Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna  
**Paolo Bottau** Azienda USL di Imola  
**Guido Cocchi** Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna  
**Maria Raffaella Contiero** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Giovanna Cuomo** Azienda ospedaliero-universitaria di Modena  
**Paola Dalla Casa** Azienda USL di Forlì  
**Raffaella Garattoni** Azienda USL di Rimini  
**Manuela Ghermandi** Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna  
**Marcello Lanari** Azienda USL di Imola - Ospedale Civile  
**Angela Lanzoni** Azienda USL di Forlì  
**Cinzia Magnani** Azienda ospedaliero-universitaria di Parma  
**Cristiana Magnani** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia  
**Cristina Incerti Medici** Azienda USL di Reggio Emilia - Ospedale di Scandiano  
**Paolo Minelli** Azienda USL di Bologna - Ospedale di Bentivoglio  
**Elisa Della Casa Muttini** Azienda ospedaliero-universitaria di Modena  
**Enrico Naldi** Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna  
**Mirca Tonina Prampolini** Azienda USL di Reggio Emilia  
**Nicola Romeo** Azienda USL di Rimini  
**Agostina Solinas** Azienda ospedaliero-universitaria di Ferrara  
**Federica Vagnarelli** Azienda ospedaliera di Reggio Emilia  
Società italiana di neonatologia - Emilia-Romagna

Si ringraziano il prof. Giacomo Faldella (Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna) e il prof. Fabrizio Ferrari (Azienda ospedaliero-universitaria di Modena).

**La collana Dossier è curata dal Sistema comunicazione, documentazione, formazione dell'Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna**

**responsabile** Marco Biocca

**redazione e impaginazione** Federica Sarti

**Stampa** Regione Emilia-Romagna, Bologna, novembre 2006

**Copia del volume può essere richiesta a**

Federica Sarti - Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna - Sistema CDF  
viale Aldo Moro 21 - 40127 Bologna  
e-mail [fsarti@regione.emilia-romagna.it](mailto:fsarti@regione.emilia-romagna.it)

**oppure può essere scaricata dal sito Internet**

[http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/doss137.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss137.htm)

Chiunque è autorizzato per fini informativi, di studio o didattici, a utilizzare e duplicare i contenuti di questa pubblicazione, purché sia citata la fonte.

# Indice

<b>Sommario</b>	<b>5</b>
<b>Premessa</b>	<b>7</b>
<b>Parte 1. Definizione del profilo assistenziale del neonato sano</b>	<b>9</b>
<b>Profilo assistenziale del neonato sano</b>	<b>11</b>
Criteri e strumenti per la valutazione	11
Allegati	13
<b>Documentazione</b>	<b>27</b>
Esami esenti ticket per il monitoraggio della gravidanza fisiologica	27
Identificazione del neonato	34
Certificato di assistenza al parto CEDAP	37
Vaccinazione anti-epatite B	50
<b>Parte 2. Buone pratiche</b>	<b>55</b>
<b>Dimissione concordata e appropriata della madre e del bambino. Aspetti teorici e organizzativi</b>	<b>57</b>
Definizione, requisiti, indicazioni EBM	57
Raccomandazioni OMS per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato	58
Aspetti organizzativi dell'assistenza sul territorio	61
Riferimenti bibliografici	64
<b>Dimissioni protette</b>	<b>67</b>
Premessa	67
Obiettivo generale	67
Obiettivi specifici	68
Programma operativo	69

<b>Procedure di raccordo e comunicazione fra ospedale e servizi in caso di maternità e parto di donne in difficoltà e di possibile pregiudizio per il nascituro</b>	<b>77</b>
<b>Presa in carico del neonato sano dal pediatra di libera scelta</b>	<b>87</b>
<b>Spazio Latte e coccole. Esperienze di facilitazione dell'allattamento al seno</b>	<b>93</b>
Spazio Latte e coccole	93
Progetti e speranze future	96
<b>Programma regionale di screening neonatale per le malattie endocrino-metaboliche</b>	<b>99</b>
Organizzazione generale del programma	99
Esecuzione e invio degli spot al laboratorio	100
Aspetti laboratoristica	104
Modalità di invio dei referti agli enti di provenienza	105
Modalità di controllo del sospetto diagnostico	105
<b>Screening audiologico neonatale</b>	<b>115</b>
Procedura operativa	115
Indicatori di processo	116
<b>Bibliografia essenziale</b>	<b>117</b>

# Sommario

Il Dossier presenta i risultati di un'esperienza di lavoro svolta da un gruppo di perinonotologi della regione Emilia-Romagna.

Basata su un'adesione volontaria, questa esperienza ha avuto il doppio obiettivo di portare un contributo al miglioramento della qualità dell'assistenza pediatrica nel contesto regionale e di acquisire, da parte dei partecipanti, metodologie di *problem solving* da utilizzarsi nei percorsi per l'accreditamento istituzionale, attualmente in fase di realizzazione.

L'oggetto della riflessione, scelto dal gruppo in modo da poter essere di interesse generale, è il percorso di assistenza del neonato sano.

L'obiettivo generale del percorso è quindi quello di favorire in Emilia-Romagna l'adozione di modalità cliniche e assistenziali di gestione del neonato sano appropriate, efficaci, eque per la comunità, attraverso un processo di condivisione e allineamento dei professionisti (ginecologi, pediatri, infermieri, ostetrici).

Gli obiettivi specifici del percorso sono stati:

- il confronto delle modalità clinico-assistenziali adottate nei contesti di lavoro dei partecipanti, l'elaborazione di valutazioni di adeguatezza e la conseguente individuazione di criticità e spunti di miglioramento per i diversi punti di erogazione delle prestazioni;
- la descrizione del profilo ideale di cura e assistenza del neonato sano, dal momento dell'accettazione della madre in travaglio o per ricovero programmato, al momento della presa in carico della pediatria territoriale, al fine di fornire spunti di miglioramento alle pediatrie ospedaliere e ai servizi territoriali competenti.

È stata dunque effettuata un'analisi di processo per evidenziare gli snodi critici della assistenza.

È stata verificata la letteratura utile, individuando anche le più recenti indicazioni fornite da gruppi di lavoro esistenti o appena conclusi a livello regionale. Ciò ha prodotto il disegno del profilo assistenziale ideale, descritto come processo e sostenuto dalle indicazioni operative ritenute opportune cui riferirsi come standard per il miglioramento da realizzarsi nelle varie sedi territoriali.

Sono inoltre stati presentati, illustrati, discussi e verificati quanto ad efficacia e trasferibilità gli approcci più innovativi adottati nelle sedi di lavoro dei partecipanti al gruppo, attraverso un processo di validazione di buone pratiche.

Il lavoro si è concluso con la produzione di una serie di strumenti e raccomandazioni che esprimono lo stato dell'arte e il consenso su quanto sarebbe opportuno realizzare nelle diverse sedi regionali.

In particolare, il Dossier è stato organizzato in due parti:

- nella prima è reperibile la descrizione del profilo di assistenza, disegnato attraverso una *flow chart* di processo e corredato da allegati tecnici;
- nella seconda parte vengono invece raccolti esempi di buone pratiche, che possono essere trasferite in altri contesti previa le opportune modifiche.



# Premessa

Questo documento trae spunto da un'esperienza di lavoro svolto da un gruppo rappresentativo delle diverse professionalità che operano nell'area ostetrico-neonatale dei principali punti nascita della regione Emilia-Romagna. Il gruppo di lavoro era espressione della Sezione regionale della Società italiana di neonatologia (SIN).

Il gruppo si è costituito poco più di un anno fa con l'obiettivo di confrontare le diverse esperienze maturate sui temi della qualità e dell'accreditamento nelle singole Aziende sanitarie regionali, per poi condividere il cammino di preparazione all'accreditamento dei propri servizi.

A questo scopo nell'aprile 2005 è stato organizzato a Gradara un corso di formazione sul tema dell'accreditamento in perinatologia indirizzato ai componenti delle *équipe* ostetrico-neonatali (ginecologi, neonatologi, ostetriche e infermiere) dei principali punti nascita della regione.

Attraverso lezioni frontali e lavori di gruppo, i docenti hanno trasmesso ai discenti le nozioni di base sui temi della qualità/accreditamento, consentendo così al gruppo di lavoro successivamente costituitosi di iniziare il cammino che ha portato alla produzione di questo documento.

Inizialmente si sono fotografate le realtà organizzative dei diversi servizi ostetrico-neonatali, circa le modalità di assistenza al parto e della degenza *post partum*, confrontando queste con il rispetto dei requisiti per l'accreditamento indicati nel manuale per l'accreditamento in neonatologia redatto dal Gruppo di studio Qualità delle cure in neonatologia.

Successivamente si è entrati nella fase operativa che ha richiesto il supporto metodologico dell'Agenzia sanitaria regionale dell' Emilia-Romagna. Il documento risultante dal confronto ha, schematicamente, i seguenti punti di forza:

- disegna in modo chiaro e leggibile i principali percorsi assistenziali legati alla nascita fisiologica nelle strutture ospedaliere (travaglio/parto e successiva degenza), individuando le responsabilità operative e indicando i documenti e le procedure indispensabili di cui disporre per garantire gli appropriati standard assistenziali;
- permette un utilizzo flessibile di questi percorsi assistenziali da parte degli operatori sanitari, i quali possono adattare il modello alla propria realtà culturale e organizzativa di assistenza alla nascita;
- offre l'opportunità di incontro/confronto tra i diversi servizi e le diverse figure professionali impegnate nell'assistenza alla nascita, così da favorire il raggiungimento di obiettivi importanti quali quelli dell'integrazione e della continuità assistenziale;
- rappresenta un modello riproducibile per disegnare nuovi percorsi assistenziali ritenuti come critici oppure essenziali nell'ambito dell'assistenza peri/neonatale (assistenza al neonato patologico, gestione del parto pre-termine, ecc.).

Il risultato raggiunto è soddisfacente e può costituire una base di confronto utile a tutti i colleghi della regione Emilia-Romagna per migliorare le prassi assistenziali in uso.

Nicola Romeo

Presidente Società italiana di neonatologia - Sezione Emilia-Romagna

Renata Cinotti

Responsabile Area di programma Accreditamento, Agenzia sanitaria regionale

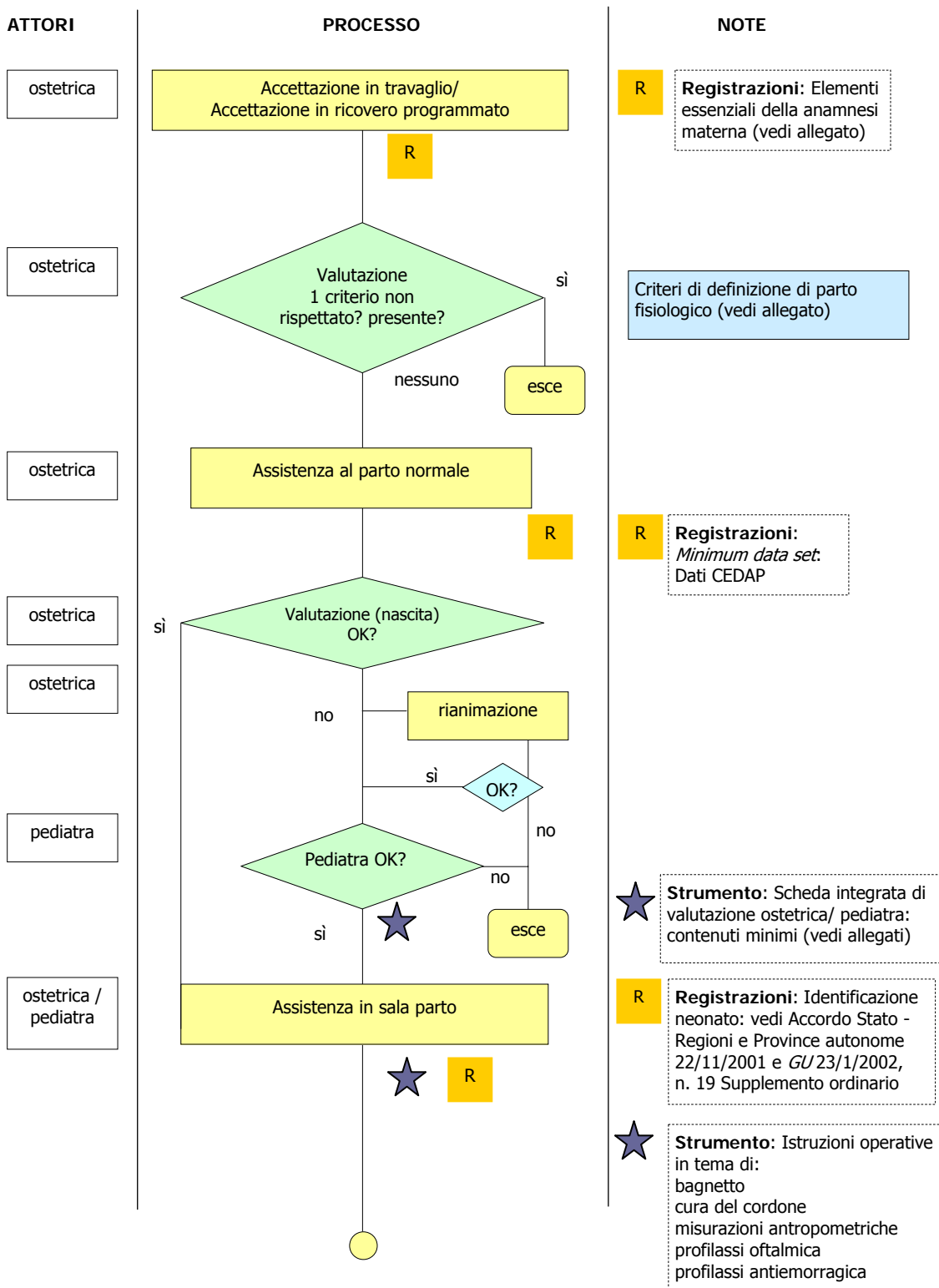
# **Parte 1.**

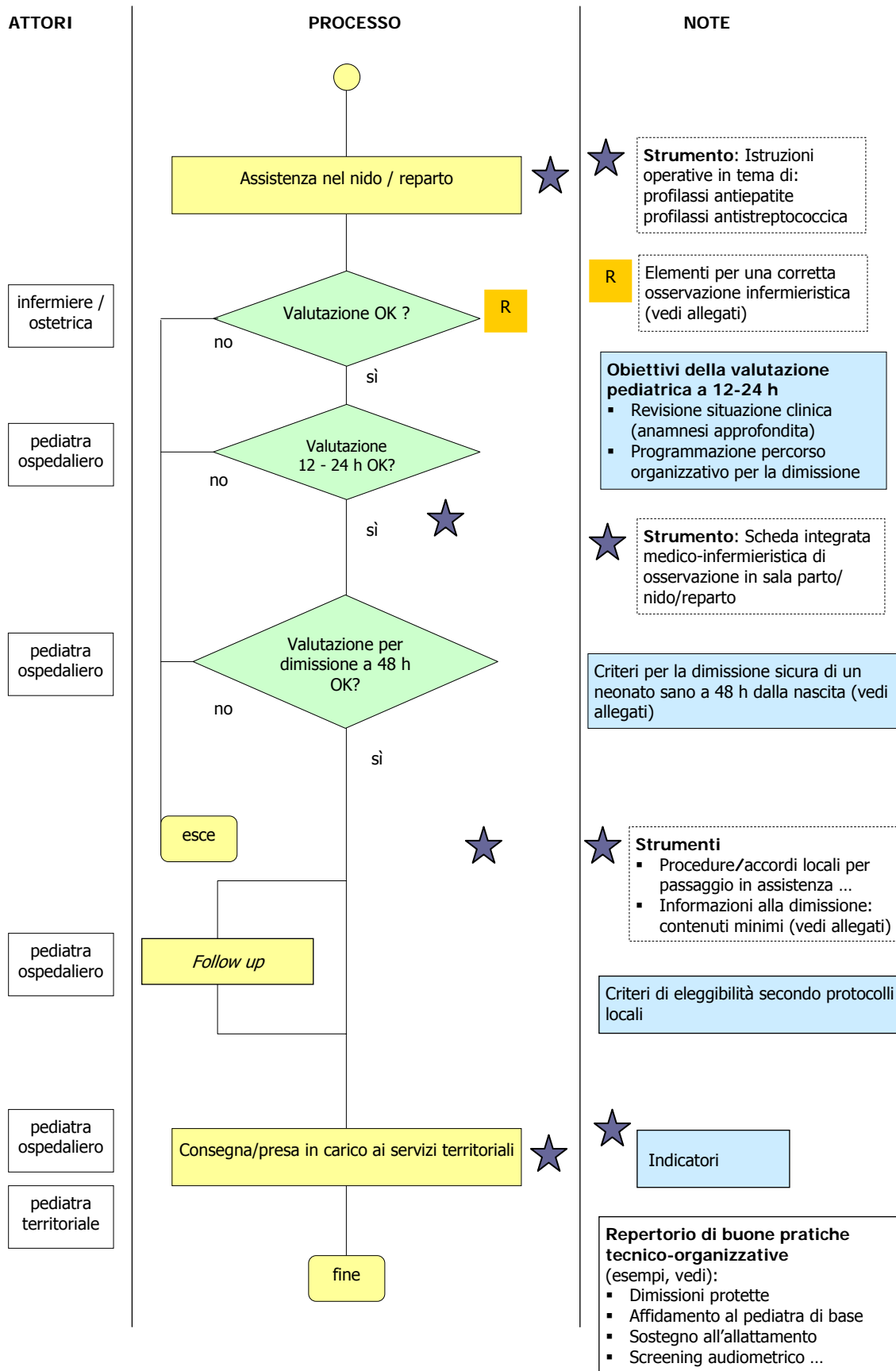
## **Definizione del profilo assistenziale del neonato sano**



# Profilo assistenziale del neonato sano




## Criteri e strumenti per la valutazione





## Allegati

### Legenda

-  Registrazioni essenziali per l'attività clinica e/o la sorveglianza epidemiologica
-  Strumenti proposti per garantire sicurezza e/o ridurre la variabilità dei comportamenti clinico-assistenziali
-  Elementi guida per l'assunzione di decisioni in particolari momenti dell'attività clinico-assistenziale

### **Elementi per una corretta anamnesi ostetrica materna e anamnesi familiare**

(da compilarsi a cura dell'ostetrico che accoglie la gravida)

- Patologie materne insorte prima o durante la gravidanza, segni di infezione o anomalie dell'ecografia fetale.
- Abitudini di vita (fumo, alcool, stupefacenti), assunzione di farmaci.
- Patologie ereditarie e consanguineità dei genitori.
- Esito di precedenti gravidanze, morti fetali o neonatali.
- Gli esami materni relativi alla sierologia del complesso TORCH, l'esito del tampone vagino-rettale e i referti delle ecografie fetali vengono visionati e trascritti. Se la sierologia materna eseguita in gravidanza è incompleta deve essere completata il prima possibile.
- Gruppo sanguigno e test di Coombs.

### Note

Gli esami esenti *ticket* secondo il DL del 10/9/1998 per il monitoraggio della gravidanza fisiologica prevedono:

- anticorpi anti-toxoplasmosi: possibilmente entro la 13<sup>a</sup> settimana, se donna non immune da ripetersi ogni 30-40 giorni fino al parto;
- anticorpi anti-rosolia: possibilmente entro la 13<sup>a</sup> settimana, se donna non immune da ripetersi ogni 30-40 giorni fino al parto;
- TPHA e RPR (o VDRL): possibilmente entro la 13<sup>a</sup> settimana;
- HIV, HBsAg - antiHCV tra 33 e 37 settimane.

Le linee guida del Programma nazionale linee guida (PNLG) prodotte dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali raccomandano inoltre:

- per sifilide: nelle donne con fattori di rischio ripetizione del test nel terzo trimestre e al momento del parto;
- per HIV: test nel primo trimestre e ripetizione in caso di soggetti a rischio in prossimità del parto;
- per CMV (evidenza tipo B): controlli sierologici periodici;
- per HBV: ricerca HBsAg alla prima visita ripetizione nel 3° trimestre [Circolare n. 19 del 30/11/2000: Protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite B (DM del 20/11/2000)].

In caso di madre straniera, se necessario, l'anamnesi viene eseguita con l'aiuto della mediatrice culturale

#### **Criteria di definizione di parto fisiologico**

- epoca gestazionale  $>37$  e  $\leq 42$  settimane (36 settimane e 6 giorni = parto pre-termine; 42 settimane e 1 giorno = post-termine)
- età materna  $>18$  anni
- feto singolo in presentazione cefalica
- peso fetale stimato tra 2.500 e 4.000 grammi
- assenza di patologia fetale nota
- travaglio insorto spontaneamente
- liquido amniotico limpido
- rottura prematura delle membrane (PROM)  $<18$  ore (bassa oppure alta, ma con perdita notevole di liquido amniotico, valutata clinicamente o ecograficamente)
- placenta normalmente inserita
- assenza di patologia materna che richieda sorveglianza intensiva
- normalità del tracciato CTG
- parto vaginale non operativo
- assenza di febbre

#### **Criteria di chiamata del pediatra dopo la nascita**

- peso neonatale  $<2.500$  e  $>4.000$  g
- malformazioni congenite evidenti
- indice di Apgar a 5 minuti  $<7$
- pH da cordone  $<7$  (se praticato)



★ ***Scheda integrata di valutazione alla nascita ostetrica/pediatra:  
contenuti minimi***

(da utilizzarsi in sala parto/ nel nido)

- Dati anagrafici dei genitori
- Dati anagrafici del neonato:  
cognome, nome, data o ora di nascita, sesso, n. bracciale, età gestazionale, misure (peso, lunghezza e circonferenza cranica necessari per compilazione CeDAP)
- Dati rilevanti relativi all'anamnesi ostetrica:
  - patologie della gravidanza, anomalie ecografiche, amniocentesi e cariotipo se eseguiti, farmaci assunti in gravidanza, patologie materne di rilievo (esempio: alterazioni sierologiche TORCH - toxoplasma, rosolia, citomegalovirus, *herpes simplex* -, diabete materno, positività HBsAg, ...), flussimetria fetale, gruppo sanguigno materno, gruppo sanguigno dal funicolo
  - travaglio di parto (inizio, durata rottura membrane), tampone vaginale, profilassi antibiotica *intra partum*, tipo di parto (presentazione, espulsione, farmaci in travaglio, caratteristiche liquido amniotico, placenta, funicolo)
- Punteggio di APGAR ed eventuali manovre di assistenza/rianimazione del neonato, emogasanalisi del sangue da funicolo se praticato
- Profilassi (oftalmica e antiemorragica)
- Emissione meconio e urine
- Dati relativi all'osservazione nelle prime 2 ore dopo il parto (a cura dell'ostetrica/infermiera): colorito, reattività, tono, respiro, suzione

## ★ Istruzioni operative in tema di

### ***bagnetto***

Il primo bagnetto ha lo scopo di rimuovere l'eccesso di vernice caseosa e di altro materiale biologico eventualmente presente sul corpo del neonato. Per diverse motivazioni andrebbero rispettate l'intimità e le prime ore del rapporto madre-neonato; questo concetto però spesso non coincide con le esigenze della struttura, che non consentono rimandare di alcune ore il primo bagnetto.

#### *Materiale*

- sapone neutro
- olio di mandorle
- pettini sterilizzabili
- termometro per la temperatura dell'acqua o miscelatore con termostato
- teli riscaldati
- fasciatoio riscaldato
- pannolini
- primo cambio scelto dai genitori

#### *Tecnica*

- Accendere fasciatoio termico e posizionare telo per asciugare il neonato.
- Erogare l'acqua nell'apposita vaschetta attraverso un miscelatore termostato o controllando la temperatura (37°C) con un termometro.
- Indossare i dispositivi di protezione individuale.
- Rimuovere vernice caseosa in eccesso con olio di mandorle o di oliva.
- Sostituire i guanti con altri puliti.
- Afferrare il neonato sotto l'ascella sinistra con la mano sinistra affinché il capo del bambino appoggi sull'avambraccio dell'operatore e immergere il neonato in acqua; fare uso dell'apposito dosatore per regolare la quantità di sapone occorrente e procedere al lavaggio del bimbo usando il pettine per asportare eventuali residui di sangue dal capo, se necessario; risciacquare accuratamente.
- Estrarre il neonato dall'acqua e avvolgerlo nel telo pre-riscaldato posto sul lettino termico, asciugarlo e procedere alla rilevazione dei dati antropometrici come da istruzioni operative.
- Trattare il moncone ombelicale come da istruzioni operative.
- Praticare le profilassi (oftalmica e antiemorragica) come da istruzioni operative.
- Vestire il neonato con gli indumenti predisposti dai genitori.

### ***trattamento del cordone ombelicale***

La pulizia del moncone ombelicale viene eseguita al momento delle prime cure al bambino dopo la nascita e deve essere ripetuta a tutti i cambi (in ogni caso quando bagnata o sporca) e comunque fino a cicatrizzazione avvenuta.

#### *Materiale*

- garza di cotone
- rete elasticizzata
- pannolino per neonati

#### *Tecnica*

- Lavare accuratamente le mani.
- Sollevare il moncone dalla cute.
- Arrotolare la garza ripiegata, asciutta, attorno al moncone.
- Coprire con una garza anche il morsetto.
- Posizionare la rete elasticizzata sull'addome, mantenendo il moncone ombelicale rivolto verso l'alto.
- Posizionare il pannolino al neonato in maniera tale da non coprire la medicazione.

#### *Bibliografia*

- Rapisardi *et al.*, 2000
- Zupan *et al.*, 2006

### ***misurazioni antropometriche***

#### *Peso*

- Coprire il piatto della bilancia con lenzuolino di carta monouso.
- Porre il neonato sulla bilancia a piatto con orologio di precisione o elettronica.
- Rilevare il peso del neonato nudo in posizione supina facendo attenzione che il peso sia ben equilibrato e che il bambino non appoggi ad altri sostegni.
- Trascrivere il peso sulla cartella neonatale.

#### *Lunghezza*

- Distendere il neonato supino sul lettino.
- Misurare la lunghezza vertice - calcagno.
- Se disponibile lo statimetro neonatale:
  - far appoggiare il vertice alla estremità fissa dello statimetro
  - distendere delicatamente una gamba e fare scorrere il piano mobile dello statimetro fino a toccare il calcagno a piede flesso a 90°
  - leggere il valore riportato dallo statimetro
  - trascrivere il dato sulla cartella neonatale

#### *Circonferenza cranica:*

- Posizionare il metro a nastro attorno al capo del neonato misurando la circonferenza cranica massima.
- Misurare la circonferenza occipito-frontale (passare sulle bozze frontali e sulla protuberanza occipitale).
- Ripetere più volte l'operazione se il neonato è irrequieto.
- Trascrivere il dato sulla cartella neonatale.

NB Il tumore da parto può alterare la misurazione e pertanto la misurazione va ripetuta alla dimissione.

#### *Bibliografia*

- Bertino *et al.*, 1999
- Gagliardi *et al.*, 1999

### ***profilassi oftalmica***

Sebbene ancora oggi la prevenzione dell'oftalmia gonococcica preveda l'instillazione oculare di nitrato d'argento all'1% (DM 11 ottobre 1949, art. 15, *Gazzetta Ufficiale* 23 ottobre 1949, n. 249), la maggior parte dei centri nascita utilizza un collirio o pomata oftalmica antibiotica, in grado di prevenire anche l'infezione da Chlamydia.

La profilassi oculare viene eseguita in sala parto dopo il bagnetto dall'ostetrica/infermiera/puericultrice.

#### *Materiale*

- collirio o pomata
- in considerazione della scarsità di evidenze sull'efficacia della procedura, è discrezionale la scelta dell'antibiotico e della sua formulazione ai fini della somministrazione
- garzine sterili

#### *Tecnica*

- Lavare accuratamente le mani.
- Aprire le palpebre del neonato.
- Instillare 1-2 gocce del medicamento nel sacco congiuntivale o stendere la pomata nella mucosa congiuntivale di ciascun occhio.
- Tamponare con garza sterile se necessario.
- Registrare sulla cartella neonatale l'avvenuta profilassi con data, farmaco ed eventuale concentrazione; l'operatore che ha eseguito la manovra deve apporre la firma sulla cartella neonatale.

### ***profilassi antiemorragica***

La profilassi viene effettuata in sala parto/nido dopo la nascita, dall'ostetrica/infermiera/puericultrice, che avrà cura di segnare e firmare sulla cartella neonatale l'avvenuta profilassi, indicando preparazione, dose e modalità di somministrazione (orale o intramuscolo).

#### ***Materiale***

- Konakion soluzione orale o fiale intramuscolo
- garze sterili
- disinfettante tipo Clorexidina 1% o comunque disinfettante non iodato
- siringa da tuberculina

#### ***Modalità***

- Per via intramuscolare  
Konakion intramuscolo alla dose di 0,5-1 mg previa disinfezione della cute con disinfettante.
- Per os  
asciugare, se necessario, la bocca con una garza sterile;  
somministrare 2 mg di Konakion (1 goccia uguale a 1 mg, quindi 2 gocce) mantenendo aperta la bocca del neonato con il pollice e l'indice di una mano (Raccomandazioni SIN e AAP).

### ***profilassi antiepatite B***

Se la madre è HBsAg-positiva devono essere somministrate immunoglobuline (Ig) specifiche antiepatite B. La immunoprofilassi deve essere effettuata, previo consenso informato dei genitori, entro 12-24 ore dalla nascita (DM 20 novembre 2000), preferibilmente entro 12 ore (Committee on Infectious Disease. American Academy of Pediatrics, 2003) al dosaggio di 40 UI/Kg. Deve essere inoltre somministrata la prima dose di vaccino antiepatite B.

Il certificato dell'avvenuta vaccinazione va inviato alla ASL di competenza.

NB In mancanza di HbsAg della madre, deve essere effettuata la profilassi entro 24 ore.

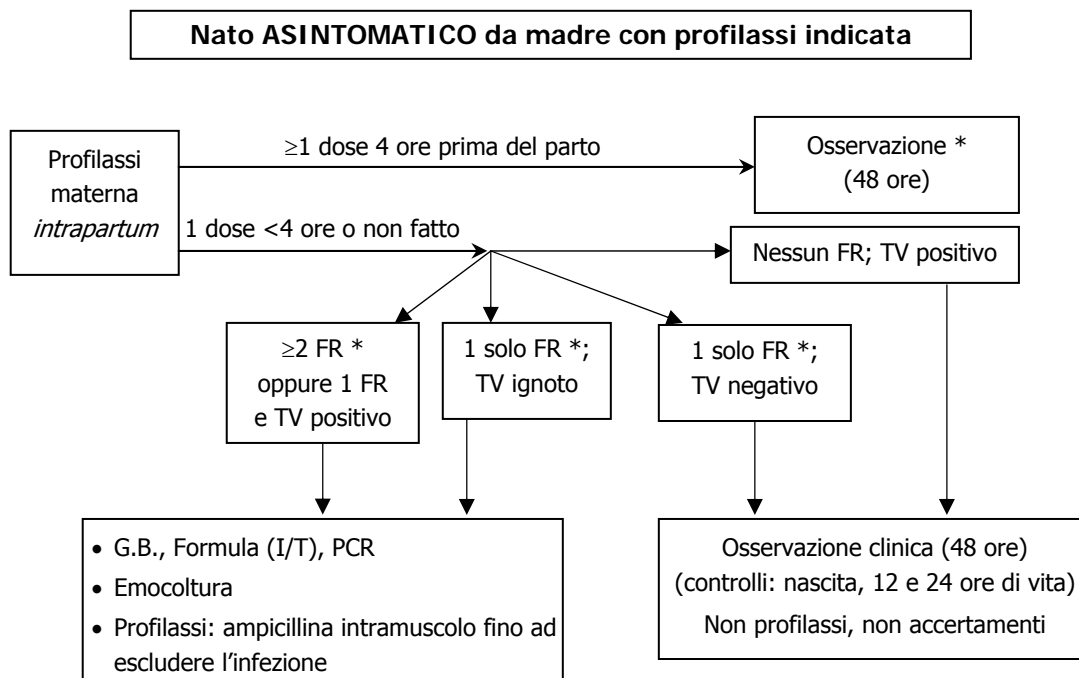
### ***profilassi anti HIV***

Se la madre è HIV-positiva, oltre alla profilassi materna, al neonato va somministrato antivirale AZT alla posologia di 2 mg/Kg/dose entro 6 ore dalla nascita. Tale terapia va somministrata 4 volte al giorno per 6 settimane (CDC, 2002b; Committee on Infectious Disease. American Academy of Pediatrics, 2003).

In casi particolari la terapia deve essere concordata con gli infettivologi che seguono la madre.

Il neonato deve essere alimentato con latte artificiale.

**profilassi antistreptococcica**



**Legenda**

\* Nel nato da madre con corioamnionite sospetta (febbre in travaglio) o accertata vanno determinati i *marker*, raccolte colture profonde e fatta una profilassi antibiotica fino ad esclusione dell'infezione, indipendentemente dal completamento della IAP.

FR fattore di rischio

TV tampone vaginale

NB In caso di taglio cesareo elettivo (membrane integre, assenza di travaglio) il nato, se asintomatico, va considerato non a rischio e non esegue accertamenti o terapie.

**Bibliografia**

- CDC, 2002a.

**R** ***Elementi per una corretta osservazione infermieristica/ostetrica nel nido/reparto***

(da compilarsi a cura dell'ostetrico che accoglie la gravida)

- Verifica per completezza della scheda integrata ostetrico-neonatologica; in particolare per:
  - parametri antropometrici
  - dati anamnestici
  - profilassi
- Registrazione delle funzioni vitali
- Ruolo paterno
- Nucleo familiare di sostegno
- Aspetti relazionali e psico-sociali, come da dettaglio

***aspetti relazionali e psico-sociali***

**Contatto pelle-pelle**                      sì     no

**Allattamento**

posizione	osservazione <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>	autonomia <input type="checkbox"/>
attaccamento	osservazione <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>	autonomia <input type="checkbox"/>
secrezione	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	scarsa <input type="checkbox"/>	
soddisfazione	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	scarsa <input type="checkbox"/>	

**Igiene**

cambio pannolino	osservazione <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>	autonomia <input type="checkbox"/>
medicazione ombelico	osservazione <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>	autonomia <input type="checkbox"/>
bagno	osservazione <input type="checkbox"/>	supervisione <input type="checkbox"/>	autonomia <input type="checkbox"/>

**Atteggiamento materno**

calmo	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
teso	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
sicuro	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>

**Legame emotivo**

armonico	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
in evoluzione	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
da sostenere	sì <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>



**Criteria di dimissibilità del neonato a 48 ore**

<b>Madre</b>	<b>Neonato</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parto spontaneo</li> <li>• Non abbia complicazioni <i>intra partum</i> e <i>post partum</i></li> <li>• Possa muoversi con un buon controllo del dolore</li> <li>• Abbia avuto una ripresa della normale funzionalità vescicale o ne sia stata prevista un'adeguata sorveglianza</li> <li>• Sia stata determinata e prevista le modalità di somministrazione delle immunoglobuline anti-D</li> <li>• Sia stata informata sulle cure di <i>routine</i> (ad es. cambio del pannolino, medicazione del cordone ombelicale, con verifica delle cure prestate) e sulle modalità di allattamento (osservazione di almeno 1 poppata da parte degli operatori)</li> <li>• Sia stata informata sulle modalità di accesso alle risorse di supporto ospedaliero e territoriali</li> <li>• Non esistano rilevanti problemi sociali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nato a termine (<math>\geq 37</math> e <math>&lt; 42</math> settimane), di peso adeguato all'età gestazionale (<math>&gt; 3^{\circ}</math> percentile secondo le curve SIN)</li> <li>• Normale adattamento cardiorespiratorio alla vita extrauterina</li> <li>• Stabilità termica</li> <li>• Buone capacità nella suzione nutritiva e avvio efficace dell'alimentazione</li> <li>• Ittero, se presente, a basso rischio (diagramma di Butani)</li> <li>• Emissione registrata di meconio e urine</li> <li>• Avere effettuato le eventuali e opportune profilassi e immunizzazioni (es. epatite B)</li> <li>• Avere effettuato il prelievo per gli screening metabolici concordati con il Centro regionale responsabile, o averne comunque programmata l'esecuzione</li> <li>• Assenza di elementi anamnestici e clinici che suggeriscano la necessità di ulteriore osservazione, approfondimento diagnostico o terapia in ospedale</li> </ul>

*Bibliografia*

- Rapisardi *et al.*, 2000 (modificato).

★ ***Informazioni essenziali da trasmettere alla famiglia al momento della dimissione***

***informazioni sullo stato di salute del neonato***

- peso, circonferenza cranica, lunghezza alla nascita e peso alla dimissione
- esito di HBsAg, HIV, HCV, TORCH materni, LUE, qualora praticati secondo i protocolli stabiliti
- Apgar a 5'
- bilirubina trascutanea, test di Coombs diretto, incompatibilità di gruppo
- bilirubinemia alla dimissione (se eseguita)
- data dello screening
- altre prestazioni diagnostiche, se eseguite
- eventuali dati clinici che necessitano di controllo/terapia, con specificazione della modalità

***aspetti relativi al proseguimento del rapporto con l'ospedale dopo la dimissione***

- informazioni sui controlli da effettuarsi presso la struttura ospedaliera per neonati che sono inseriti in protocolli di *follow up*
- data dei medesimi
- informazioni circa un eventuale richiamo in caso di screening neonatale positivo

***aspetti relativi alla tutela della salute del bambino e della mamma***

- sostegno all'allattamento al seno ed indicazioni per alimentazione
- prescrizione del latte artificiale (gratuito fino a 6 mesi) nei nati da madre HIV-positiva (Decreto 8 giugno 2001, art. 1, comma 2)
- eventuali profilassi da ripetere
- è opportuna una tempestiva presa in carico da parte del pediatra di famiglia entro 48-72 ore dalla dimissione o al più presto, compatibilmente con le possibilità organizzative locali, con particolare attenzione alle primipare

**Indicatori per la valutazione della *performance* del profilo assistenziale**

<b>Nome indicatore</b>	<b>Calcolo</b>	<b>Razionale</b>
Incidenza dei neonati sani da parto fisiologico	N. neonati sani/N. nati >37 e ≤42 settimana per via vaginale	L'indicatore fornisce un dato di contesto
Capacità anamnestica	N. anamnesi non adeguate (incomplete, scorrette)/ N. totale anamnesi materne per parto >37 e ≤42 per via vaginale	L'indicatore (di processo) fornisce elementi sull'appropriatezza della selezione della popolazione da inserire nel profilo; può fornire anche indicazioni sulla capacità del sistema di prevedere e predisporre un successivo idoneo trattamento clinico e un'adeguata assistenza
Attenzione alla profilassi antiepatite B	N. profilassi antiepatite non effettuate nei tempi/ N. profilassi da effettuare per mamma HBsAg-positiva	L'indicatore misura: <ul style="list-style-type: none"> <li>• conformità del processo</li> <li>• capacità del sistema di controllare l'attività programmata</li> <li>• efficacia del sistema a garantire l'obiettivo di salute del bambino</li> </ul>
Efficacia complessiva del profilo assistenziale	N. neonati ricoverati entro 7 giorni dalla dimissione/ N. totale dei neonati identificati come sani alla dimissione	L'indicatore misura l'efficacia complessiva del profilo assistenziale in riferimento all'obiettivo di fornire assistenza ai neonati sani appropriata ai bisogni e di buona qualità tecnica
Efficacia dei corsi di accompagnamento al parto	N. madri che hanno seguito corsi di accompagnamento/ totale di madri che hanno avuto un parto fisiologico	
Prevenzione del <i>child abuse</i>	N. madri in difficoltà con possibile pregiudizio per il neonato dimesse dal nido e segnalate ai servizi del territorio	



## Documentazione

### Esami esenti ticket per il monitoraggio della gravidanza fisiologica

*Gazzetta Ufficiale* n. 245 del 20 ottobre 1998

DECRETO 10 settembre 1998.

Aggiornamento del Decreto ministeriale 6 marzo 1995 concernente l'aggiornamento del Decreto ministeriale 14 aprile 1984 recante protocolli di accesso agli esami di laboratorio e di diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza e a tutela della maternità

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

Visto il Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124;

Visto in particolare l'art. 1, comma 5, lettera a), del predetto Decreto che esclude dalla partecipazione al costo le prestazioni finalizzate alla tutela della maternità, prevedendo l'aggiornamento del Decreto del Ministro della sanità del 6 marzo 1995;

Visto il Decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995 recante "Aggiornamento del Decreto ministeriale 14 aprile 1984 "Protocolli di accesso agli esami di laboratorio e diagnostica strumentale per le donne in stato di gravidanza ed a tutela della maternità responsabile";

Sentito il Consiglio superiore di sanità - Assemblea generale nella seduta del 17 giugno 1998;

Sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome nella seduta del 30 luglio 1998;

Decreta:

Art. 1.

1. Sono escluse dalla partecipazione al costo, ai sensi dell'art. 1. comma 5, lettera a), del Decreto legislativo 29 aprile 1998, n. 124, le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche per la tutela della maternità indicate dal presente Decreto e dagli allegati A, B e C, che ne formano parte integrante, fruite presso le strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, ivi compresi i consultori familiari. Sono comunque escluse dalla partecipazione al costo le visite mediche periodiche ostetrico-ginecologiche.

2. La prescrizione delle prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e delle altre prestazioni specialistiche è effettuata dai medici di medicina generale o dagli specialisti operanti presso le strutture accreditate, pubbliche o private, ivi compresi i consultori familiari. La prescrizione dello specialista è obbligatoria nei casi previsti dall'art. 2 e degli allegati A, B e C.

Art. 2.

1. In funzione pre-concezionale sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie per accertare eventuali difetti genetici, prescritte dallo specialista alla coppia, se l'anamnesi riproduttiva o familiare della coppia evidenzia condizioni di rischio per il feto.
2. Sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche necessarie ed appropriate per le condizioni patologiche che comportino un rischio materno o fetale, prescritte di norma dallo specialista.
3. Sono escluse dalla partecipazione al costo le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche, necessarie ed appropriate per la diagnosi prenatale, nelle specifiche condizioni di rischio fetale indicate dall'allegato C, prescritte dallo specialista tra quelle incluse nel Decreto ministeriale 22 luglio 1996 pubblicato nella Gazzetta Ufficiale, Supplemento ordinario n. 150, del 14 settembre 1996. Le regioni individuano le strutture di riferimento per l'esecuzione di tali prestazioni, garantendo che le stesse forniscano alle donne e alle coppie un adeguato sostegno.
4. In presenza delle condizioni di rischio di cui al presente articolo, le prescrizioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e di altre prestazioni specialistiche devono indicare la diagnosi o il sospetto diagnostico.

Art. 3.

1. Il presente Decreto sostituisce integralmente il Decreto del Ministro della sanità del 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995.

Art. 4.

1. Il presente Decreto sarà inviato alla Corte dei conti per la registrazione e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

Roma, 10 settembre 1998

Il Ministro: Bindi

Registrato alla Corte dei conti il 1 ottobre 1998

Registro n. 2 Sanità, foglio n. 73

Il Ministro della sanità Bindi

**Allegato A.**

***Prestazioni specialistiche per la tutela della maternità responsabile, escluse dalla partecipazione al costo, in funzione pre-concezionale***

1. Prestazioni specialistiche per la donna

- 89.01 Anamnesi e valutazione, definite brevi: consulenza ginecologica pre-concezionale
- 90.49.3 Anticorpi anti-eritrociti (test di Coombs indiretto): in caso di rischio di isoimmunizzazione
- 91.26.4 Virus rosolia anticorpi (Ig G, Ig M)
- 91.09.4 Toxoplasma anticorpi (E.I.A.) (Ig G, Ig M)
- 90.62.2 Emocromo: emoglobina (Hb), GR, GB, HCT, conta piastrine (PLT), indici derivati, formula leucocitaria
- 90.74.3 Resistenza osmotica eritrocitaria (test di Simmel): in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti
- 90.66.5 Hb - emoglobine anomale (HbS, HbD, HbH, ecc.): in caso di riduzione del volume cellulare medio e di alterazioni morfologiche degli eritrociti
- 91.38.5 Esame citologico cervico-vaginale (pap test)

2. Prestazioni specialistiche per l'uomo

- 90.62.2 Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, indici derivati, formula leucocitaria: in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie
- 90.74.3 Resistenza osmotica eritrocitaria (test di Simmel): in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie
- 90.66.5 Hb - emoglobine anomale (HbS, HbD, HbH, ecc.): in caso di donna con fenotipo eterozigote per emoglobinopatie

3. Prestazioni specialistiche per la coppia

- 91.22.4 Virus immunodeficienza acquisita (HIV 1-2) anticorpi H
- 90.65.3 Gruppo sanguigno ABO e Rh (D)
- 91.10.5 Treponema *pallidum* anticorpi  
(ricerca quantitativa mediante emoagglutinazione passiva) (TPHA)
- 91.11.1 Treponema *pallidum* anticorpi anti-cardiolipina (flocculazione) (VDRL) (RPR)

4. In caso di abortività ripetuta o pregresse patologie della gravidanza con morte perinatale e su prescrizione dello specialista ginecologo o genetista
- 89.01 Anamnesi e valutazione, definite brevi: Consulenza genetica
  - 88.79.7 Ecografia transvaginale
  - 68.12.1 Isteroscopia, escluso biopsia con dilatazione del canale cervicale
  - 68.16.1 Biopsia del corpo uterino: biopsia endoscopica (isteroscopia) dell'endometrio
  - 90.46.5 Anticoagulante *lupus like* (LAC)
  - 90.47.5 Anticorpi anti-cardiolipina (IgG, IgA, IgM)
  - 90.51.4 Anticorpi anti-microsomi (AbTMS) o anti-tireoperossidasi (AbTPO)
  - 90.54.4 Anticorpi anti-tireoglobulina (AbTg)
  - 91.31.2 Cariotipo da metafasi linfocitarie 1. Tecnica di bandeggio (risoluzione non inferiore alle 320 bande): alla coppia

Nota Sono riportate le prestazioni come definite dal DM 22 luglio 1996 recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" con i relativi codici identificativi e contrassegni.

Il Ministro della sanità

Bindi



**Allegato B.**

***Prestazioni specialistiche per il controllo della gravidanza fisiologica, escluse dalla partecipazione al costo***

All'inizio della gravidanza, possibilmente entro la 13<sup>a</sup> settimana, e comunque al primo controllo

- 90.62.2 Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, indici derivati, formula leucocitaria H
- 90.65.3 Gruppo sanguigno ABO e Rh (D), qualora non eseguito in funzione pre-concezionale
- 90.09.2 Aspartato aminotransferasi (AST) (GOT) (S)
- 90.04.5 Alanina aminotransferasi (ALT) (GPT) (S/U)
- 91.26.4 Virus rosolia anticorpi: in caso di IgG negative, entro la 17<sup>a</sup> settimana
- 91.09.4 Toxoplasma anticorpi (E.I.A.): in caso di IgG negative ripetere ogni 30-40 gg fino al parto
- 91.10.5 Treponema *pallidum* anticorpi  
(ricerca quantitativa mediante emoagglutinazione passiva) (TPHA): qualora non eseguite in funzione pre-concezionale, esteso al partner
- 91.11.1 Treponema *pallidum* anticorpi anti-cardiolipina (flocculazione) (VDRL) (RPR): qualora non eseguite in funzione pre-concezionale, esteso al partner
- 91.22.4 Virus immunodeficienza acquisita (HIV 1-2) anticorpi
- 90.27.1 Glucosio (S/P/U/dU/La)
- 90.44.3 Urine: esame chimico, fisico e microscopico
- 88.78 Ecografia ostetrica
- 90.49.3 Anticorpi anti-eritrociti (test di Coombs indiretto): in caso di donne Rh negativo a rischio di immunizzazione il test deve essere ripetuto ogni mese; in caso di incompatibilità ABO, il test deve essere ripetuto alla 34<sup>a</sup>-36<sup>a</sup> settimana

Tra la 14<sup>a</sup> e la 18<sup>a</sup> settimana

- 90.44.3 Urine: esame chimico, fisico e microscopico (\*)

Tra la 19<sup>a</sup> e la 23<sup>a</sup> settimana

- 90.44.3 Urine: esame chimico, fisico e microscopico (\*)
- 88.78 Ecografia ostetrica

Tra la 24<sup>a</sup> e la 27<sup>a</sup> settimana

- 90.27.1 Glucosio (S/P/U/dU/La)
- 90.44.3 Urine: esame chimico, fisico e microscopico (\*)

Tra la 28<sup>a</sup> e la 32<sup>a</sup> settimana

- 90.62.2 Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, indici derivati, formula leucocitaria
- 90.22.3 Ferritina (P/(Sg)Er): in caso di riduzione del volume globulare medio
- 90.44.3 Urine: esame chimico, fisico e microscopico (\*)
- 88.78 Ecografia ostetrica

Fra la 33<sup>a</sup> e la 37<sup>a</sup> settimana

- 91.18.5 Virus epatite B (HBV) antigene HBsAg
- 91.19.5 Virus epatite C (HCV) anticorpi
- 90.62.2 Emocromo: Hb, GR, GB, HCT, PLT, indici derivati, formula leucocitaria
- 90.44.3 Urine: esame chimico, fisico e microscopico (in caso di batteriuria significativa)
- 91.22.4 Virus immunodeficienza acquisita (HIV 1-2) anticorpi in caso di rischio anamnestico

Tra la 38<sup>a</sup> e la 40<sup>a</sup> settimana

- 90.44.3 Urine: esame chimico, fisico e microscopico (in caso di batteriuria significativa)
- 88.78 Ecografia ostetrica

Dalla 41<sup>a</sup> settimana

- 88.78 Ecografia ostetrica: su specifica richiesta dello specialista
- 75.34.1 Cardiotocografia: su specifica richiesta dello specialista; se necessario, monitorare fino al parto

In caso di minaccia di aborto sono da includere tutte le prestazioni specialistiche necessarie per il monitoraggio dell'evoluzione della gravidanza.

Nota Sono riportate le prestazioni come definite dal DM 22 luglio 1996 recante "Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e relative tariffe" con i relativi codici identificativi e contrassegni.

Il Ministro della sanità

Bindi

***Allegato C.***

***Indicazioni alla diagnosi prenatale (desunte dalle "Linee guida per i test genetici" approvate dal Comitato nazionale per la biosicurezza e le biotecnologie della Presidenza del Consiglio dei ministri)***

Le indicazioni per la diagnosi prenatale rientrano in due grandi categorie:

1. presenza di un rischio procreativo prevedibile a priori: età materna avanzata, genitore portatore eterozigote di anomalie cromosomiche strutturali, genitori portatori di mutazioni geniche;
2. presenza di un rischio fetale resosi evidente nel corso della gestazione: malformazioni evidenziate dall'esame ecografico, malattie infettive insorte in gravidanza, positività dei test biochimici per anomalie cromosomiche, familiarità per patologie genetiche.

Le indicazioni per le indagini citogenetiche per anomalie cromosomiche fetali sono:

- età materna avanzata ( $\geq 35$  anni)
- genitori con precedente figlio affetto da patologia cromosomica
- genitore portatore di riarrangiamento strutturale non associato a effetto fenotipico
- genitore con aneuploidie dei cromosomi sessuali compatibili con la fertilità
- anomalie malformative evidenziate ecograficamente
- probabilità di 1/250 o maggiore che il feto sia affetto da Sindrome di Down (o alcune altre aneuploidie) sulla base dei parametri biochimici valutati su sangue materno o ecografici, attuati con specifici programmi regionali in centri individuati dalle singole Regioni e sottoposti a verifica continua della qualità

Il Ministro della sanità

Bindi

## Identificazione del neonato

*Gazzetta Ufficiale* n. 19 del 23 gennaio 2002

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

ACCORDO 22 novembre 2001 - Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome sul documento "Linee guida sulle modalità per l'identificazione del neonato" (Repertorio n. 1327).

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E DI BOLZANO

Visto l'articolo 4, comma 1, del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che prevede che in questa Conferenza, Governo, Regioni e Province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, possano concludere accordi al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Visto il documento di Linee guida in oggetto, trasmesso dal Ministero della salute il 19 giugno 2001;

Considerato che il 6 settembre 2001, in sede tecnica i rappresentanti delle Regioni hanno avanzato alcune proposte di modifica al documento di Linee guida in oggetto, proponendo la costituzione di un sottogruppo di lavoro per un esame più approfondito del documento stesso, che si è riunito nuovamente il 20 settembre concordando alcune proposte di modifica, che sono state accolte dal Ministro della salute e sulle quali, con nota del 19 novembre 2001, il coordinamento regionale ha espresso l'avviso favorevole;

Acquisito l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province autonome, espresso ai sensi dell'articolo 4, comma 2 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Sancisce il seguente accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nei termini sotto indicati:

Il Ministro della salute, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano Convengono che al fine di evitare il verificarsi dello scambio di neonati, appare necessario promuovere ed assicurare l'identificazione del neonato al momento della nascita e durante la degenza con procedure che non lascino adito a possibili errori utilizzando la tecnica del braccialetto con le specificazioni di cui al documento, che allegato al presente atto ne costituisce parte integrante.

Roma, 22 novembre 2001

Il Presidente: La Loggia

Il Segretario: La Falce

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE

UFFICIO V

### ***Linee guida sulle modalità per l'identificazione del neonato al momento della nascita***

Nella maggior parte dei punti nascita, specie in quelli presenti nelle grandi strutture, è già in uso il sistema di identificare il neonato mediante l'utilizzo di bracciali per la puerpera e per il neonato, recanti elementi identificativi puerpera-neonato atti ad individuare la diade.

Al fine di evitare il verificarsi dello scambio di neonati appare necessario promuovere e assicurare l'identificazione del neonato al momento della nascita e durante la degenza, con procedure che non lascino adito a possibili errori utilizzando la tecnica del braccialetto.

È indispensabile che siano dichiarate e descritte, nella carta dei servizi dell'Azienda e dell'Unità operativa ed esposte in maniera ben visibile, in ogni punto nascita pubblico e privato, le modalità della procedura dell'applicazione contemporanea dei braccialetti al neonato e alla puerpera, con l'indicazione degli operatori responsabili di questo atto, come specificato di seguito:

- Ad ogni puerpera e neonato dovrà essere applicato un braccialetto che riporti oltre al codice identificativo della struttura, lo stesso numero progressivo identificativo prestampato. I due braccialetti, originariamente uniti e di misura differente verranno separati e applicati a puerpera e neonato (al polso o preferibilmente alla caviglia del neonato) subito dopo il parto, spontaneo o operativo e comunque all'interno della sala parto o della sala operatoria. Ogni punto nascita potrà, a propria discrezione, aggiungere, oltre al numero progressivo, altri elementi identificativi (dati relativi alla puerpera, data di nascita del neonato, ecc.).

In caso di parto plurimo ogni neonato avrà un braccialetto con numero progressivo, corrispondente alla cronologia della nascita, sul quale sarà riportato l'ordine di genitura. Alla puerpera verrà applicato il corrispondente braccialetto per ogni neonato.

L'ostetrica o il personale infermieristico dedicato all'assistenza del neonato è responsabile della immediata identificazione del neonato, effettuata tramite l'applicazione degli appositi braccialetti. Si suggerisce di mostrare alla puerpera e alla persona che eventualmente l'accompagna i braccialetti ancora uniti, invitando a memorizzarne il numero al momento della loro applicazione.

Lo stesso numero progressivo di identificazione verrà riportato sul registro nascita/parti insieme ai dati relativi all'evento nonché sulle cartelle cliniche della puerpera e del/dei neonato/i.

Le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano possono prevedere eventuali altre modalità identificative.

- Nel caso di neonato che dal letto di parto debba essere trasferito per qualsiasi motivo nell'isola neonatale o nelle aree di terapia intensiva/terapia sub-intensiva/patologia neonatale o comunque in aree di degenza neonatale, il neonatologo o il pediatra o il personale infermieristico dedicato all'assistenza del neonato dovrà accertare che al neonato sia stato applicato il braccialetto di identificazione e dovrà avere cura della

continuità del suo posizionamento durante tutte le fasi del trasferimento. Qualora le condizioni cliniche non lo permettessero, il braccialetto dovrà comunque accompagnare sempre la culla da trasporto e successivamente essere conservato nella culla del neonato in Unità operativa di neonatologia o di rianimazione. Sarà compito dell'infermiere/a o vigilatrice d'infanzia dedicato/a all'assistenza al neonato, presente di turno nell'Unità operativa accertare che il neonato sia provvisto del braccialetto di identificazione. Qualora il neonato provenga da altre aree dello stesso ospedale o da altro Istituto/Azienda ospedaliera, sarà compito dello stesso personale accertare, al momento dell'accoglimento, che il neonato sia provvisto del braccialetto di identificazione dell'area o della struttura di origine (braccialetto che deve essere conservato fino alla dimissione) e/o rilevare eventuali altri elementi utili alla sua identificazione.

L'infermiere/a o vigilatrice d'infanzia dedicato all'assistenza al neonato è inoltre responsabile dell'applicazione degli altri elementi identificativi in uso nella propria struttura.

- Nel caso di neonato nato al di fuori dei punti nascita pubblici e privati (ad esempio a domicilio, in itinere, ecc.) che necessita di ricovero sia in area dedicata alle cure neonatali minime, sia in Unità operativa di terapia intensiva/terapia sub-intensiva/patologia neonatale che in nido, il personale sanitario che ha prestato assistenza o che per primo ha verificato l'evento nascita è garante dell'identità del neonato e della corrispondenza puerpera/neonato.  
Sarà compito dell'infermiere/a o vigilatrice d'infanzia dedicato all'assistenza al neonato della struttura accettante applicare immediatamente al neonato il braccialetto di identificazione, sul quale devono essere riportati gli elementi identificativi dell'Istituto/Azienda ospedaliera, della puerpera e la data di nascita dello stesso neonato; nel caso in cui anche la puerpera sia ricoverata, alla stessa va applicato il braccialetto con i codici e gli elementi corrispondenti.
- Durante la degenza, al momento della consegna del neonato alla puerpera, il personale sanitario dedicato all'assistenza del neonato deve controllare che gli elementi identificativi sul bracciale del neonato corrispondano agli elementi identificativi riportati sul bracciale della puerpera.
- Al momento della dimissione del neonato il personale sanitario dedicato all'assistenza del neonato dovrà accertare che il neonato sia ancora provvisto del braccialetto di identificazione.
- In qualsiasi momento assistenziale che dalla nascita conduce alla dimissione del neonato il personale addetto alle cure neonatali che rilevi elementi di dubbio sulla appropriatezza o elementi di inadempienza deve darne immediata segnalazione alla Direzione sanitaria.

## Certificato di assistenza al parto

<p><b>REGIONE EMILIA-ROMAGNA</b>  <b>CERTIFICATO DI ASSISTENZA AL PARTO</b>          (DECRETO MINISTERO SALUTE 16 LUGLIO 2001, N. 349)</p>	1. REGIONE: <input type="text" value="01810"/> 2. Az.USL/Az.OSP: <input type="text" value=""/> 3. PRESIDIO/STABILIMENTO/C.C.: <input type="text" value=""/>
--	---

4. Comune di evento: \_\_\_\_\_

5. N° riferimento SDO madre (per il ricovero relativo al parto):

**SEZIONE A: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUL/SUI GENITORE/I**

6. Codice fiscale della madre:

7. Cognome della madre \_\_\_\_\_ Nome della madre \_\_\_\_\_

8. Data di nascita madre:    9. Cittadinanza madre: \_\_\_\_\_

10. Comune nascita madre: \_\_\_\_\_

11. Comune residenza madre: \_\_\_\_\_

12. Regione residenza madre: \_\_\_\_\_  Azienda USL residenza madre \_\_\_\_\_

13. Titolo studio madre: 1. laurea  2. diploma universitario o laurea breve  3. diploma di scuola media superiore   
 4. diploma di scuola media inferiore  5. licenza elementare o nessun titolo

14. Condizione professionale madre:

1. occupata <input type="checkbox"/> 2. disoccupata <input type="checkbox"/> 3. in cerca di prima occupazione <input type="checkbox"/> 4. studentessa <input type="checkbox"/> 5. casalinga <input type="checkbox"/> 6. altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc.) <input type="checkbox"/>	<i>se occupata, posizione nella professione:</i> 1. imprenditrice o libera professionista <input type="checkbox"/> 2. altra lavoratrice autonoma <input type="checkbox"/> 3. lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva <input type="checkbox"/> 4. lavoratrice dipendente: impiegata <input type="checkbox"/> 5. lavoratrice dipendente: operaia <input type="checkbox"/> 6. altra lavoratrice dipendente (apprendista, lavorante a domicilio) <input type="checkbox"/>	<i>se occupata, ramo di attività:</i> 1. agricoltura, caccia e pesca <input type="checkbox"/> 2. industria <input type="checkbox"/> 3. commercio, pubblici servizi, alberghi <input type="checkbox"/> 4. pubblica amministrazione <input type="checkbox"/> 5. altri servizi privati <input type="checkbox"/>
---	---	---

15. Stato civile madre: 1. nubile  2. coniugata  3. separata  4. divorziata  5. vedova

16. se coniugata, mese e anno matrimonio:

17. Precedenti concepimenti: 1. SI  2. NO

se precedenti concepimenti:	18. N° parti: <input type="text" value=""/>	19. N° nati vivi: <input type="text" value=""/>	20. N° nati morti: <input type="text" value=""/>	21. N° aborti spontanei: <input type="text" value=""/>	22. N° IVG: <input type="text" value=""/>	23. N° tagli cesarei: <input type="text" value=""/>
-----------------------------	---	---	--	--	---	---

24. Data ultimo parto precedente:

25. Data di nascita padre:     26. Cittadinanza padre: \_\_\_\_\_

27. Comune nascita padre: \_\_\_\_\_

28. Titolo studio padre: : 1. laurea  2. diploma universitario o laurea breve  3. diploma di scuola media superiore   
4. diploma di scuola media inferiore  5. licenza elementare o nessun titolo

29. Condizione professionale padre:

1. occupato	<input type="checkbox"/>	<i>se occupato, posizione nella professione:</i>	<i>se occupato, ramo di attività:</i>
2. disoccupato	<input type="checkbox"/>		
3. in cerca di prima occupazione	<input type="checkbox"/>	1. imprenditore o libero professionista <input type="checkbox"/>	1. agricoltura, caccia e pesca <input type="checkbox"/>
4. studente	<input type="checkbox"/>	2. altro lavoratore autonomo <input type="checkbox"/>	2. industria <input type="checkbox"/>
5. casalingo	<input type="checkbox"/>	3. lavoratore dipendente: dirigente o direttivo <input type="checkbox"/>	3. commercio, pubblici servizi, alberghi <input type="checkbox"/>
6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.)	<input type="checkbox"/>	4. lavoratore dipendente: impiegato <input type="checkbox"/>	4. pubblica amministrazione <input type="checkbox"/>
		5. lavoratore dipendente: operaio <input type="checkbox"/>	5. altri servizi privati <input type="checkbox"/>
		6. altro lavoratore dipendente apprendista, lavorante a domicilio <input type="checkbox"/>	

30. Consanguineità tra padre e madre (grado): 1. sono parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle):   
2. sono parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/figlio di un suo primo cugino):   
3. sono parenti di 6° grado (secondi cugini):

**SEZIONE B: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA**

31. N° visite di controllo in gravidanza (se superiore a 9, indicare 9):  32. Prima visita (n. settimane compiute):

33. N° ecografie (se superiore a 9, indicare 9):

34. Servizio prevalentemente utilizzato in gravidanza (una sola risposta):

1. ginecologo/a privato/a	<input type="checkbox"/>
2. ostetrico/a privato/a	<input type="checkbox"/>
3. consultorio familiare pubblico	<input type="checkbox"/>
4. ambulatorio ospedaliero pubblico	<input type="checkbox"/>
5. ambulatorio ospedaliero pubblico "gravidanza a rischio"	<input type="checkbox"/>
6. consultorio familiare privato	<input type="checkbox"/>
7. nessuno	<input type="checkbox"/>

Indagini prenatali: SI NO

35. amniocentesi:

36. villi coriali:

37. fetoscopia/funicolocentesi:

38. ecografia effettuata dopo le 22 settimane:

39. Decorso della gravidanza: 1. fisiologico  2. patologico

40. E' stata ricoverata durante la gravidanza?: 1. si  2. no

41. Difetto accrescimento fetale: 1. si  2. no

42. Concepimento con tecnica di procreazione medico-assistita: 1. si  2. no

se si: 43. Metodo di procreazione medico-assistita:

1. solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione	<input type="checkbox"/>
2. IUI (Intra Uterine Insemination)	<input type="checkbox"/>
3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer)	<input type="checkbox"/>
4. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer)	<input type="checkbox"/>
5. ICSI (Intra Cytoplasmatic Sperm Injection)	<input type="checkbox"/>
6. altre tecniche	<input type="checkbox"/>

44. Data ultima mestruazione:     45. Età gestazionale stimata (in settimane):



**SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO**

**Sezione C1: Parto**

46. Luogo del parto:

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. istituto di cura pubblico o privato               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. abitazione privata                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. altra struttura di assistenza (casa di maternità) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. altrove (strada, mezzi trasporto, ecc.)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

47. Modalità travaglio: 1. travaglio spontaneo  2. travaglio indotto

48. se travaglio indotto, tipo di induzione:

- |                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| 1. con prostaglandine | <input type="checkbox"/> |
| 2. con ossitocina     | <input type="checkbox"/> |
| 3. con altro farmaco  | <input type="checkbox"/> |
| 4. amnioressi         | <input type="checkbox"/> |

49. Presentazione del neonato:

- |            |                          |           |                          |
|------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| 1. vertice | <input type="checkbox"/> | 4. bregma | <input type="checkbox"/> |
| 2. podice  | <input type="checkbox"/> | 5. faccia | <input type="checkbox"/> |
| 3. fronte  | <input type="checkbox"/> | 6. spalla | <input type="checkbox"/> |

50. Parto pilotato: 1. si  2. no

51. Modalità parto:

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| 1. per via vaginale                                 | <input type="checkbox"/> |
| 2. con taglio cesareo fuori travaglio "non urgente" | <input type="checkbox"/> |
| 3. con taglio cesareo in travaglio                  | <input type="checkbox"/> |
| 4. con uso forcipe                                  | <input type="checkbox"/> |
| 5. con uso ventosa                                  | <input type="checkbox"/> |
| 6. in altro modo                                    | <input type="checkbox"/> |
| 7. con taglio cesareo fuori travaglio "urgente"     | <input type="checkbox"/> |

52. Data del parto (gg, mm, aaaa, ora, minuti):

53. Genere del parto: 1. semplice

2. plurimo  se parto plurimo: 54. N° nati maschi  55. N° nate femmine

Personale sanitario presente: SI NO

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 56. ostetrica/o:                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 57. ginecologa/o:                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 58. pediatra/neonatologo:                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 59. anestesista:                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 60. infermiere neonatale:                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 61. altro personale sanitario o tecnico: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

62. Presenza in sala parto:

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| 1. padre del neonato                           | <input type="checkbox"/> |
| 2. altra persona di famiglia della partoriente | <input type="checkbox"/> |
| 3. altra persona di fiducia della partoriente  | <input type="checkbox"/> |
| 4. nessuno                                     | <input type="checkbox"/> |

63. Profilassi Rh: 1. si  2. no

<b>Sezione C2: Neonato</b>		<b>(in caso di parto plurimo, la sezione va compilata per ogni nato)</b>	
64. Sesso:	1. maschio <input type="checkbox"/>	2. femmina <input type="checkbox"/>	
65. Tipo genitali esterni:	1. maschili <input type="checkbox"/>	2. femminili <input type="checkbox"/>	3. indeterminati <input type="checkbox"/>
66. N° d'ordine del nato nel presente parto (in caso di parto plurimo, indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti): <input type="checkbox"/>			
67. Peso (in grammi): <input type="checkbox"/>	68. Lunghezza (in cm.): <input type="checkbox"/>	69. Circonferenza cranica (in cm.): <input type="checkbox"/>	
70. Vitalità:	1. nato vivo <input type="checkbox"/>	2. nato morto <input type="checkbox"/>	(Se nato morto, compilare la sezione D)
71. Punteggio Apgar dopo 5 minuti:	<input type="checkbox"/>		
72. Necessità di rianimazione:	1. si: ventilazione manuale <input type="checkbox"/>	2. si: intubazione <input type="checkbox"/>	3. no <input type="checkbox"/>
73. Presenza di malformazione:	1. si <input type="checkbox"/>	(Se si, compilare la sezione E) 2. no <input type="checkbox"/>	
<b>SEZIONE D: INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ</b>			
74. Malattia o condizione morbosa principale del <b>feto</b> :	<input type="checkbox"/>		
75. Descrizione:	_____		
76. Altra malattia o condizione morbosa del <b>feto</b> :	<input type="checkbox"/>		
77. Descrizione:	_____		
78. Malattia o condizione morbosa principale della <b>madre</b> interessante il feto:	<input type="checkbox"/>		
79. Descrizione :	_____		
80. Altra malattia o condizione morbosa della <b>madre</b> interessante il feto:	<input type="checkbox"/>		
81. Descrizione:	_____		
82. Altra circostanza rilevante:	<input type="checkbox"/>		
83. Descrizione:	_____		
84. Momento della morte:	1. prima del travaglio <input type="checkbox"/>	2. durante il travaglio <input type="checkbox"/>	3. durante il parto (periodo espulsivo) <input type="checkbox"/>
			4. momento della morte sconosciuto <input type="checkbox"/>
85. Esecuzione esami strumentali in caso di malformazioni:	1. si <input type="checkbox"/>	2. no <input type="checkbox"/>	
86. Esecuzione fotografie in caso di malformazioni:	1. si <input type="checkbox"/>	2. no <input type="checkbox"/>	
87. Riscontro autoptico:	1. la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia <input type="checkbox"/>		
	2. il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito <input type="checkbox"/>		
	3. l'autopsia non è stata effettuata <input type="checkbox"/>		

**SEZIONE E: INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI**

88. Malformazione diagnosticata 1: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|

89. Malformazione diagnosticata 2: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|

90. Malformazione diagnosticata 3: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|

91. Cariotipo del nato (se effettuato prima della nascita): \_\_\_\_\_

92. Età gestazionale alla diagnosi di malformazione (in settimane compiute):     |\_|\_|

93. Età neonatale alla diagnosi di malformazione (in giorni compiuti):     |\_|\_|

Eventuali malformazioni in famiglia:           SI       NO

94. fratelli/sorelle	_	_
95. madre	_	_
96. padre	_	_
97. genitori madre	_	_
98. genitori padre	_	_
99. altri parenti madre	_	_
100. altri parenti padre	_	_

101. Malattie insorte in gravidanza 1: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|

102. Descrizione: \_\_\_\_\_

103. Malattie insorte in gravidanza 2: \_\_\_\_\_ |\_|\_|\_|\_|

104. Descrizione: \_\_\_\_\_

Firma dell'Ostetrica/o

Firma del Medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**Regione Emilia-Romagna  
Certificato di Assistenza al Parto  
Note per la compilazione e la codifica**

N.	VARIABILE	Definizione e Codifica
1	REGIONE	Codice identificativo ( <i>3 caratteri</i> ) Emilia-Romagna = 080
2	Az. USL/Az. OSP (DI EVENTO)	Codice identificativo regionale ( <i>3 caratteri</i> )
3	PRESIDIO/STABILIMENTO/C.C. (DI EVENTO)	Codice identificativo regionale: <i>3 caratteri</i> per il Presidio ospedaliero o la Casa di Cura privata, <i>2 caratteri</i> per il sub-codice dello Stabilimento.
4	COMUNE DI EVENTO	Codice ISTAT (primi <i>3 caratteri</i> per la Provincia e ulteriori <i>3 caratteri</i> per il singolo Comune della Provincia).
5	N° RIFERIMENTO SDO MADRE	Indicare il n° della Scheda di Dimissione Ospedaliera della madre ( <i>8 caratteri</i> ) per il ricovero relativo al parto.
<b>SEZIONE A: INFORMAZIONI SOCIO-DEMOGRAFICHE SUL/SUI GENITORE/I</b>		
6	CODICE FISCALE MADRE	Codice fiscale ( <i>16 caratteri</i> ) Per le straniere "non regolari", riportare il codice regionale a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente) (V. Circolare Ministero Sanità n. 5 del 24 marzo 2000). Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), in sostituzione del codice fiscale, si riporti il codice 999.
7	COGNOME E NOME MADRE	Indicare il cognome da nubile della puerpera. Nel caso di "donna che non vuole essere nominata", indicare il codice 999; il raccordo che rende possibile il reperimento della cartella clinica, è costituito dal numero della SDO della madre.
8	DATA DI NASCITA MADRE	<i>8 caratteri</i> (gg/mm/aaaa) Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), si deve riportare solo l'anno di nascita.
9	CITTADINANZA MADRE	Codice ( <i>3 caratteri</i> ): - 100 per la cittadinanza italiana; - codice Stato estero (V. Elenco A allegato al Decreto).
10	COMUNE DI NASCITA MADRE	Codice ISTAT (primi <i>3 caratteri</i> per la Provincia e ulteriori <i>3 caratteri</i> per il singolo Comune della Provincia). Nel caso di madre nata in Paese straniero, indicare 999 al posto della Provincia, seguito dal codice dello Stato Estero (V. Elenco A). Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), si deve riportare solo il codice ISTAT della Provincia di nascita (primi <i>3 caratteri</i> ).
11	COMUNE DI RESIDENZA MADRE	Codice ISTAT (primi <i>3 caratteri</i> per la Provincia e ulteriori <i>3 caratteri</i> per il singolo Comune della Provincia). Nel caso di madre nata in Paese straniero, indicare 999 al posto della Provincia, seguito dal codice dello Stato Estero (V. Elenco A). Nel caso di "donna che non vuole essere nominata" ( <i>figlio non riconosciuto o di filiazione ignota</i> ), si deve riportare solo il codice ISTAT della Provincia di residenza (primi <i>3 caratteri</i> ).
12	REGIONE E AZIENDA USL DI RESIDENZA MADRE	Codice identificativo della Regione ( <i>3 caratteri</i> ) e dell'Azienda USL di residenza ( <i>3 crt.</i> ). Voce da non compilare per le donne residenti all'estero.
13	TITOLO DI STUDIO MADRE	Codice da riportare ( <i>1 carattere</i> ): 1. laurea 2. diploma universitario o laurea breve 3. diploma di scuola media superiore 4. diploma di scuola media inferiore 5. licenza elementare o nessun titolo

Il profilo assistenziale del neonato sano

14	<b>CONDIZIONE PROFESSIONALE MADRE</b>	<p>Codice a <u>3 caratteri</u> per individuare: la condizione professionale (<i>I cifra</i>), la posizione nella professione (<i>II cifra</i>) ed il ramo di attività economica (<i>III cifra</i>). <u>La II e la III cifra vanno compilate solo nel caso in cui la I cifra sia =1 (<b>occupato</b>)</u>.</p> <p><u>I cifra:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>occupata</li> <li>disoccupata</li> <li>in cerca di prima occupazione</li> <li>studentessa</li> <li>casalinga</li> <li>altra condizione (ritirata dal lavoro, inabile, ecc.)</li> </ol> <p><u>II cifra</u> (se occupata):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>imprenditrice o libera professionista</li> <li>altra lavoratrice autonoma</li> <li>lavoratrice dipendente: dirigente o direttiva</li> <li>lavoratrice dipendente: impiegata</li> <li>lavoratrice dipendente: operaia</li> <li>altra lavoratrice dipendente (apprendista, lavorante a domicilio, ecc.)</li> </ol> <p><u>III cifra</u> (se occupata):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>agricoltura, caccia e pesca</li> <li>industria</li> <li>commercio, pubblici servizi, alberghi</li> <li>pubblica amministrazione</li> <li>altri servizi privati</li> </ol>
15	<b>STATO CIVILE MADRE</b>	<p>Codice da riportare (<u>1 carattere</u>):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>nubile</li> <li>coniugata</li> <li>separata</li> <li>divorziata</li> <li>vedova</li> </ol>
16	<b>SE CONIUGATA: DATA DEL MATRIMONIO</b>	Indicare mese ed anno ( <u>6 caratteri</u> ) dell'unico o ultimo matrimonio.
17	<b>PRECEDENTI CONCEPIMENTI</b>	<p>Indicare se la donna ha avuto, prima del presente parto, precedenti concepimenti (<u>1 carattere</u>):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>SI</li> <li>NO</li> </ol>
18	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO PARTI PRECEDENTI</b>	<p>Nel caso di <u>precedenti concepimenti = SI</u>, indicare il numero di parti (nati vivi, nati morti, tagli cesarei) avuti dalla donna precedentemente al presente (<u>2 caratteri</u>).</p>
19	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO NATI VIVI</b>	<p>Nel caso di <u>precedenti concepimenti = SI</u>, indicare il numero di nati vivi avuti dalla donna, da precedenti parti (<u>2 caratteri</u>).</p>
20	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO NATI MORTI</b>	<p>Nel caso di <u>precedenti concepimenti = SI</u>, indicare il numero di nati morti avuti dalla donna da precedenti parti (<u>nato morto è il feto deceduto prima della nascita, dal 181° giorno di gestazione</u>) (<u>2 caratteri</u>).</p>
21	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO ABORTI SPONTANEI</b>	<p>Nel caso di <u>precedenti concepimenti = SI</u>, indicare il numero di eventuali aborti spontanei (<u>aborto spontaneo è il feto deceduto prima del 180° giorno "compiuto" di gestazione</u>) (<u>2 caratteri</u>).</p>
22	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO I.V.G.</b>	<p>Nel caso di <u>precedenti concepimenti = SI</u>, indicare il numero di eventuali interruzioni volontarie della gravidanza (<u>2 caratteri</u>).</p>
23	<b>SE PRECEDENTI CONCEPIMENTI: NUMERO TAGLI CESAREI</b>	<p>Nel caso di <u>precedenti concepimenti = SI</u>, indicare il numero di tagli cesarei nei precedenti parti (<u>2 caratteri</u>).</p>
24	<b>DATA ULTIMO PARTO PRECEDENTE</b>	Indicare la data (gg/mm/aaaa) dell'ultimo parto precedente ( <u>8 caratteri</u> ).
25	<b>DATA DI NASCITA PADRE</b>	<u>8 caratteri</u> (gg/mm/aaaa)
26	<b>CITTADINANZA PADRE</b>	<p>Codice a <u>3 caratteri</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 100 per la cittadinanza italiana;</li> <li>- codice Stato estero (V. Elenco A).</li> </ul>

Il profilo assistenziale del neonato sano

27	<b>COMUNE DI NASCITA PADRE</b>	Codice ISTAT (primi <u>3 caratteri</u> per la Provincia e ulteriori <u>3 caratteri</u> per il singolo Comune della Provincia).
28	<b>TITOLO DI STUDIO PADRE</b>	Codice da riportare ( <u>1 carattere</u> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. laurea</li> <li>2. diploma universitario o laurea breve</li> <li>3. diploma di scuola media superiore</li> <li>4. diploma di scuola media inferiore</li> <li>5. licenza elementare o nessun titolo</li> </ol>
29	<b>CONDIZIONE PROFESSIONALE PADRE</b>	Codice a <u>3 caratteri</u> per individuare: la condizione professionale ( <u>I cifra</u> ), la posizione nella professione ( <u>II cifra</u> ) ed il ramo di attività economica ( <u>III cifra</u> ). La <u>II</u> e la <u>III</u> cifra vanno compilate solo nel caso in cui la <u>I</u> cifra sia =1 ( <b>occupato</b> ).  <u>I cifra</u> : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. occupato</li> <li>2. disoccupato</li> <li>3. in cerca di prima occupazione</li> <li>4. studente</li> <li>5. casalingo</li> <li>6. altra condizione (ritirato dal lavoro, inabile, ecc.)</li> </ol> <u>II cifra</u> (se occupato): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. imprenditore o libero professionista</li> <li>2. altro lavoratore autonomo</li> <li>3. lavoratore dipendente: dirigente o direttivo</li> <li>4. lavoratore dipendente: impiegato</li> <li>5. lavoratore dipendente: operaio</li> <li>6. altro lavoratore dipendente (apprendista, lavorante a domicilio, ecc.)</li> </ol> <u>III cifra</u> (se occupato): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. agricoltura, caccia e pesca</li> <li>2. industria</li> <li>3. commercio, pubblici servizi, alberghi</li> <li>4. pubblica amministrazione</li> <li>5. altri servizi privati</li> </ol>
30	<b>CONSANGUINEITÀ TRA PADRE E MADRE (GRADO)</b>	<u>Voce da non compilare in caso di non-consanguineità</u> ; nel caso di consanguineità tra i genitori indicare se ( <u>1 carattere</u> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. sono parenti di 4° grado (figli di fratelli o sorelle);</li> <li>2. sono parenti di 5° grado (coniuge sposato con figlia/figlio di un suo primo cugino);</li> <li>3. sono parenti di 6° grado (secondi cugini).</li> </ol>
<b>SEZIONE B: INFORMAZIONI SULLA GRAVIDANZA</b>		
31	<b>VISITE DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA</b>	Specificare il numero di visite di controllo effettuate durante la gravidanza ( <u>1 carattere</u> ). Se superiore a 9, indicare 9.
32	<b>PRIMA VISITA DI CONTROLLO IN GRAVIDANZA (A SETTIMANE)</b>	Numero di settimane "compiute" nella quale è avvenuta la prima visita (di accertamento e controllo) nella gravidanza ( <u>2 caratteri</u> ).
33	<b>NUMERO DI ECOGRAFIE</b>	Specificare il numero di ecografie effettuate in gravidanza ( <u>1 carattere</u> ). Se superiore a 9, indicare 9.
34	<b>SERVIZIO UTILIZZATO IN GRAVIDANZA</b>	Indicare se la gravidanza è stata seguita <b>prevalentemente</b> da ( <u>1 carattere</u> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>8. ginecologo/a privato/a</li> <li>9. ostetrico/a privato/a</li> <li>10. consultorio familiare pubblico</li> <li>11. ambulatorio ospedaliero pubblico</li> <li>12. ambulatorio ospedaliero pubblico "gravidanza a rischio"</li> <li>13. consultorio familiare privato</li> <li>14. nessuno</li> </ol>
35	<b>INDAGINI PRENATALI: AMNIOCENTESI</b>	Indicare l'effettuazione ( <u>1 carattere</u> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI</li> <li>2. NO</li> </ol>

Il profilo assistenziale del neonato sano

36	<b>INDAGINI PRENATALI: VILLI CORIALI</b>	Indicare l'effettuazione ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
37	<b>INDAGINI PRENATALI: FETOSCOPIA/FUNICOLOCENTESI</b>	Indicare l'effettuazione ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
38	<b>INDAGINI PRENATALI: ECOGRAFIA &gt; 22 SETTIMANE</b>	Indicare l'effettuazione ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
39	<b>DECORSO GRAVIDANZA</b>	Indicare se la gravidanza ha avuto un decorso ( <i>1 carattere</i> ): 1. fisiologico 2. patologico  Per gravidanza a decorso patologico si intende <i>la gravidanza in cui si sia verificata morbidità materno-fetale.</i>
40	<b>E' STATA RICOVERATA DURANTE LA GRAVIDANZA?</b>	Indicare ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
41	<b>DIFETTO ACCRESCIMENTO FETALE</b>	Per difetto di accrescimento si intende il <i>rallentato accrescimento intrauterino (valori inferiori al 10° percentile) diagnosticato in fase prenatale</i> ( <i>1 carattere</i> ): 3. SI 4. NO
42	<b>CONCEPIMENTO CON TECNICHE DI PROCREAZIONE ASSISTITA</b>	Indicare se il concepimento ha avuto luogo con l'applicazione di una tecnica di procreazione medico-assistita ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
43	<b>SE SI: METODO DI PROCREAZIONE MEDICO-ASSISTITA</b>	<b>Solo nel caso</b> il concepimento sia avvenuto attraverso l'utilizzo di tecniche di riproduzione medico-assistita, specificare il metodo seguito ( <i>1 carattere</i> ): 1. solo trattamento farmacologico per induzione dell'ovulazione; 2. IUI (Intra Uterine Insemination: <i>trasferimento di gameti maschili nella cavità uterina</i> ); 3. GIFT (Gamete Intra Fallopian Transfer: <i>trasferimento di gameti maschili e femminili nelle Tube di Falloppio, generalmente per via laparoscopica</i> ); 4. FIVET (Fertilization In Vitro and Embryo Transfer: <i>fecondazione in vitro e trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero</i> ); 5. ICSI (Intra Cytoplasmic Sperm Injection: <i>fecondazione in vitro tramite iniezione di uno spermatozoo nel citoplasma di un ovocita ed il trasferimento degli embrioni così ottenuti nell'utero</i> ); 6. altre tecniche.
44	<b>DATA ULTIMA MESTRUAZIONE</b>	<i>8 caratteri</i> (gg/mm/aaaa)
45	<b>ETÀ GESTAZIONALE STIMATA (SETTIMANE COMPIUTE)</b>	Riportare l'età gestazionale stimata (in settimane compiute di amenorrea) ( <i>2 caratteri</i> ) <u>solo se</u> : - non è conosciuta la data dell'ultima mestruazione (precedente voce 44); - è stata effettuata una ridatazione (ecografica e/o clinica con punteggio neonatale), che ha comportato una ridefinizione dell'età gestazionale.
<b>SEZIONE C: INFORMAZIONI SUL PARTO E SUL NEONATO</b>		
<b>SEZIONE C1: PARTO</b>		
46	<b>LUOGO DEL PARTO</b>	Indicare se il parto è avvenuto in ( <i>1 carattere</i> ): 1. istituto di cura pubblico o privato 2. abitazione privata 3. altra struttura di assistenza (casa di maternità) 4. altrove (strada, mezzi trasporto, ecc.)

Il profilo assistenziale del neonato sano

47	<b>MODALITÀ DEL TRAVAGLIO</b>	Indicare se ( <i>1 carattere</i> ): 1. travaglio spontaneo 2. travaglio indotto
48	<b>SE TRAVAGLIO INDOTTO: TIPO DI INDUZIONE</b>	Solo nel caso di travaglio indotto, indicare se ( <i>1 carattere</i> ): 1. con prostaglandine 2. con ossitocina 3. con altro farmaco 4. amnioressi
49	<b>PRESENTAZIONE DEL NEONATO</b>	Indicare ( <i>1 carattere</i> ): 1. vertice 2. podice 3. fronte 4. bregma 5. faccia 6. spalla
50	<b>PARTO PILOTATO</b>	Indicare effettuazione ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
51	<b>MODALITÀ DEL PARTO</b>	Indicare se il parto è avvenuto ( <i>1 carattere</i> ): 1. per via vaginale 2. con taglio cesareo fuori travaglio "non urgente" 3. con taglio cesareo in travaglio 4. con uso forcipe 5. con uso ventosa 6. in altro modo 7. con taglio cesareo fuori travaglio "urgente"
52	<b>DATA DEL PARTO</b>	Indicare la data del parto (giorno, mese, anno, ora, minuti) ( <i>12 caratteri</i> )
53	<b>GENERE DEL PARTO</b>	Indicare se trattasi di ( <i>1 carattere</i> ): 1. parto semplice 2. parto plurimo
54	<b>SE PARTO PLURIMO: MASCHI</b> <b>NATI</b>	Nel caso di parto plurimo, indicare il numero nati di sesso maschile ( <i>1 carattere</i> ).
55	<b>SE PARTO PLURIMO: FEMMINE</b> <b>NATI</b>	Nel caso di parto plurimo, precisare il numero nati di sesso femminile ( <i>1 carattere</i> ).
56	<b>PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza dell' <b>ostetrica/o</b> ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
57	<b>PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza del <b>ginecologa/o</b> ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
58	<b>PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza del <b>pediatra/neonatologo</b> ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
59	<b>PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza dell' <b>anestesista</b> ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
60	<b>PERSONALE SANITARIO PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza dell' <b>infermiera/e neonatale</b> ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
61	<b>ALTRO PERSONALE PRESENTE AL PARTO</b>	Presenza di altro <b>personale sanitario o tecnico</b> ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO



Il profilo assistenziale del neonato sano

62	<b>PRESENZA IN SALA PARTO</b>	Indicare se in sala parto era presente una tra le persone indicate ( <i>1 carattere</i> ): 1. padre del neonato 2. altra persona di famiglia della partoriente 3. altra persona di fiducia della partoriente 4. nessuno
63	<b>PROFILASSI Rh</b>	Indicare l'effettuazione o meno della profilassi ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
<b>SEZIONE C2: NEONATO</b>		
<b>(in caso di parto plurimo, la sezione va compilata per ogni nato)</b>		
64	<b>SESSO</b>	Indicare ( <i>1 carattere</i> ): 1. maschio 2. femmina
65	<b>TIPO GENITALI ESTERNI</b>	Indicare ( <i>1 carattere</i> ): 1. maschili 2. femminili 3. indeterminati
66	<b>NUMERO D'ORDINE DEL NATO NEL PRESENTE PARTO</b>	Nel caso di parto plurimo indicare l'ordine di nascita; considerare anche i nati morti ( <i>1 carattere</i> ).
67	<b>PESO</b>	Indicare il peso in grammi ( <i>4 caratteri</i> )
68	<b>LUNGHEZZA</b>	Indicare la lunghezza in centimetri ( <i>2 caratteri</i> )
69	<b>CIRCONFERENZA CRANICA</b>	Indicare la circonferenza cranica in centimetri ( <i>2 caratteri</i> )
70	<b>VITALITÀ (SE NATO MORTO, COMPILARE LA SEZ. D)</b>	Specificare se trattasi di: ( <i>1 carattere</i> ) 1. nato vivo 2. nato morto
71	<b>PUNTEGGIO APGAR DOPO 5 MINUTI DALLA NASCITA</b>	Indicare il punteggio attribuito al neonato dopo 5 minuti secondo il metodo di Apgar ( <i>2 caratteri</i> )
72	<b>NECESSITÀ DI RIANIMAZIONE</b>	Indicare se si presenta la necessità di rianimare il neonato ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI: ventilazione manuale 2. SI: intubazione 3. NO
73	<b>PRESENZA DI MALFORMAZIONE (SE SI, COMPILARE LA SEZ. E)</b>	Indicare l'eventuale presenza di malformazione ( <i>1 carattere</i> ): 1. SI 2. NO
<b>SEZIONE D: INFORMAZIONI SULLE CAUSE DI NATI-MORTALITÀ</b>		
74	<b>MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DEL FETO</b>	Indicare la condizione morbosa principale del <b>feto</b> utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ) (*)
75	<b>DESCRIZIONE MALATTIA PRINCIPALE DEL FETO</b>	Descrizione ( <i>40 caratteri</i> )
76	<b>ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DEL FETO</b>	Indicare altra condizione morbosa del <b>feto</b> utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ) (*)
77	<b>DESCRIZIONE ALTRA MALATTIA DEL FETO</b>	Descrizione ( <i>40 caratteri</i> )
78	<b>MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA PRINCIPALE DELLA MADRE</b>	Indicare la condizione morbosa principale <b>materna</b> (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> ) (*)

Il profilo assistenziale del neonato sano

79	<b>DESCRIZIONE MALATTIA PRINCIPALE DELLA MADRE</b>	Descrizione ( <i>40 caratteri</i> )
80	<b>ALTRA MALATTIA O CONDIZIONE MORBOSA DELLA MADRE</b>	Indicare altra condizione morbosa <b>materna</b> (interessante il feto) utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> )(*)
81	<b>DESCRIZIONE ALTRA MALATTIA DELLA MADRE</b>	Descrizione ( <i>40 caratteri</i> )
82	<b>ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE</b>	Indicare altra circostanza rilevante che, a giudizio del medico, pur non rientrando nelle voci precedenti, risulta rilevante ai fini del decesso. Codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> )(*)
83	<b>DESCRIZIONE ALTRA CIRCOSTANZA RILEVANTE</b>	Descrizione ( <i>40 caratteri</i> )
84	<b>MOMENTO DELLA MORTE</b>	Indicare se la morte è avvenuta ( <i>1 carattere</i> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. prima del travaglio</li> <li>2. durante il travaglio</li> <li>3. durante il parto (periodo espulsivo)</li> <li>4. momento morte sconosciuto</li> </ol>
85	<b>ESECUZIONE ESAMI STRUMENTALI IN CASO DI MALFORMAZIONE</b>	Nel caso in cui il feto presenti delle malformazioni, indicare se sono stati effettuati o meno esami strumentali ( <i>1 carattere</i> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI</li> <li>2. NO</li> </ol>
86	<b>ESECUZIONE FOTOGRAFIE IN CASO DI MALFORMAZIONE</b>	Nel caso in cui il feto presenti delle malformazioni, indicare se sono state effettuate o meno fotografie ( <i>1 carattere</i> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI</li> <li>2. NO</li> </ol>
87	<b>RISCONTRO AUTOPTICO</b>	Indicare ( <i>1 carattere</i> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. se la causa di morte individuata è stata confermata dall'autopsia;</li> <li>2. se il risultato dell'autopsia sarà disponibile in seguito;</li> <li>3. se l'autopsia non è stata effettuata.</li> </ol>
<b>SEZIONE E: INFORMAZIONI SULLA PRESENZA DI MALFORMAZIONI</b>		
88	<b>MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 1</b>	Indicare la condizione morbosa principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> )(*)
89	<b>MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 2</b>	Indicare la condizione morbosa principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> )(*)
90	<b>MALFORMAZIONE DIAGNOSTICATA 3</b>	Indicare la condizione morbosa principale del feto utilizzando il codice ICD 9 CM ( <i>5 caratteri</i> )(*)
91	<b>CARIOTIPO DEL NATO (SE EFFETTUATO PRIMA DELLA NASCITA)</b>	Specificare per esteso la diagnosi citogenetica effettuata al fine di identificare anomalie cromosomiche numeriche e strutturali ( <i>40 caratteri</i> ). In caso di assenza di anomalie nel cariotipo effettuato indicare <b>"normale"</b> . Voce da non compilare in caso di mancata effettuazione del cariotipo prima della nascita.
92	<b>ETÀ GESTAZIONALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE</b>	Indicare l'età di gestazione, in settimane compiute ( <i>2 caratteri</i> ) in cui è stata diagnosticata la malformazione. In caso di malformazioni multiple, fare riferimento alla malformazione principale.
93	<b>ETÀ NEONATALE ALLA DIAGNOSI DI MALFORMAZIONE</b>	Indicare l'età neonatale, in giorni compiuti ( <i>2 caratteri</i> ) in cui è stata diagnosticata la malformazione. In caso di malformazioni multiple, fare riferimento alla malformazione principale. Non compilare nel caso in cui la malformazione sia stata diagnosticata in epoca gestazionale.
94	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI FRATELLI/SORELLE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei fratelli/sorelle ( <i>1 carattere</i> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. SI</li> <li>2. NO</li> </ol>

Il profilo assistenziale del neonato sano

95	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI MADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nella madre <i>(1 carattere)</i> : 1. SI 2. NO
96	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI PADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nel padre <i>(1 carattere)</i> : 1. SI 2. NO
97	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI MADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei genitori madre <i>(1 carattere)</i> : 1. SI 2. NO
98	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI GENITORI PADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni nei genitori padre <i>(1 carattere)</i> : 1. SI 2. NO
99	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI MADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni in altri parenti madre <i>(1 carattere)</i> : 1. SI 3. NO
100	<b>EVENTUALI MALFORMAZIONI ALTRI PARENTI PADRE</b>	Indicare la presenza o assenza di malformazioni in altri parenti padre <i>(1 carattere)</i> : 1. SI 2. NO
101	<b>MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 1</b>	Utilizzare il codice ICD 9 CM <i>(5 caratteri)</i> per la malattia rilevante insorta durante la gravidanza. (*)
102	<b>DESCRIZIONE MALATTIA 1</b>	Descrizione malattia 1 <i>(40 caratteri)</i> .
103	<b>MALATTIE INSORTE IN GRAVIDANZA 2</b>	Utilizzare il codice ICD 9 CM <i>(5 caratteri)</i> per la malattia rilevante insorta durante la gravidanza. (*)
104	<b>DESCRIZIONE MALATTIA 2</b>	Descrizione malattia 2 <i>(40 caratteri)</i> .

(\*) **N.B.** Le informazioni di carattere clinico riguardanti la madre, il feto e il nato, devono essere specificate per esteso e codificate utilizzando le voci e i codici della Classificazione delle Malattie, dei Traumatismi, degli Interventi chirurgici e delle Procedure diagnostiche e terapeutiche ICD 9 CM e successivi aggiornamenti. In generale, assegnare il codice a *5 caratteri*; solo quando ciò non è possibile, utilizzare codici a *4 caratteri*. Per la descrizione sono disponibili *40 caratteri*.

"Il certificato viene redatto, non oltre il decimo giorno dalla nascita, a cura dell'Ostetrica/o del Medico che ha assistito al parto o del Medico responsabile dell'unità operativa in cui è avvenuta la nascita, per le sezioni A, B e C; a cura del Medico accertatore per le sezioni D e E" **(art. 1, punto 4 del decreto 16 luglio 2001, n. 349)**.

**Le nuove informazioni (aggiunte e/o diversamente articolate rispetto allo schema ministeriale) sono riportate in corsivo grassetto**

## **Vaccinazione anti-epatite B**

Circolare n. 19 del 30 novembre 2000  
Protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale B  
(DM 20 novembre 2000)

### ***Premessa***

A distanza di circa 3 anni dall'ultima revisione del protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale B, sentita anche la Commissione di esperti in materia di vaccinazioni istituita con DM 20 ottobre 1997, si è inteso procedere a un aggiornamento del protocollo per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale nei nuovi nati, negli adolescenti e negli adulti, appartenenti o meno a categorie a maggiore rischio di infezione da virus dell'epatite B, con alcune puntualizzazioni per quanto concerne la somministrazione delle dosi di richiamo, la valutazione della risposta immunitaria dopo la vaccinazione, l'esecuzione della profilassi post-esposizione.

### ***Vaccinazione dei neonati che debbono effettuare le vaccinazioni dell'obbligo***

Nel protocollo viene ribadito che il ciclo di vaccinazione, nei nuovi nati, è diversificato a seconda che i bambini siano nati da madre negativa o positiva per l'HBsAg.

### ***Vaccinazione dei neonati nati da madre HBsAg-negativa***

Il ciclo vaccinale, come specificato anche nel DM 7 aprile 1999, va iniziato nel corso del 3° mese di vita, a partire dal compimento dell'8ª settimana, in concomitanza con l'avvio dei cicli vaccinali di base delle altre vaccinazioni obbligatorie e raccomandate e completato, auspicabilmente, prima del compimento del primo anno di vita.

### ***Vaccinazione dei neonati nati da madre HBsAg-positiva***

Nei neonati nati da madre HBsAg-positiva (si ricorda che il test per la ricerca dell'antigene di superficie del virus dell'epatite virale B è obbligatorio, e gratuito, nel terzo trimestre di gravidanza, secondo quanto disposto dall'art 5 della Legge 165/1991 e dal DM 10 settembre 1998); la vaccinazione contro l'epatite virale B va iniziata alla nascita, al massimo entro le prime 24 ore di vita con contemporanea somministrazione, insieme alla prima dose del ciclo vaccinale, di immunoglobuline specifiche antiepatite B.

In caso di mancanza di immunoglobuline specifiche per via intramuscolare, è possibile utilizzare, a scopo profilattico nei neonati, anche le immunoglobuline specifiche per via endovenosa, conformemente a quanto riportato nei foglietti illustrativi di ogni singolo prodotto.

### ***Vaccinazione di soggetti di età inferiore a 16 anni***

Nei soggetti fino a 16 anni di età, sia appartenenti alla coorte dell'obbligo (fino al 2003) sia appartenenti ai gruppi a rischio indicati nel DM 4 ottobre 1991 e successive modifiche e integrazioni, il calendario della vaccinazione contro l'epatite virale B prevede tre dosi, da somministrare ai tempi 0, 1, 6 mesi, con utilizzazione della formulazione pediatrica dei vaccini in commercio in Italia.

### ***Vaccinazione di adulti***

Analogo calendario, con utilizzazione della formulazione per adulti, deve essere seguito per la vaccinazione di soggetti di età superiore a 16 anni.

### ***Intervalli tra dosi, interruzione del ciclo vaccinale***

Ai fini di una adeguata risposta immunitaria nei soggetti di tutte le età, va ricordato come sia necessario lasciare trascorrere un intervallo di non meno di quattro settimane tra una somministrazione e l'altra; le dosi somministrate ad intervalli inferiori non vanno considerate ai fini del completamento del ciclo vaccinale.

In linea generale, il prolungamento degli intervalli tra le somministrazioni comporta una risposta più efficiente in termini di titoli anticorpali; in caso di momentanea interruzione del ciclo di somministrazioni, non è necessario che questo venga ripreso *ex novo* se non sono trascorsi più di dodici mesi tra la prima e la seconda dose, e più di cinque anni tra la seconda e la terza dose.

### ***Richiami***

Nel protocollo viene specificato come, sia nel caso dei nuovi nati che dei ragazzi e degli adulti, non è necessario procedere alla somministrazione di dosi di richiamo di vaccino contro l'epatite virale B una volta che sia stato completato il ciclo vaccinale di base.

Studi epidemiologici hanno dimostrato la persistenza anche a distanza di anni della protezione conferita dalla vaccinazione nei confronti della malattia e dello stato di portatore cronico, anche in assenza di anticorpi a titoli dosabili.

In particolare, nei neonati nati da madre HBsAG-positiva non sono stati osservati casi di malattia, laddove la vaccinazione e la profilassi con immunoglobuline sono state correttamente eseguite alla nascita, nonostante la persistenza di esposizione a rischio di infezione.

### ***Valutazione della risposta anticorpale in particolari categorie di persone***

#### *Valutazione della risposta anticorpale nel personale sanitario*

Negli operatori sanitari che abbiano contatti con pazienti o con materiale ematico e altri fluidi biologici, e che siano esposti continuamente al rischio di lesioni con aghi o strumenti taglienti, è opportuna l'esecuzione di un test, anche solamente qualitativo, per la valutazione della risposta anticorpale a distanza di 1-2 mesi dall'ultima dose del ciclo vaccinale di base.

Tale test non è invece indicato per i nuovi nati, gli adolescenti e gli adulti, mentre, anche a fini medico-legali e di valutazione dell'idoneità lavorativa specifica, è opportuna la sua esecuzione nelle persone vaccinate nel passato, al momento dell'inizio dell'attività come operatore sanitario.

Qualunque sia il tempo trascorso dal completamento del ciclo primario di vaccinazione, in caso di positività del test per la ricerca degli anticorpi anti-HBs, non sono necessarie dosi di richiamo della vaccinazione contro l'epatite virale B né ulteriori controlli dello stato immunitario.

In caso di negatività del test per la ricerca degli anti-HBs, negli operatori sanitari è indicata la somministrazione di una quarta dose di vaccino contro l'epatite virale B, con ulteriore valutazione del titolo anticorpale a distanza di 1-2 mesi.

In caso di persistenza di negatività del test, non sono indicate ulteriori somministrazioni di vaccino (vedi schema riportato in allegato).

È consigliabile, in questi casi, procedere alla ricerca della presenza dell'HBsAg.

Il soggetto che non ha risposto alla vaccinazione deve essere considerato suscettibile all'infezione da virus dell'epatite B ed essere informato circa la necessità, in caso di esposizione accidentale al virus, di profilassi post-esposizione basata sulla somministrazione di immunoglobuline specifiche.

#### *Valutazione della risposta anticorpale in emodializzati ed immunocompromessi*

La valutazione della risposta anticorpale è indicata anche nelle persone sottoposte ad emodialisi o immunodepresse, che potrebbero rispondere in maniera non ottimale, o non rispondere affatto alla vaccinazione, seguendo le modalità indicate nel paragrafo precedente e sintetizzate nello schema riportato in allegato.

Per la vaccinazione dei soggetti emodializzati o immunocompromessi è indicata, per ogni fase del ciclo primario di vaccinazione, l'utilizzazione di una dose doppia di vaccino, ovvero delle preparazioni vaccinali apposite disponibili in commercio, tenendo presente che il quantitativo di alluminio non deve superare 1,25 mg per somministrazione.

### ***Trattamento post-esposizione***

Lo schema di trattamento profilattico post-esposizione è diverso a seconda che le persone siano state o meno vaccinate in precedenza contro l'epatite virale B.

Nelle persone vaccinate in precedenza e di cui non si conoscano i dati in risposta al ciclo primario di immunizzazione, si consiglia, in caso di esposizione accidentale a virus dell'epatite B, la somministrazione di immunoglobuline specifiche insieme ad una dose di vaccino, con esecuzione del test anti-HBs a distanza di almeno un mese.

Per le persone non vaccinate il trattamento post-esposizione prevede, oltre alle immunoglobuline specifiche, il ciclo accelerato di vaccinazione, con somministrazione del vaccino ai tempi 0, 1, 2 mesi, con dose di rinforzo dopo 6-12 mesi a distanza dalla terza dose.

Le immunoglobuline specifiche vanno somministrate contemporaneamente alla prima dose di vaccino, in sede corporea e con siringhe diverse.

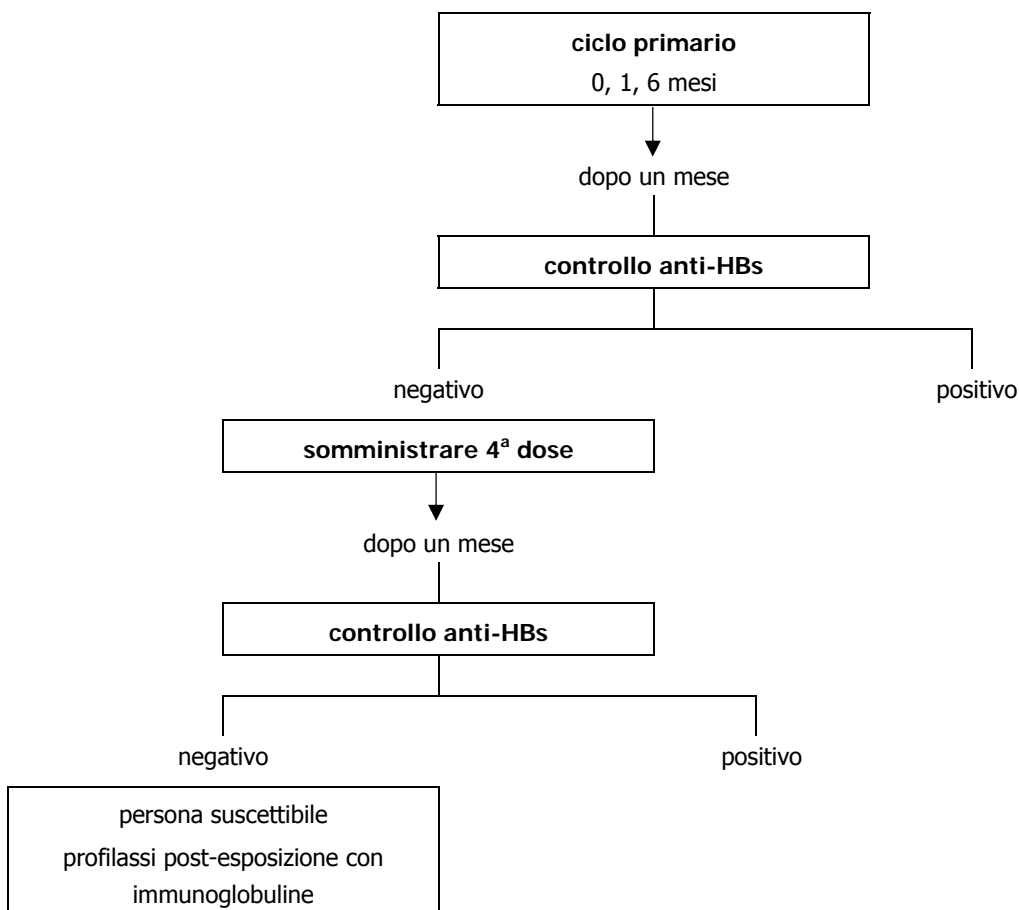
In caso di mancanza delle immunoglobuline specifiche per via intramuscolare, è possibile utilizzare a scopo profilattico anche le immunoglobuline specifiche per via endovenosa, conformemente a quanto riportato nei foglietti illustrativi di ogni singolo prodotto.

LV

DC

**Allegato 1.**

**Schema di comportamento per l'esecuzione della vaccinazione contro l'epatite virale B in particolari categorie di persone (operatori sanitari con continue esposizioni a rischio di lesioni da strumenti taglienti, immunodepressi, emodializzati)**



Fonte Ministero della salute

*Il testo di questo documento non riveste carattere di ufficialità e non è sostitutivo in alcun modo della pubblicazione ufficiale cartacea.*



## **Parte 2.**

# **Buone pratiche**



# Dimissione concordata e appropriata della madre e del neonato

## Aspetti teorici e organizzativi <sup>1</sup>

### Definizioni, requisiti, indicazioni EBM

Quanto deve durare il ricovero in ospedale di madre e bambino dopo il parto?

Si è arrivati gradualmente a 3-4 giorni dopo un parto spontaneo e 5-6 giorni dopo un taglio cesareo, con alcune eccezioni in alcuni casi di parto operativo.

Sembra oggi esserci un generale accordo sul concetto che se vi è una patologia della madre o del bambino, è necessaria una permanenza in ospedale fino alla guarigione o fino a quando il trattamento non possa essere continuato a domicilio.

Ciò che rende adeguata ed efficace l'assistenza è l'appropriatezza delle dimissioni, non semplicemente la loro precocità.

Una dimissione è concordata e appropriata quando tiene conto delle esigenze e della volontà della madre e delle necessità cliniche in rapporto all'offerta assistenziale, anche territoriale.

Si definisce protetta ogni forma di dimissione che prevede l'assistenza domiciliare nella prima parte del puerperio: essa può essere precoce (fra le 24 e le 48 ore dal parto) oppure molto precoce (prima delle 24 ore).

Numerosi studi di efficacia o presentazioni di esperienze operative hanno valutato i vantaggi e gli svantaggi della dimissione precoce di madre e bambino dopo il parto. In generale però i lavori presentano difetti metodologici, tali che non è possibile al momento ottenere conclusioni epidemiologiche valide pro o contro tale tipo di dimissione.

D'altra parte, le esperienze sviluppate nel tempo e in vari paesi - anche in Italia - suggeriscono che è operativamente possibile avviare progetti di dimissione precoce organizzati secondo criteri di selezione appropriati, seguiti da *follow up* domiciliare di madre e bambino per alcuni giorni e concordati fra gli operatori dell'ospedale, del territorio e la famiglia.

La dimissione precoce può essere sicura come la dimissione dopo una degenza convenzionale se esistono i seguenti requisiti:

- criteri ben definiti di inclusione delle donne;
- programmi di educazione sulla dimissione precoce svolti in gravidanza e/o in ospedale prima della dimissione;
- assistenza domiciliare in puerperio.

---

<sup>1</sup> Enzo Esposito, Oriana Gasperoni, Giancarlo Piccinini, Luca Casadio, Giuseppe Sintini, Carmelo Bucolo, Giovanni Grazia, Eugenio Di Ruscio. Azienda USL di Ravenna.

Il tema della dimissione precoce si presta anche ad alcune considerazioni economiche.

Il costo del ricovero ospedaliero è gravato da molti componenti non facilmente valutabili (personale, strumenti tecnologici a disposizione dei reparti di degenza e delle sale operatorie per le emergenze chirurgiche, test di laboratorio, ....); anche il costo dell'assistenza dopo la dimissione precoce non è facilmente stimabile in quanto, oltre le visite domiciliari, è comunque necessaria la disponibilità dell'ospedale per le eventuali emergenze che dovessero insorgere dopo il ritorno a casa. Complessivamente, non esistono dati sufficienti per chiarire se la dimissione precoce determina un incremento o una riduzione dei costi rispetto alla dimissione convenzionale.

In questo contesto, fatto di molte domande e poche certezze, l'Organizzazione mondiale della sanità - per incoraggiare l'utilizzo delle modalità assistenziali di dimostrata efficacia in gravidanza, parto e puerperio e per promuovere l'abbandono delle modalità assistenziali inutili o dannose - ha pubblicato raccomandazioni per gli operatori e, dalla metà degli anni '90, una guida pratica all'assistenza del parto fisiologico e una guida pratica all'assistenza della madre e del neonato nel *post partum*.

## **Raccomandazioni OMS per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato**

Le Raccomandazioni sono state prodotte dopo un lungo lavoro interdisciplinare fra infermieri, medici neonatologi, medici ostetrici, pediatri, ostetriche, vigilatrici d'infanzia, e sono state approvate collegialmente dalle diverse Società in una Conferenza di consenso. Più che da considerazioni di carattere economico, queste raccomandazioni sono motivate dal riconoscimento di specifiche esigenze della diade madre-neonato e dalla sempre maggiore tendenza alla de-ospedalizzazione del periodo *post partum*, associata a un miglioramento della offerta assistenziale.

Esse concentrano l'attenzione sul puerperio e sul neonato nel suo complesso, in particolare nelle prime 2-3 settimane di vita. Ciò costituisce la garanzia di un'assistenza importante e rilevante sia per la madre (crisi di stanchezza, difficoltà di allattamento, *post partum blues*, depressioni *post partum*, ecc.) sia per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero, infezioni, evidenziazione di anomalie congenite, ecc.), sia infine per l'instaurarsi della loro relazione all'interno della nuova famiglia (possibilità di distorsioni relazionali precoci).

La validità di queste raccomandazioni, rivolte a tutti gli operatori sanitari implicati nell'assistenza alla gravidanza e alla madre e al neonato e agli amministratori, è che possono essere utilizzate come strumenti di informazione per l'utenza, si basano - ove disponibili - sulle evidenze scientifiche, e sono il risultato del consenso tra diversi operatori professionali con ampia esperienza.

Esse sono coerenti con il Progetto obiettivo materno-infantile del Ministero della sanità (PSN 1998-2000), ma vanno adattate alle realtà locali.

### ***Obiettivi delle Raccomandazioni***

L'obiettivo generale è fornire sostegno e assistenza alla madre e al neonato nelle prime settimane di vita, al fine di promuovere la fisiologia dell'adattamento post-natale, l'allattamento al seno, la prevenzione e la diagnosi tempestiva di patologia, organica e relazionale, e il benessere della famiglia. Almeno tre sono gli aspetti prioritari per raggiungere l'obiettivo generale:

- facilitare il contatto precoce e *rooming in 24 ore su 24* e fin dal momento della nascita, salvaguardando la relazione tra genitori e bambino;
- offrire l'opportunità di una permanenza breve in ospedale quando esista la reale possibilità delle cure extraospedaliere necessarie durante i giorni successivi alla dimissione;
- programmare piani di assistenza caratterizzati dalla personalizzazione e dalla continuità degli interventi, in cui si tenga conto degli orientamenti e delle preferenze della donna e che siano svolti da operatori integrati tra loro (prima, durante e dopo la nascita).

Vi sono poi alcune azioni da rivolgere ai genitori come prerequisiti per raggiungere gli obiettivi specifici delle raccomandazioni. Si tratta soprattutto di fornire:

- informazioni esaurienti per ottenere in tempi utili i contatti con i Servizi (Carta dei servizi, *depliant* illustrativi, cartella clinica della gravidanza, colloqui individuali di rinforzo, a partire dall'inizio della gravidanza ad opera degli operatori dei vari Servizi e del pediatra di famiglia, che si attivino a catena);
- informazioni su gravidanza, parto e nascita, allattamento al seno e accudimento del neonato (nozioni di puericultura), attraverso l'offerta di incontri collettivi o individuali e l'uso di supporti didattici, in risposta alle richieste della madre, possibilmente entro il settimo mese, soprattutto presso il Consultorio o nel privato accreditato o nel Punto nascita;
- supporto in situazioni di disagio socioculturale e ambientale o di rischio psico-relazionale, con aiuti pratici (per esempio sussidi anche economici), informativi e assistenziali mirati, non appena possibile, attraverso l'intervento degli operatori dei servizi sociali e di igiene mentale e delle mediatrici culturali, su segnalazione specifica.

**Box 1.** Dettaglio degli obiettivi specifici delle raccomandazioni OMS e delle azioni collegate

---

**Garantire informazioni sulla salute riproduttiva e i diritti della donna**

Favorire la maternità e paternità responsabili	Produzione di materiale informativo dedicato
Garantire informazioni sulla salute riproduttiva e i diritti della donna	Informare su allattamento precoce <i>Rooming in 24 ore su 24</i>
Favorire buone relazioni precoci madre-bambino	Corsi di accompagnamento alla nascita
Favorire l'allattamento al seno	Corsi in puerperio

**Promuovere il parto fisiologico e umanizzato**

Promozione dell'allattamento al seno	<i>Rooming in 24 ore su 24</i>
Incremento, nel corso del triennio della percentuale di allattamento precoce al seno (entro le 24 ore)	Attivazione di percorsi facilitanti il contatto madre-bambino nel primo puerperio
Verifica di iniziative di promozione della pratica dell'allattamento al seno oltre il 3° mese	
Promozione di interventi di sostegno alla maternità e all'allattamento al seno	Attivazione di percorsi facilitati in puerperio (a domicilio)
Dimissione concordata e appropriata	Attivazione della rete sanitario-ospedaliera-territoriale-sociale per il rientro a domicilio della madre e del neonato

**Adottare linee guida scritte, aggiornate e aggiornabili, di formalizzazione dell'assistenza**

Adottare linee guida scritte, aggiornate e aggiornabili, di formalizzazione dell'assistenza	UO e Distretti devono possedere linee guida scritte, con i dettagli dei protocolli clinici sull'assistenza
---	--

**Curare aggiornamento e formazione permanente di tutto il personale**

Curare aggiornamento e formazione permanente di tutto il personale	UO e Distretti devono assicurarsi che tutto il personale medico e non medico che si prende cura delle gestanti, partorienti e puerpere riceva orientamenti sulle procedure efficaci e appropriate. Lo stesso dovrebbe essere fatto verso le procedure nocive, inappropriate e da sottoporre ad ulteriore verifica di efficacia (EBM)
--	--

**Possedere un archivio e un sistema informativo**

Possedere un archivio e un sistema informativo	Punti nascita e Consultori familiari sono tenuti ad eseguire l'analisi statistica periodica dei dati per la determinazione e misurazione degli indicatori di salute materno-perinatale
--	--

**Individuare e validare periodicamente gli indicatori di salute materna e perinatale**

Individuare e validare periodicamente gli indicatori di salute materna e perinatale	Promuovere studi per individuare indicatori che in modo "robusto" descrivano qualità, efficacia e appropriatezza delle cure
---	---

---

### ***Criteria per la dimissione della madre e del neonato: dimissione concordata e appropriata***

La madre dovrebbe essere informata durante la gravidanza su protocolli e modalità assistenziali attuati nei vari Punti nascita, sia per il parto che per il *post partum* e il puerperio (esistenza o meno di assistenza extraospedaliera fornita dagli operatori del territorio), con specifico riferimento al diritto al supporto emotivo costante durante travaglio, parto, *post partum* e puerperio, alla possibilità di stare con il neonato nel *post partum*, al *rooming in* (sottolineandone i vantaggi per l'adattamento materno/neonatale, l'attaccamento e l'allattamento al seno). La donna dovrebbe anche essere informata dei fenomeni fisiologici del neonato e dei suoi possibili problemi nei primi giorni di vita.

Il momento della dimissione della madre e del neonato va concordato con lei; in assenza di indicazioni mediche o sociali a prolungare la degenza e in presenza di una reale possibilità di assistenza extraospedaliera, per la dimissione dovrebbe esserci solo un limite di degenza massima (3 o 4 giorni nel parto vaginale e 6 o 7 giorni nel cesareo) e non minima.

In caso di dimissione ospedaliera appropriata prima delle 48 (72) ore, ci si dovrebbe basare sulle caratteristiche peculiari di ciascuna madre e del suo neonato (vedi anche i criteri di dimissibilità pubblicati in questo Dossier, p. 23), considerando in particolare il desiderio e la salute della madre, la salute e la stabilità del neonato, l'adeguatezza delle condizioni socio-sanitarie, della struttura abitativa e del supporto domiciliare, la disponibilità di un'adeguata assistenza sanitaria nel puerperio e nel periodo neonatale.

Sicuramente possono considerarsi fattori che favoriscono la dimissione ospedaliera appropriata prima delle 48 (72) ore la pluriparità, l'aver avuto esperienze precedenti di allattamento al seno, e l'aver frequentato un corso di accompagnamento alla nascita in cui siano stati spiegati i fenomeni fisiologici e i possibili problemi nei primi giorni di vita di un neonato.

### **Aspetti organizzativi dell'assistenza sul territorio**

Per garantire la continuità assistenziale dopo la nascita va offerta un'assistenza ostetrica e pediatrica territoriale, di cui la puerpera deve essere informata prima della dimissione, eventualmente anche dalla stessa ostetrica che l'ha seguita durante la gravidanza. In questo modo è già possibile, prima della dimissione dall'ospedale, concordare la data dei primi appuntamenti e fornire il nominativo degli operatori e dei servizi incaricati.

Devono essere fornite informazioni sull'iscrizione del neonato al pediatra di famiglia, sull'eventuale effettuazione di *screening* o di altre procedure non di competenza strettamente medica, compreso il supporto pratico per l'allattamento al seno.

Il Distretto sanitario garantisce quanto sopra, in accordo con il Punto nascita e la Pediatria di famiglia.

Nei casi di dimissione entro le 48 ore, l'ostetrica effettua la prima visita entro 24 ore dalla dimissione ospedaliera. L'osservazione, la valutazione e il supporto domiciliare vengono offerti in modo personalizzato, con particolare riguardo alle eventuali necessità di assistenza successiva.

I contenuti tecnici dell'assistenza restano da definire in accordo con l'Unità operativa ospedaliera di riferimento, per lo meno nei primi 7 giorni e in armonia con quanto già indicato. Da parte del Distretto sanitario l'offerta deve essere attiva anche in caso di problematiche specifiche che richiedono l'apporto di servizi e operatori diversi da quelli già menzionati.

Dato il costante incremento degli stranieri di varia etnia e cultura, è sempre più opportuno l'utilizzo della figura della mediatrice culturale con compiti di informazione sui servizi, promozione della comunicazione, coinvolgimento e sostegno delle donne immigrate, dei bambini e delle loro famiglie, valorizzazione della loro presenza finalizzato alla promozione dell'integrazione sociale.

È importante e fondamentale che, in fase di impianto del servizio, gli aspetti tecnici e operativi siano concordati fra i responsabili dei servizi interessati, con la partecipazione degli operatori coinvolti, prevedendo - quando opportuno - incontri di aggiornamento e di definizione comune dei percorsi assistenziali; incontri periodici per la verifica del servizio offerto sono auspicati con cadenza almeno annuale.



## **Box 2.** Procedura per la dimissione concordata presso l'Azienda USL di Ravenna

---

L'ostetrica del territorio è presente alla dimissione delle puerpere e spiega o ricorda loro, se esse hanno già frequentato i corsi di accompagnamento alla nascita, l'organizzazione della dimissione precoce e protetta e come beneficiarne. Questo momento è molto importante perché permette di valutare le condizioni delle puerpere che si andranno a visitare a domicilio ed è un approccio fondamentale per stabilire eventuali priorità socio-sanitarie e quali bilanci di salute.

### ***L'ostetrica consegna:***

- un modulo per la "presa in carico da parte del pediatra di famiglia". Con esso la donna, il compagno o i suoi familiari possono prendere accordi col pediatra scelto, a cui viene richiesto di sottoscrivere il modulo. Una volta firmato, il modulo deve essere consegnato al momento della dimissione del bambino;
- un opuscolo informativo aziendale sull'allattamento *Scegliere di allattare al seno*;
- una *brochure* con i numeri telefonici di reperibilità del personale ostetrico aziendale coinvolto nel percorso (compreso il numero di un cellulare attivo dal lunedì al sabato dalle ore 9 alle ore 13).

La dimissione dopo le 72 ore viene considerata non protetta.

La scelta del pediatra di famiglia può avvenire dopo che il neonato è stato registrato all'anagrafe e quando si è in possesso del suo codice fiscale.

In alcuni casi possono essere presenti problemi segnalati dall'ostetrica o dal medico dell'UO che richiedono ugualmente un bilancio di salute domiciliare entro la prima settimana di vita del neonato da parte dell'ostetrica o del pediatra di famiglia.

### ***Dimissione precoce: dimissione tra le 24 e le 48 ore concordata con la madre***

- Presa in carico dell'ostetrica territoriale: avviene in reparto, assistendo alle visite di dimissione e tenendo conto delle varie dinamiche presenti, del tipo di puerperio e degli eventuali problemi aperti. Vengono acquisite le informazioni (anamnesi, domicilio, telefono) utili a reperire la signora nelle prime 48 ore dalla dimissione. Ci si accorda sull'orario per effettuare la visita: il controllo va eseguito a domicilio nelle prime 24-48 ore dalla dimissione (a 48 ore solo in caso di festività o seri problemi di servizio).
- Successive visite, se occorrono, verranno fissate durante la prima visita o telefonicamente nel momento in cui subentra il problema.
- Esecuzione a domicilio dello screening endocrino-metabolico, in quanto talvolta anche il nato a termine non si è ancora alimentato adeguatamente; una volta eseguito lo *screening*, il cartoncino verrà riconsegnato alla responsabile del Nido di ogni Punto nascita che provvederà a registrarlo e a inviarlo a Bologna.
- La prima visita del pediatra di famiglia verrà eseguita entro 48-72 ore dalla dimissione, comunque entro la prima settimana di vita.

### ***Dimissione protetta: dimissione tra le 48 e le 72 ore, concordata con la madre***

- Presa in carico dell'ostetrica territoriale con le stesse modalità di cui sopra.
- Lo *screening* endocrino-metabolico viene eseguito prima della dimissione.
- Scelta del pediatra di famiglia. Se i genitori hanno avuto un contatto col pediatra dopo la nascita del piccolo, raccogliendo il suo benessere (la presa in carico), non occorre altro per la dimissione.

***I compiti di valutazione e implementazione sono del responsabile del percorso.***

---

## Riferimenti bibliografici

- Bertino E., Fungi S., Leone A., Simonitti A., Gennari E., Monz H., Olivetti M., Visentin L., Arduino S., Renosio M., D'Ambrosio L., Tosetto D., Fabris C. Dimissione precoce protetta del neonato e della madre: studio caso-controllo. *Atti del congresso La nascita alle soglie del 2000. Dove, come, quando*. Torino, Edizioni scientifiche MAF servizi, 1999, pp. 143-149.
- Bonadeo O. Dimissione precoce e protetta, esempio di integrazione tra ospedale e territorio. *Nascere*, 77: 30, 1999.
- Brown S., Lumley J., Small R. Early obstetric discharge: does it make a difference to health outcomes? *Paediatr Perinat Epidemiol*, 12 (1): 49-71, 1998.
- Donati S., Spinelli A., Grandolfo M.E., Baglio G., Andreozzi S., Pediconi M., Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità*, 2: 289-296, 1999.
- Gibson E., Meddoff-Cooper B., Nuamah I.F., Gerdes J., Kirkby S., Greenspan J. Accelerated discharge of low birth weight infants from neonatal intensive care: a randomised, controlled trial. The Early Discharge Study Group. *J Perinatol*, 18 (6 Pt 2 Su): S17-S23, 1998.
- Grullon K.E., Grimes D.A. The safety of early postpartum discharge: a review and critique. *Obstet Gynecol*, 90: 860-865, 1997.
- Hodnett E.D. Continuity of caregivers during pregnancy and childbirth. In Neilson J.P., Crowther C.A., Hodnett E.D., Hofmeyr G.J. (eds.). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews* [updated 2 December 1997]. Available in The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford, 1998.
- La Gamba P. Le dimissioni appropriate del neonato sano. *Salute e territorio*, 116: 261-265, 1999.
- Odelram H., Nilsson B., Pehrsson-Lindell D., Ljungkvist E. Early discharge after delivery, a safe and cost-effective form of care. *Lakartidningen*, 95 (28-29): 3190-3194, 1998.
- Ontario Women's Health Council. Caesarean Section. *Attaining and Maintaining Best Practices in the Use of Caesarean Sections. An Analysis of Four Ontario Hospitals*. Report of the Working Group. Ontario Women's Health Council, 2000.
- Rapisardi G., Pierattelli M., Tamburlini G. Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. Documento approvato dalle Società ACP, SIN, SIP, FIMP, SIPPS, SIMP, Società Europea di Medicina Perinatale, SIGO, AOGOI, Andria, SIPPO, Federazione Nazionale Collegi delle Ostetriche, Associazione Nazionale Culturale Ostetriche Parto a Domicilio, SOI, Federazione Nazionale Collegi IPASVI. *Medico e bambino*, 1: 35-43, 2000.
- Renfrew M.J., Lang S. Early versus late discharge from hospital after childbirth (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, Oxford, 1999.

- Villar J., Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. In Neilson J.P., Crowther C.A., Hodnett E.D., Hofmeyr G.J. (eds.). *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic Reviews* [updated 2 December 1997]. Available in The Cochrane Library [database on disk and CDROM]. The Cochrane Collaboration; Issue 1. Oxford, 1998.
- WHO. *Antenatal Care*. Publication no WHO/FRH/MSM/96.8. Geneva, 1996.
- WHO. *Care in Normal Birth: a Practical Guide*. Publication no WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva, 1996.
- WHO. *Selecting Reproductive Health indicators*. Publication no WHO/RHT/HRP/97.25. Geneva, 1997.
- WHO. *Monitoring Reproductive Health: Selecting a short list of national and global indicators*. Publication no WHO/RHT/HRP/97.26. Geneva, 1997.
- WHO. *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide*. Geneva, 1998.
- WHO. *The world health report 2005. Make every mother and child count*. Geneva, 2005. [http://www.who.int/whr/2005/whr2005\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2005/whr2005_en.pdf)



## Dimissioni protette<sup>2</sup>

La dimissione protetta consiste nella presa in carico tempestiva del neonato sano da parte del pediatra di libera scelta per garantire continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio con il supporto dell'intervento domiciliare dell'ostetrica o assistente sanitaria dell'UO Salute donna e infanzia. L'intervento integrato del pediatra di libera scelta e del personale infermieristico dell'UO Salute donna e infanzia si pone inoltre l'obiettivo della promozione dell'allattamento al seno e dell'individuazione di situazioni che possono influire sulla relazione madre-bambino e/o sul normale sviluppo psicofisico del neonato.

### Premessa

Il processo di demedicalizzazione dell'assistenza alla gravidanza fisiologica ha portato ad una progressiva riduzione della degenza ospedaliera *post partum*.

I dati della letteratura sulla dimissione precoce (entro 48 ore di vita), pur non permettendo di stabilire la durata ottimale del soggiorno in ospedale, sembrano dimostrare l'importanza di controlli a breve termine fatti da operatori che si recano a domicilio.

### Obiettivo generale

L'obiettivo generale del progetto è quello di tutelare lo stato di benessere psicofisico di tutte le donne e dei loro neonati, dimessi prima della 72<sup>a</sup> ora dall'avvenuto parto spontaneo, o dimessi alla 72<sup>a</sup>-84<sup>a</sup> ora dall'avvenuto parto cesareo utilizzando l'intervento del pediatra di famiglia e dell'ostetrica o ASV del Distretto dopo la dimissione.

Scopo finale è favorire il rientro della puerpera e del suo bambino a domicilio, garantendo la continuità dell'assistenza tra ospedale e territorio attraverso l'offerta di cure ambulatoriali e domiciliari.

---

<sup>2</sup> Azienda USL di Forlì.

## **Obiettivi specifici**

Organizzazione del percorso:

- pre-parto
- intra-ospedaliero
- domiciliare

### ***Percorso pre-parto***

Fin da questo momento dovrà essere fornita alle future mamme una corretta informazione sulla nascita e su tutto il percorso ospedaliero e di assistenza domiciliare da parte dei Servizi sanitari territoriali.

Dovrà quindi essere illustrata la proposta di dimissione protetta con la presa in visione del progetto.

Prima della nascita dovranno inoltre essere spiegate le modalità per l'acquisizione del pediatra di famiglia, che sarà poi responsabile della salute del bambino.

La buona riuscita del progetto Dimissioni protette poggia inequivocabilmente sulla chiarezza e sicurezza del percorso che dovrà essere spiegato alle madri.

Le figure impegnate in questa fase formativa e didattica sono il ginecologo, l'ostetrica, il pediatra ospedaliero, il pediatra di famiglia, il pediatra e l'ASV di comunità. Tali figure dovranno fornire una uniformità di informazione per rendere più agevole la comprensione da parte dell'utenza.

### ***Percorso intra-ospedaliero***

L'organizzazione dell'assistenza nel *post partum* deve essere tale da permettere ai neogenitori di avere accanto il bambino per tutto il tempo che lo desiderano, in modo da favorire la reciproca conoscenza. Questo accorgimento, accanto a un precoce coinvolgimento dei genitori stessi nella *care* del figlio e a un valido supporto all'allattamento, sono prerequisiti al contenimento della durata della degenza.

### ***Consenso del pediatra di base***

All'atto della dimissione precoce, i genitori presentano al pediatra ospedaliero un modulo (scheda di accettazione) firmato dal pediatra di base che si assume la responsabilità della presa in carico del neonato. Con questa azione il pediatra di base accetta di sottoporre il neonato a visita entro 48-72 ore dalla dimissione (in concomitanza di festività entro 5 gg) con compilazione di valutazione neonatologica post-dimissione. La scheda verrà inserita nel libretto pediatrico personale.

In caso non vi sia la presa in carico da parte del pediatra di base, ma sussistano le condizioni per una dimissione precoce, il bambino potrà essere rivisto dopo pochi giorni in ambito ospedaliero.

### ***Percorso domiciliare***

Al momento della dimissione le madri non devono avere l'impressione che il rapporto assistenziale si interrompa, ma devono sapere di poter contare su pediatra di base e ostetriche/ASV, che le rivedono dopo poco.

## **Programma operativo**

Visita del pediatra di base

entro 72 ore dalla dimissione, o entro 5 giorni in caso di più giornate festive consecutive. Compilazione della scheda di valutazione neonatologica post-dimissione; la scheda verrà inserita nel libretto pediatrico del bambino.

Percorsi facilitati per consulenze specialistiche intra-ospedaliere

qualora i pediatri di famiglia durante le loro visite riscontrassero problematiche degne di approfondimento in ambito ospedaliero, potranno usufruire di canali preferenziali durante le ore diurne previa telefonata al Reparto di pediatria.

Visita dell'ostetrica /ASV a domicilio entro 7 giorni dalla dimissione

le ostetriche/ASV visiteranno a domicilio la puerpera in orario di servizio dal lunedì al sabato con l'obiettivo di:

- controllare lo stato di salute del neonato attraverso l'osservazione di fenomeni generali (crescita ponderale, ittero, ritmi di alimentazione, di sonno e veglia, controllo numero evacuazioni, involuzione del moncone ombelicale, ecc.);
- verificare la capacità della madre di mettere in pratica le conoscenze sull'allattamento e sulla *care* del neonato;
- favorire la messa in atto delle risorse individuali e di coppia nella relazione genitore-bambino;
- individuare precocemente le situazioni di difficoltà di gestione del neonato e i casi di negligenza;
- promuovere azioni di prevenzione sul neonato/lattante (es. SIDS, vaccinazioni, ecc.);
- informare sui Servizi del territorio, e facilitare l'accesso a questi.

### ***Informazione***

Si ritiene fondamentale che l'informazione dell'esistenza del servizio venga fornita alla donna durante la gravidanza e durante il ricovero ospedaliero.

A tale proposito è opportuno che siano adeguatamente informati tutti gli operatori che lavorano nell'ambito del percorso nascita sia pubblici che privati, ospedalieri e territoriali. Quando possibile, accompagnare l'informazione verbale con materiale cartaceo.

***Verifica***

Sono stati individuati i seguenti indicatori:

- n. prime visite effettuate nei tempi stabiliti dal PLS/n. nati e residenti a Forlì
- n. rientri in ospedale nella 1<sup>a</sup> settimana dalla dimissione inviati dal PLS/n. dimissioni protette



***Allegato 1.***

***Scheda di accettazione del neonato da parte del pediatra di famiglia***

Io sottoscritto Dott. .... pediatra di famiglia convenzionato con  
l'AUSL di Forlì

accetto di eseguire la 1<sup>a</sup> visita del neonato .....

dimesso precocemente dal Reparto di neonatologia dell'Ospedale di Forlì ottemperando le  
regole del progetto Dimissione protetta neonatale dell'AUSL di Forlì.

Firma e Timbro

## VALUTAZIONE NEONATOLOGICA POST-DIMISSIONE

(da parte di pediatria di libera scelta)

Nome ..... Cognome .....  
Data di nascita ..... a .....  
Problematiche neonatali .....  
Peso alla nascita ..... Peso alla dimissione .....

### 1. ESAME OBIETTIVO

Dati biometrici ..... Peso ..... CC .....

CUTE .....  
Ittero ..... Eritema tossico .....  
Angiomi .....

CAPO ..... Fontanelle .....  
Cefaloematoma ..... Tumore da parto .....  
Facies ..... Naso .....  
Occhi ..... Orecchie .....  
Bocca e faringe: palato ..... lingua .....  
frenulo linguale ..... mughetto .....

COLLO ..... Frattura clavicola .....  
Ematoma dello s.c.m .....

TORACE ..... Mammelle .....

APP. RESPIRATORIO .....  
.....  
Frequenza respiratoria .....

APP. CARDIOVASCOLARE .....  
Polsi femorali .....  
Toni..... Soffi .....

ADDOME .....  
Cordone ombelicale ..... Milza .....  
Fegato ..... Diastasi dei muscoli retti .....  
Erniazioni ..... Pervietà anale .....

APP. GENITO-URINARIO .....

Crisi genitale .....

Criptorchidismo .....

APP. SCHELETRICO LOCOMOTORE .....

Colonna vertebrale..... mani .....

Piedi .....

Manovra di Ortolani-Barlow .....

Paralisi .....

SISTEMA NERVOSO posizione degli arti .....

Riflessi .....

Moro ..... suzione .....

Tono muscolare .....

Tremori ..... pianto .....

Paralisi .....

**2. ALLATTAMENTO** .....

**3. CONSIGLI** .....

**4. TERAPIA** .....

**5. APPUNTAMENTI** .....

**6. RICHIESTA DI VISITA DA PARTE DI OSTETRICA/ASV** .....

**CONCLUSIONI**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

DATA

IL PEDIATRA DI FAMIGLIA

### ***SCHEDA DELLA VISITA DOMICILIARE***

CONSULTORIO ..... DATA .....

OPERATORE ..... PEDIATRA DI LIBERA SCELTA DR .....

1<sup>a</sup> VISITA DOMICILIARE  PROGRAMMATA  RICHIESTA

COGNOME NOME DEL BAMBINO/A .....

DATA DI NASCITA ..... PUNTO NASCITA ..... DATA DIMISSIONE .....

MADRE LAVORATRICE

STRANIERO

---

*CONDIZIONI GENERALI DEL BAMBINO* .....

PESO ALLA NASCITA ..... PESO DIMISSIONE ..... PESO ATTUALE .....

EMISSIONE DI URINA ..... EMISSIONE FECI .....

PRESENZA DI ITTERO .....

**ALLATTAMENTO AL SENO** **ESCLUSIVO** ..... **PREVALENTE** .....

A RICHIESTA .....

A ORARI E DURATA STABILITI .....

POSIZIONE E ATTACCO CORRETTI .....

POPPATA A SENI ALTERNATI .....

USO DEL PARACAPEZZOLO .....

USO DEL TIRALATTE .....

USO DELLA DOPPIA PESATA.....

CON SUPPLEMENTAZIONE ARTIFICIALE .....

**ALLATTAMENTO ARTIFICIALE** .....

INTERAZIONE DURANTE IL PASTO .....

CONTENIMENTO DEL BAMBINO .....

CONDIZIONI GENERALI DELLA MADRE .....

AMBIENTE IN GRADO DI SOSTENERE LA DONNA .....

MADRE TRISTE E SCORAGGIATA .....

SONO OPPORTUNE ALTRE VISITE DOMICILIARI .....

***SCHEDA VISITE DOMICILIARI SUCCESSIVE***

DATA .....  PROGRAMMATA     RICHIESTA

NOME DEL BAMBINO ..... DATA DI NASCITA .....

PER QUALI DIFFICOLTÀ .....  
.....  
.....

INTERVENTO / COLLOQUIO .....  
.....  
.....

OPERATORE



# **Procedure di raccordo e comunicazione tra ospedale e servizi in caso di maternità e parto di donne in difficoltà e di possibile pregiudizio per il nascituro**

## **Protocollo operativo tra Aziende ospedaliere, Aziende USL, Enti titolari delle funzioni in materia di minori <sup>3</sup>**

Nella società attuale fortemente caratterizzata da una complessità globale, che coinvolge ogni aspetto ed esperienza della vita moderna, anche la famiglia viene investita da profondi mutamenti. Oggi più che mai essa lamenta grossi disagi, manifesta segni (sempre più spesso violenti) di malessere ed appare disorganizzata.

La cronaca nera registra frequenti casi di infanticidi che riguardano neonati o bambini nei primi anni di vita. I dati ISTAT riportano un aumento degli infanticidi, passati da 12 nel 1998 a 63 del 2001.

Negli ultimi anni sempre più spesso nei Reparti di ostetricia e neonatologia ci si trova a gestire situazioni di donne in difficoltà; pertanto si è formato un gruppo di lavoro composto da servizi ospedalieri e territoriali di Bologna e provincia che ha portato alla realizzazione di un protocollo mirato a tutelare il neonato fin dalle prime ore di vita.

Il presente protocollo individua procedure concordate in caso di ricovero per parto di donne in difficoltà tali da prevedere possibili situazioni di pregiudizio per il nascituro.

Obiettivo del protocollo è quello di tutelare il neonato sin dai primi momenti, attivando ogni servizio coinvolto e le istituzioni preposte alla sua tutela affinché siano attuati, in modo raccordato, condiviso e il più possibile preventivo, tutti i necessari provvedimenti di aiuto; si pensa pertanto, a seconda delle difficoltà della donna, al Servizio sociale adulti, Servizio sociale per disabili, Servizio salute mentale, Servizio sociale minori, consultori, Servizio di NPI, SerT e ospedale.

Con il presente documento si concordano metodologie e criteri di raccordo tra ospedali e servizi, e si rimanda e si sollecita la stesura di specifici e dettagliati protocolli (quali quelli che vengono a titolo esemplificativo allegati, vedi *Allegati 1, 2 e 3*) che articolino le azioni

---

<sup>3</sup> A cura di Cleonice Menini, Carlo Polito, Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna  
Lelia Covoni, Daniele Gambini, ex Azienda USL Bologna Nord  
Walter Mazzini, Azienda USL Bologna Sud  
Clede Garavini, Silvia Bruno, ex Azienda USL Città di Bologna  
Maria Cristina Volta, Provincia di Bologna

e i compiti all'interno dei singoli servizi e dei servizi tra loro, a fronte delle singole problematiche. Le situazioni sulle quali si ritiene vada con particolare attenzione attivato il raccordo e la sollecita comunicazione tra servizi sono:

- tossicodipendenza attiva o sottoposta a cura con metadone,
- patologie psichiatriche,
- grave disagio sociale,
- disabilità,
- pregresso abbandono, allontanamento, grave trascuratezza di minori,
- minorenni,
- non riconoscimento.

In particolare per le prime quattro situazioni -

- *tossicodipendenza attiva o sottoposta a cura con metadone,*
- *patologie psichiatriche,*
- *grave disagio sociale,*
- *disabilità*

- si concordano le seguenti procedure.

- Se la donna è conosciuta dai servizi territoriali:

appena il Servizio (si intendono il SerT, il Servizio sociale adulti, il Servizio sociale disabili e il Servizio salute mentale, a seconda delle problematiche della gravida) è a conoscenza della gravidanza di una propria utente (o quanto meno intorno alla 32<sup>a</sup> settimana) sarà avvertito il Servizio sociale dell'ospedale (o in mancanza di questo, il primario del reparto) che dovrà essere messo al corrente degli eventuali rischi clinici o sociali e del progetto di sostegno attivato. L'assistente sociale ospedaliero assumerà il ruolo di referente privilegiato per il passaggio delle informazioni tra ospedale, servizio di riferimento della donna, Servizio sociale minori e consultorio per il coinvolgimento formalizzato dei servizi, anche programmando incontri per predisporre il progetto di dimissione del minore e le azioni di supporto alla genitorialità e al rapporto madre/bambino. In questa fase si ritiene importante anche il coinvolgimento del pediatra di comunità e del pediatra di libera scelta. All'interno di tale progetto andrà anche valutata la segnalazione della situazione al Tribunale dei minorenni.

- Se la donna arriva all'ospedale e dichiara di essere seguita dai servizi:

il Servizio sociale ospedaliero verifica tale informazione e coinvolge e convoca il Servizio di riferimento della donna e il Servizio sociali minori, per condividere o attivare un progetto di intervento.

- A fronte di nessuna segnalazione dei servizi di territorio e di nessuna dichiarazione della donna

se l'ospedale verifica l'assunzione di sostanze o la presenza delle altre problematiche citate, o coglie segnali di possibile difficoltà (quali l'assenza di accompagnatori/visitatori; scarsa cura personale, gravidanza non seguita, condizioni evidenti di grave marginalità, precarietà abitativa, economica e organizzativa, richiesta di dimissione



anticipata senza riferimenti, carenza e alterazione della relazione con il bambino, ...) attiva, attraverso il proprio Servizio sociale, i Servizi sociali minori del territorio e il possibile servizio di riferimento per la donna, al fine di verificare se la situazione sia già in carico ai servizi e nel caso non lo fosse, valutare congiuntamente la situazione per una presa in carico.

- *Pregresso abbandono, allontanamento, grave trascuratezza di minori*

Il Servizio che è a conoscenza di una nuova gravidanza di una donna che ha avuto una situazione pregressa di abbandono o di grave trascuratezza di minori, segnala al Servizio sociale dell'ospedale (o in mancanza di questo, al primario del reparto) la situazione. La segnalazione deve essere scritta e riportare sinteticamente le problematiche presentate dalla persona, i primi interventi da ipotizzare nonché i referenti del caso.

Successivamente si attiveranno le procedure di raccordo tra ospedale, Servizi sociali minori, consultorio, il pediatra di comunità e di base ed eventuali altri servizi coinvolti per predisporre il progetto di dimissione del minore e le azioni di supporto alla genitorialità e al rapporto madre/bambino. All'interno di tale progetto andrà anche valutata la segnalazione della situazione al Tribunale dei minorenni.

- *Minorenni*

La gravidanza e il parto di una minorenni comportano l'attivazione di specifici percorsi di tutela e di segnalazione raccordati tra ospedale, servizi territoriali e Autorità giudiziaria. Pertanto:

- se una minorenni è in stato di gravidanza ed è conosciuta dai servizi, questi segnalano la situazione all'assistente sociale ospedaliero
- se una minorenni gravida arriva all'ospedale, questo dovrà, attraverso il Servizio sociale ospedaliero, coinvolgere il Servizio sociale minori.

A seconda della situazione e dell'età della minorenni (vedi *Allegato 2*), l'ospedale e i servizi predispongono il sostegno alla giovane, il progetto di dimissione, e le segnalazioni all'Autorità giudiziaria.

- *Non riconoscimento*

Quando in ospedale si presenta una donna che, in vista del parto, dichiara la sua intenzione di non riconoscere il nascituro o manifesta incertezza in tal senso, l'operatore che riceve tale dichiarazione informa immediatamente l'assistente sociale dell'ospedale, che assumerà il ruolo di referente privilegiato per attivare tutte le procedure ormai consolidate previste nell'*Allegato 3*.

In tali situazioni i servizi coinvolti hanno l'obiettivo principale di accompagnare la donna e rispettare la sua scelta, garantendole il massimo supporto e sostegno e la massima segretezza, nonché di tutelare il bambino sin dai suoi primi momenti di vita, evitando in particolare che si determinino situazioni di pericolo per il neonato quali abbandoni in luoghi non protetti e possibili ulteriori allontanamenti.

## ***Allegato 1.***

### ***Protocollo SerT - Consultorio maternità Ospedale Maggiore***

#### ***Assistenza alla donna tossicodipendente in stato di gravidanza***

curato dall'Azienda USL Città di Bologna

Obiettivi:

- offrire alla donna un'assistenza ostetrica efficace;
- proteggere il minore a partire dalla gestazione;
- sostenere e sviluppare le capacità genitoriali.

Le fasi del percorso di accoglienza e presa in carico possono essere così sintetizzate.

- Quando una donna seguita da un SerT aziendale comunica la probabilità o la certezza di una gravidanza, compito degli operatori del SerT è aiutarla sin dal primo momento, verificando subito l'esistenza della gravidanza e stabilendone la data quando necessario; dovranno inoltre sostenerla nella riflessione su come affrontare la maternità nella sua complessa situazione.

- Se la donna decide di portare avanti la gravidanza, l'infermiere professionale del SerT assume il compito di operatore responsabile della presa in carico, coordinando e organizzando tutti gli interventi che si rendano necessari per la gravidanza.

In accordo con la donna, l'infermiere quindi contatterà l'ostetrica del Consultorio familiare, punto di riferimento dell'*équipe* del Consultorio, per organizzare l'invio al Consultorio stesso, garantendo il passaggio di tutte le informazioni cliniche utili ai fini assistenziali (relazione e/o incontro per la presentazione diretta del caso), senza che questo interrompa il rapporto terapeutico con l'*équipe* del SerT.

Per quanto riguarda le donne gravide non residenti, senza riferimento al SerT, qualora l'informazione su una sospetta gravidanza giunga agli operatori dell'Unità mobile del SerT, l'infermiere dell'Unità mobile segnalerà la situazione a uno dei tre SerT cittadini per la presa in carico. La stessa modalità sarà messa in atto se saranno gli operatori del Nucleo di emergenza di via del Porto ad essere a conoscenza dello stato di gravidanza di una donna tossicodipendente da loro seguita.

- Dal punto di vista organizzativo si ritiene utile individuare tre sedi consultoriali in ambito aziendale, che fungano da riferimento specifico per le donne in gravidanza con problematiche di tossicodipendenza, qualora non abbiano già instaurato un rapporto assistenziale in altro presidio.
- Nel caso in cui dovessero emergere problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti da parte di una donna in gravidanza non in carico al SerT, l'ostetrica del Consultorio contatterà, in raccordo con l'interessata, l'infermiere professionale del SerT per avviare una collaborazione che consenta una presa in carico, con tutte le attenzioni necessarie.

Si ritiene indispensabile il coinvolgimento precoce di uno psicologo del Consultorio con competenze specifiche sui temi della genitorialità, che mantenga una presa in carico continuativa della donna o della coppia per tutta la durata della gravidanza e del puerperio, se non esiste già una figura professionale con competenze analoghe che abbia un rapporto clinico consolidato con la paziente o con la coppia.

- È indispensabile che nel corso della gravidanza vengano rilevati e valutati gli eventuali fattori di rischio sociale relativi alla futura madre (o ai futuri genitori) e al nascituro, al fine di evitare che rilevazioni o segnalazioni avvengano solo tardivamente o addirittura dopo la nascita del bambino. Tale rilevazione è compito dell'assistente sociale del SerT, che provvederà ad avviare una collaborazione con il Servizio sociale minori del Comune e in particolare con l'assistente sociale del quartiere di residenza della donna.

Nel caso di utenti non residenti e non in carico, sarà il Nucleo di emergenza di via del Porto che, dopo aver provveduto ad attivare la presa in carico sanitaria, contatterà l'Area Emergenza minori del Comune di Bologna per la presa in carico sociale.

- Intorno alla 32<sup>a</sup> settimana l'ostetrica prenderà contatto con gli operatori del Punto nascita scelto dalla donna con il consenso di quest'ultima, mettendoli al corrente del progetto di sostegno attivato dal gruppo di lavoro e dei rischi rilevati.
- In particolare si individua nell'assistente sociale ospedaliero il referente privilegiato per il passaggio delle informazioni; quest'ultimo, avvalendosi della collaborazione del gruppo, avrà un supporto al momento della decisione se segnalare o meno la situazione al Tribunale dei minorenni.

L'osservazione della relazione madre-bambino all'interno della struttura ospedaliera richiede un'attenzione particolare; si ritiene necessaria la definizione di un protocollo che ne individui i tempi e le modalità.

- Infermiere professionale, assistente sociale del SerT, ostetrica, psicologo, ginecologo del consultorio e assistente sociale ospedaliero costituiscono così l'*équipe* operativa pluridisciplinare referente del caso con il compito e la responsabilità di organizzare, sostenere, sorvegliare e monitorare l'intero percorso, in cooperazione e raccordo.

## ***Allegato 2***

- Il Servizio che ha in carico una gravida minorenni con età maggiore di 16 anni segnala al Servizio sociale ospedaliero la gravidanza della giovane (peraltro se la gravida minorenni arriva direttamente all'ospedale, questi la segnala al Servizio sociale minori del territorio); i servizi elaborano una prima valutazione del caso e un progetto in funzione della dimissione, prevedendo il coinvolgimento dei vari servizi territoriali che possono intervenire a supporto (consultorio familiare per l'assistenza ostetrica e psicologica alla madre e al bambino).

Il Servizio sociale ospedaliero cura in modo particolare l'accoglienza dell'utente e della sua famiglia attraverso la presentazione del punto nascita dell'ospedale e delle persone che assisteranno la giovane (caposala di ostetricia - ostetriche sala parto) per l'accoglienza e un supporto al momento del parto e del primo contatto con il figlio.

I Servizi - ospedaliero e territoriale - concordano insieme all'utente un progetto di dimissione dell'ospedale. Si attivano le comunicazioni al Giudice tutelare e - se del caso - alla Procura del Tribunale dei minorenni.

- Il Servizio che ha in carico una gravida minorenni con età inferiore di 16 anni segnala al Servizio sociale ospedaliero la gravidanza della giovane (peraltro se la gravida minorenni arriva direttamente all'ospedale, questi la segnala al Servizio sociale minori del territorio); qualora l'operatore, o il Servizio del territorio in carico, sia a conoscenza di una gravidanza di una minore di 16 anni, deve avvertire il Servizio sociale ospedaliero; questi, in collegamento con il Servizio sociale minori, attiverà tutte le procedure e gli interventi previsti dall'art. 11 della Legge 184/1983.

Se la minore e il nucleo familiare intendono occuparsi del neonato, sarà attivato un percorso parto protetto e il coinvolgimento di tutti i servizi territoriali. Per la dimissione del neonato saranno attivate segnalazioni al Giudice tutelare e al Presidente del Tribunale dei minori.

Se la famiglia e la minore non intendono riconoscere il bambino, il piccolo sarà inserito nel percorso adottivo.

***Allegato 3.***

***Protocollo operativo tra Provincia di Bologna,<sup>4</sup> Tribunale per i minorenni e Aziende sanitarie sulle procedure da attivare a fronte della nascita di bambini non riconosciuti***

1. Quando si presenta un ospedale una donna che, in vista del parto, dichiara la sua intenzione di non riconoscere il nascituro, l'operatore che riceve tale dichiarazione informa immediatamente l'assistente sociale dell'ospedale o del Servizio sociale del territorio che segnala la situazione alla Provincia nella massima riservatezza.
2. Alla nascita del bambino, se permane l'intenzione della madre di non riconoscerlo, l'assistente sociale dell'ospedale o del Servizio sociale del territorio ne dà immediata comunicazione al Tribunale dei minori e alla Provincia.  
Deve essere rispettato l'anonimato della donna.  
Deve essere richiesto alla donna di sottoporsi ad eventuali accertamenti utili alla conoscenza di eventuali patologie trasmissibili al bambino, il quale deve essere ricoverato in reparto diverso da quello dove sta la madre
3. Trascorsi dieci giorni dalla nascita (termine entro il quale può avvenire il riconoscimento), l'assistente sociale dell'ospedale o del Servizio sociale del territorio comunica al Tribunale dei minori e alla Provincia il mancato riconoscimento. I referenti sanitari invieranno al Tribunale e alla Provincia una prima relazione sanitaria con le notizie disponibili riguardo le caratteristiche fisiche, le condizioni di salute del bambino e gli esiti di eventuali esami. La relazione conclusiva verrà inviata a completamento di tutti gli accertamenti predisposti.
4. La Provincia, nelle more dell'emissione del decreto di adottabilità e di affido pre-adoptivo da parte del Tribunale dei minori sulla base della prassi consolidata e nell'ambito delle funzioni di tutela del minore, si attiva per predisporre nel modo più opportuno (anche tramite collocazione in famiglia affidataria qualora i tempi di dimissione dall'ospedale non fossero coincidenti con l'individuazione e la collocazione nella famiglia per l'affidamento pre-adoptivo) il periodo che intercorre tra la nascita e l'avvio dell'affido pre-adoptivo. A tale scopo, il rappresentante della Provincia incaricato di occuparsi del bambino prende subito contatto con il Giudice onorario del Tribunale dei minori incaricato e con l'ospedale, per acquisire tutte le informazioni necessarie.
5. Il Giudice onorario del Tribunale, insieme con il rappresentante della Provincia, individua la coppia adatta al bambino tra quelle già selezionate dal Tribunale dei minori.

---

<sup>4</sup> Dal 2000 l'attività legata ai bambini non riconosciuti è stata delegata al Comune di Bologna, pertanto anziché Provincia si deve oggi leggere Comune di Bologna.

6. Una volta individuata la coppia, il rappresentante della Provincia - d'accordo con il Giudice onorario del Tribunale dei minori - attiva i contatti con il bambino e cura il suo collocamento concordando con l'ospedale le modalità della dimissione, tali da consentire la massima riservatezza possibile. A tale scopo verranno individuati gli spazi e i momenti all'interno della struttura ospedaliera idonei a garantire la discrezione. La coppia che accoglie il bambino avrà al momento della dimissione un momento di colloquio con il medico e con il referente del personale infermieristico che si è occupato dell'accudimento.

Successivamente alla dimissione sarà possibile per la famiglia attivare la consulenza con i sanitari ospedalieri che hanno avuto in carico il bambino.

La Provincia seguirà l'inserimento per un anno, in collaborazione con i servizi del territorio della coppia.

7. Il Tribunale emette decreto di adottabilità e di affidamento pre-adoattivo nominando la Provincia tutore del minore e (trascorso un anno) pronuncia l'adozione.

### ***Post-fazione***

Il protocollo illustrato è in atto dal 2004 presso l'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna. Viene effettuato il monitoraggio di tutte le partorienti in difficoltà con possibile pregiudizio per il nascituro. Nel primo anno sono stati individuati 37 casi relativi al protocollo e in 5 casi si trattava di bambini abbandonati.

Nell'anno 2005 sono stati rilevati 47 casi, di cui 8 bambini abbandonati. Venti donne erano conosciute dai servizi territoriali.

Questo monitoraggio verrà portato avanti anche nei prossimi anni cercando di trovare un raccordo più stretto con i servizi territoriali, al fine di conoscere prima del parto tutte le partorienti note ai servizi.





## Preso in carico del neonato sano da parte del pediatra di libera scelta<sup>5</sup>

L'ostetrica dell'ospedale:

dà in visione ai genitori la lista dei pediatri con disponibilità di posti, i relativi indirizzi e recapiti telefonici;

- sollecita il genitore a contattare il pediatra di fiducia, consegnandogli il modulo informativo (*Allegato 1*) e il modulo su cui il genitore deve scrivere il nome del pediatra contattato e l'appuntamento fissato per il primo controllo del neonato (*Allegato 2*);
- allega alla cartella del neonato il modulo firmato dal genitore (*Allegato 2*);
- segnala all'ostetrica del territorio eventuali elementi di rischio della madre o della famiglia;
- verifica che la madre abbia avviato efficacemente l'allattamento al seno.

L'ostetrica del territorio:

- si reca presso la Divisione di ostetricia tutti i giorni feriali (in media 6 ore settimanali) per conoscere la situazione delle puerpere in dimissione;
- valuta con l'ostetrica dell'ospedale eventuali casi di madri a rischio;
- concorda l'appuntamento della prima visita domiciliare con le puerpere considerate a rischio;
- segnala al pediatra di libera scelta eventuali elementi di rischio per il neonato o per la madre.

Il genitore:

- nelle prime ore successive al parto contatta il pediatra di fiducia e si mette d'accordo sulla data della prima visita del neonato dopo la dimissione;
- trascrive nell'apposito modulo (*Allegato 2*) il nome del pediatra contattato e la data fissata per la prima visita di controllo;
- firma il modulo (*Allegato 2*) e lo consegna all'ostetrica del reparto.

Il pediatra dell'ospedale:

- verifica, al momento della dimissione, che il genitore abbia contattato e fissato l'appuntamento con il pediatra di libera scelta.

---

<sup>5</sup> Azienda USL di Imola.

Il pediatra di libera scelta:

- riceve settimanalmente da parte dell'Ufficio *ex Saub* l'aggiornamento sul numero di posti liberi per l'iscrizione di neonati;
- quando è contattato dal genitore, rilascia l'appuntamento per la prima visita del neonato entro la prima settimana di vita, preferibilmente dopo 2-3 giorni dalla dimissione.

L'Ufficio *ex Saub*:

ogni settimana (il lunedì mattina) invia:

- alla caposala del Reparto di ostetricia il numero di posti disponibili di ciascun pediatra di libera scelta per l'iscrizione di neonati, l'indirizzo degli ambulatori, gli orari di attività e i recapiti telefonici;
- ai pediatri di libera scelta il numero di posti disponibili per l'iscrizione di neonati (via fax, posta interna o posta elettronica, a seconda di come concordato con ciascun pediatra).

***Allegato 1.***

**Regione Emilia-Romagna**

**Azienda USL di Imola**

**Ai genitori del neonato**

***COME E QUANDO FARE LA SCELTA DEL PEDIATRA DI BASE***

La dimissione della madre e del neonato, in assenza di complicanze, avviene di norma tra le 48 e le 72 ore dopo il parto.

Siete invitati ad interessarvi della scelta del pediatra di base subito dopo la nascita del bambino, in maniera tale che vostro figlio possa essere affidato alle cure del pediatra di vostra fiducia subito dopo la dimissione.

L'ostetrica del reparto metterà a vostra disposizione la lista dei pediatri che hanno posti disponibili per i neonati primogeniti, con i relativi indirizzi e orari di attività.

Se avete già altri figli potete scegliere per l'ultimo nato il pediatra che già segue i figli maggiori, anche se non compare nella lista dei pediatri con disponibilità di posti.

In ogni caso, mentre il bimbo è ancora in ospedale, siete invitati a contattare personalmente il pediatra di base che intendete scegliere, al fine di concordare l'appuntamento per la prima visita pediatrica del neonato dopo la dimissione.

Questo controllo va eseguito entro la prima settimana dalla nascita, preferibilmente 2-3 giorni dopo la dimissione.

Dopo aver fissato l'appuntamento con il pediatra, siete invitati a compilare il foglio che trovate allegato alla presente comunicazione e consegnarlo all'ostetrica del reparto che provvederà ad allegarlo alla cartella del neonato.

Al momento della dimissione il pediatra dell'ospedale verifica che abbiate fissato l'appuntamento per la prima visita di controllo del neonato presso il pediatra di base e lo registra nella scheda di dimissione.

Il pediatra di base, dopo aver eseguito la visita di controllo a vostro figlio, vi consegnerà un attestato dell'avvenuta prima visita.

A questo punto dovete effettuare l'iscrizione del bambino al pediatra di libera scelta, recandovi all'Ufficio della medicina di base presso l'Ospedale vecchio di Imola, presentando l'attestato che il pediatra ha rilasciato relativamente alla prima visita da lui effettuata a vostro figlio.

***Allegato 2.***

**Regione Emilia-Romagna  
Azienda USL di Imola**

Io sottoscritto .....

genitore di ..... nato il .....

dichiaro di aver preso accordi con il pediatra di libera scelta

dott.ssa/dott. ....

per eseguire a mio figlio/a la prima visita di controllo dopo la dimissione

il giorno ..... alle ore .....

data

firma del genitore

.....

.....

**Allegato 3.**

**SCHEDA DI OSSERVAZIONE DOMICILIARE DELL'OSTETRICA**

(inserita nel libretto pediatrico)

data ..... giorni di vita del neonato .....

Peso Kg ..... Peso alla dimissione .....

**Alimentazione**    latte materno     latte materno + formula     formula

.....

	<b>sì</b>	<b>no</b>
Si alimenta bene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neonato tranquillo/consolabile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ritmo sonno-veglia regolare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bagna almeno 6 pannolini al dì	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha evacuato nelle ultime 24 ore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ittero	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OSSERVAZIONI E CONSIGLI

.....

.....

COMUNICAZIONI AL PEDIATRA                      sì                       no

.....

.....

Firma dell'ostetrica

.....

**Allegato 4.**

**Regione Emilia-Romagna  
Azienda USL di Imola**

**PRIMA VISITA DEL NEONATO**

COGNOME .....

NOME .....

DATA E LUOGO DI NASCITA .....

Data di dimissione dall'ospedale .....

Certifico di aver eseguito in data odierna la prima visita al neonato.

Data

Firma e timbro  
del pediatra di libera scelta

.....

.....

NB La presente certificazione deve essere consegnata all'Ufficio *ex Saub* da parte del genitore, al momento della effettuazione della prima scelta del pediatra di base.

# Spazio Latte e coccole

## Esperienze di facilitazione dell'allattamento al seno <sup>6</sup>

### Spazio Latte e coccole

L'idea di istituire uno spazio di sostegno all'allattamento materno è nata nel 2004 dal confronto tra le ostetriche dell'Arcispedale Santa Maria Nuova e le ostetriche del territorio Salute donna Azienda USL di Reggio Emilia. L'obiettivo è di fornire una risposta alle esigenze delle mamme e dei loro bambini nel ritorno a casa, in un contesto di dimissione precoce, in un'ottica di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

L'implementazione di questo progetto ha visto una prima fase con la costituzione di un gruppo di lavoro multiprofessionale formato dalla responsabile del programma Salute donna, dal responsabile del Nido, dal responsabile infermieristico del Dipartimento materno-infantile, dalla coordinatrice del ostetriche ospedaliere e del consultorio.<sup>7</sup>

Il gruppo ha lavorato soprattutto alla condivisione delle finalità dello spazio, al *target* a cui doveva essere rivolto, oltre a definire:

- luogo idoneo/arredi
- orario di apertura
- diario allattamento
- questionario di gradimento/valutativo
- criteri di accesso per il personale ostetrico che presta servizio nello spazio
- divulgazione del progetto alla popolazione

Parallelamente si è programmata una formazione specifica per le infermiere del nido/ neonatologia ed ostetriche (ospedaliere e del territorio) seguendo i criteri:

- promozione e pratica dell'allattamento al seno - corso 18 ore OMS/UNICEF
- corso più specifico sulla gestione dell'ingorgo mammario con la tecnica del massaggio connettivale

---

<sup>6</sup> Azienda ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia  
Giovanni Lasala, direttore Ostetricia  
Cristiana Magnani, direttore Neonatologia e Terapia intensiva neonatale  
Giovanni Bonacini, responsabile Nido  
Martino Abrate, direttore Ginecologia e chirurgia oncologica - responsabile Qualità clinica  
Azienda USL di Reggio Emilia  
Mara Manghi, responsabile Settore pediatrico e salute donna  
Marina Sparano

<sup>7</sup> Fondamentale è stata la partecipazione dei colleghi Mara Manghi, Giovanni Bonacini, Patrizia Borgognoni e Ave Lupi.

Lo Spazio Latte e coccole è stato aperto il 24 novembre del 2004 presso la Struttura complessa di ostetricia e ginecologia dell'Arcispedale Santa Maria Nuova; la decisione di aprire questo servizio all'interno dell'ospedale è avvenuta dopo un'attenta valutazione che ha tenuto presente:

- l'accessibilità dell'ambulatorio da parte di tutta la cittadinanza;
- l'impegno costante e la partecipazione di tutto il personale medico, ostetrico e infermieristico della struttura nel fornire informazioni circa l'attività svolta nello spazio;
- la disponibilità di un pediatra della struttura nei casi che necessitano di intervento o consulenza medica;
- la circolarità delle informazioni tra il personale del nido e le ostetriche di Latte e coccole, alla dimissione del neonato, per una più appropriata presa in carico;
- un'adeguata risposta alle mamme anche fuori dell'orario di apertura dello Spazio per il coinvolgimento del personale del nido e della sala parto alle consulenze urgenti sulle problematiche dell'allattamento.

La divulgazione alla cittadinanza del progetto ha previsto il coinvolgimento dei *mass media*, ma un passaggio importantissimo è stato realizzato con i pediatri di famiglia operanti sul territorio di Reggio Emilia.

L'incontro ha permesso la presentazione degli obiettivi, dell'attività e della fruibilità del Servizio in un'ottica futura di lavoro in rete a sostegno dell'allattamento materno.

Il gruppo operativo, che ha preso parte anche al lavoro di progettazione del Servizio Latte e coccole, è costituito da 5 ostetriche, 3 della Struttura complessa di ostetricia e ginecologia dell'Arcispedale e 2 del Settore salute donna dell'Azienda USL.<sup>8</sup>

La collocazione dello spazio è attiguo al reparto di ostetricia e al nido, ed è organizzato in due zone:

- una zona arredata con poltroncine, cuscini e tavolino, simile a un salotto, dove le mamme si incontrano, possono allattare e scambiarsi esperienze;
- l'altra più riservata, separata dalla prima da una libreria aperta, dove le mamme vengono accolte singolarmente per un colloquio personale.

L'orario di apertura:

dal lunedì al venerdì dalle 9.30 alle 12.30; giovedì pomeriggio dalle 14.30 alle 17.00.

L'accesso è libero e gratuito, non necessita di appuntamento, prevede sia consulenze ambulatoriali che telefoniche.

---

<sup>8</sup> Il gruppo è costituito da Claudia Crotti, Emanuela Davolio, Isa Ligabue, Irene Rizzon, Marina Sparano.



La prima informazione alle mamme sull'attività dello Spazio viene fornita dalle ostetriche durante i corsi di accompagnamento alla nascita (in ospedale e nel territorio) e successivamente dal personale del nido e ostetricia alla dimissione dal reparto (cartolina divulgativa).

Le donne accedono a Latte e coccole sia per iniziativa personale, sia con invio diretto del pediatra ospedaliero (alla dimissione del neonato o al controllo post-dimissione, previsto per i primogeniti) e su suggerimento dei pediatri di famiglia.

Nel Servizio, durante l'orario d'apertura, è presente un'ostetrica che accoglie mamma e bambino dedicando loro un tempo. Conoscenze, ascolto, osservazione, empatia sono gli strumenti necessari per pianificare eventuali strategie, consigli e suggerimenti concordati con le donne.

Per ogni mamma che accede al Servizio viene compilata una scheda (diario dell'allattamento) che rileva informazioni riguardanti: storia ostetrica, condotta durante la gravidanza e il parto, dati e salute del neonato, modalità di allattamento, motivo della consulenza, suggerimenti e consigli proposti. Nei casi che lo necessitano viene compilata anche una scheda di valutazione della poppata.

Schematicamente l'attività svolta nell'ambulatorio è la seguente.

- Valutazione dell'anatomia della mammella e dei capezzoli; suggerimenti/cura di eventuali ragadi, ingorgo, dotti ostruiti, mastiti.
- Valutazione della poppata ed eventuali correzioni di attacco al seno.
- Correzione di aspetti legati alla frequenza o alla durata delle poppate.
- Valutazione dell'incremento ponderale neonatale.
- Istruzione riguardo l'utilizzo di eventuali ausili per allattamento (tiralatte, paracapezzolo, dispositivo ausiliario per la suzione).
- Informazioni su spremitura, raccolta e conservazione del latte.
- Contatto/invio al pediatra dei casi critici.
- Sostegno e assistenza all'allattamento, supporto valorizzazione delle competenze materne.

Nel Servizio sono disponibili:

- fasciatoio
- bilancia elettronica
- tiralatte

Strumento di tramite con i pediatri di famiglia è rappresentato dal libretto personale pediatrico che viene aggiornato negli accessi di mamma e bambino allo Spazio.

Nell'ambito delle attività dello Spazio è previsto un incontro mensile pomeridiano, che si svolge presso la palestra gestanti dell'ospedale, a libero accesso.

Gli incontri, senza argomenti prestabiliti, mirano a permettere scambi di esperienze e conoscenze fra mamme che allattano in presenza di un'ostetrica, con il ruolo di

facilitatore di tale passaggio. Gli incontri sono stati fino ad ora molto frequentati e graditi dalle mamme ma ultimamente sono risultati insufficienti e di difficile conduzione.

Dopo una verifica si sta lavorando a una proposta di gruppi più strutturati ( 10/12 partecipanti) con incontri a tema dedicati all'allattamento materno, prevedendo due incontri settimanali della durata di due ore ciascuno, per i primi 4 mesi di vita del bambino che diventeranno poi quindicinali nei successivi due mesi.

I momenti di incontro mensili hanno però permesso alle mamme e ai bambini - che si ritrovano ormai da quasi un anno - di tessere legami di conoscenza e di solidarietà, e ciò ha indotto a proporre loro la creazione di un gruppo di auto-aiuto, consapevoli della ricchezza e dell'efficacia ormai comprovata dell'aiuto tra pari negli interventi di promozione e sostegno dell'allattamento materno.

Le mamme hanno trasmesso la loro disponibilità, che si spera si concretizzi a breve.

Durante questo anno e mezzo di attività la raccolta ha riguardato solo dati quantitativi (numero di utenti, consulenze ambulatoriali e consulenze telefoniche), non include fino ad oggi dati qualitativi. I dati disponibili riguardano il periodo compreso da gennaio a dicembre 2005:

- numero utenti Spazio Latte e coccole = 592
- totale prestazioni ambulatoriali = 1.349
- totale consulenze telefoniche = 489

(parti presso l'Arcispedale Santa Maria Nuova nel 2005 = 2.337, con una media di percentuale dei parti delle donne italiane pari al 73% e di quelle straniere al 27%).

Si è però formulato un questionario compilabile via web che sarà somministrato telefonicamente alle mamme utenti dello Spazio Latte e coccole al fine di comprendere:

- utilità del Servizio (qualitativa)
- percentuale di donne che allattano a 3 e a 5 mesi (quantitativa)

## **Progetti e speranze future**

- Raccogliere dati qualitativi sulle modalità di allattamento a 3 e 5 mesi dei bambini seguiti nello Spazio Latte e coccole.
- Promuovere e aumentare gli incontri dedicati a mamme / bambini.
- Organizzare corsi sui temi dell'allattamento per le donne in gravidanza (secondo trimestre).
- Favorire la nascita di un gruppo di sostegno mamme (auto - mutuo aiuto).
- Rafforzare la rete con i pediatri di libera scelta.
- Favorire l'accesso delle donne straniere (con la presenza di una mediatrice).

Molta strada è stata tracciata ma è nulla se paragonata a quella da percorrere per avvicinarsi all'obiettivo di costruire un concreto aiuto alle mamme in difficoltà durante i primi mesi di allattamento.

Il ringraziamento va a tutti coloro che hanno dimostrato fiducia nel progetto e negli operatori, ma soprattutto alle famiglie e alle mamme che si rivolgono a Latte e coccole con i loro bambini: attraverso la molteplicità di situazioni, sentimenti, vissuti e competenze, stanno trasmettendo un patrimonio di conoscenza che in nessun altro modo si sarebbe potuto ricevere.

(Per ulteriori informazioni tel. 0522/296440 negli orari di apertura del servizio; le ostetriche di Latte e coccole)



# Programma regionale di screening neonatale per le malattie endocrino-metaboliche<sup>9</sup>

## Organizzazione generale del programma

Il programma di screening, istituito con un'iniziativa legislativa regionale, opera dal 1980 la diagnosi precoce di alcune patologie congenite nei neonati dell'Emilia-Romagna e della Repubblica di San Marino. Le patologie attualmente sottoposte a screening sono:

- ipotiroidismo congenito (IC)
- fenilchetonuria (PKU) ed iperfenilalaninemie
- fibrosi cistica (FC; in atto dall'aprile 2001)
- galattosemia
- sindrome adrenogenitale congenita

La diagnosi neonatale precoce di IC, PKU e FC è obbligatoria per legge nazionale dal 1999.

Nell'ambito dell'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Orsola-Malpighi di Bologna è individuato un Centro di riferimento regionale che coordina il programma di screening neonatale per le malattie endocrino-metaboliche ed è costituito da due componenti:

- UO laboratorio centralizzato - direttore dott.ssa Paola Boni (Centro esecutivo)
- UO pediatria - direttore prof. Alessandro Cicognani (Centro clinico)

I campioni ematici neonatali (*spot*) prelevati presso i vari enti della regione in cui nascono e/o vengono assistiti neonati (ospedali, case di cura, centri di assistenza domiciliare) vengono inviati al laboratorio centralizzato che esegue su di essi i dosaggi previsti, invia i referti delle indagini eseguite agli enti di provenienza, indica i campioni insufficienti da ripetere e i campioni alterati per i quali sono necessari richiami e/o ulteriori accertamenti. Il centro clinico, su indicazione del laboratorio, è responsabile di coordinare le attività di richiamo e controllo urgente del sospetto diagnostico, con modalità diverse in rapporto alla patologia.

---

<sup>9</sup> Gruppo di lavoro: Sandro Piazzi, Alessandra Vitali, Vittoria Bernagozzi (Centro esecutivo); Alessandra Cassio, Antonio Balsamo, Filippo Bernardi, Silvana Salardi, Milva Bal, Ilaria Bettocchi, Micaela Bucci, Sara Forti, Maurizio Maccaferri (Centro clinico); Guido Cocchi, Franco Belcastro (UO neonatologia - direttore prof. Giacomo Faldella); Morena Battistini (UO chirurgia pediatrica - direttore prof. Mario Lima); Maria Antonietta Graziano (UO ostetricia - direttore prof. Domenico De Aloysio); Cristina Giovannini (UO ostetricia - direttore prof. Giuseppe Pelusi); Giovanna Naldi (UO medicina età prenatale - direttore prof. Nicola Rizzo); Enrico Naldi (Sala parto); Maria Cristina Mazzari (UO cardiologia pediatrica - direttore prof. Fernando Maria Picchio); Patrizia Rapacchiani (UO rianimazione pediatrica - direttore dott.ssa Simonetta Baroncini) - Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna.

## Esecuzione e invio degli spot al laboratorio

La responsabilità della corretta esecuzione, registrazione e invio dei campioni al laboratorio è del personale ostetrico/infermieristico. Nei casi di trasferimento del neonato dal punto nascita ad un'altra sede assistenziale, nella scheda di trasferimento deve essere sempre scritto con chiarezza se il neonato ha eseguito o meno il prelievo per il test di screening.

### *Rifiuto ad eseguire lo spot*

Prima dell'esecuzione dello spot è opportuno che gli operatori sanitari informino i genitori o i tutori legali del neonato del significato e delle modalità dell'indagine di screening.

Vista l'obbligatorietà per legge di alcuni test di screening, i genitori che rifiutano di sottoporre il neonato a tale indagine devono sottoscriverne la mancata autorizzazione e in tali casi sarà comunque opportuno per il sanitario responsabile segnalare l'evento al Tribunale dei minori.


### *Presidi da utilizzare per eseguire gli spot*

Il materiale che deve essere utilizzato per eseguire gli spot è fornito su richiesta dal centro esecutivo (laboratorio centralizzato) ed è costituito da:

- una striscia di carta assorbente speciale sulla quale sono disegnati sei cerchietti,
- una scheda contenente i dati anagrafici e anamnestici del neonato (*Figura 1*),
- una busta per l'invio con apposita intestazione.

La scheda deve essere compilata in modo chiaro e leggibile in tutte le sue parti. In particolare devono essere compilati con chiarezza i campi relativi all'Ente di provenienza, al comune di residenza e i dati anagrafici indispensabili per eseguire tempestivamente un richiamo in caso di necessità.

**Figura 1.** Cartoncino per screening neonatale

CENTRO REGIONALE PER LO SCREENING NEONATALE DELLE MALATTIE ENDOCRINO - METABOLICHE					
 AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA POLICLINICO S. ORSOLA - MALPIGHI Via G. Massarenti, 9 40138 - Bologna					
U.O. Laboratorio Centralizzato - Boni Tel 051 6363449		U.O. Pediatria - Cicognani Tel. 051 6363679			
Ente di provenienza			Tel		
Cognome del neonato		Nome		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Indirizzo del neonato			Tel		
Comune di residenza					
Data di nascita		Data prelievo 0 < 48 h di vita		Peso alla nascita	
Settimana gestazione	Alimentazione: materna <input type="checkbox"/> mista <input type="checkbox"/> artificiale <input type="checkbox"/>			Ter. Cortisonica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Ter. Antibiotica SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Patologia tiroidea materna Specificare :			NOTE :		

Mod. 24 Copertina Screening Cod. 99536513

### ***Tempi di esecuzione degli spot***

#### ***Neonato di età gestazionale superiore alle 32 settimane***

Il periodo ottimale per l'esecuzione del prelievo è dopo almeno 48 ore (2 gg) di vita, e dopo che il neonato ha consumato alcuni pasti (colostro o latte). Nei neonati sottoposti ad alimentazione parenterale, il prelievo va comunque eseguito entro i primi 6 giorni di vita, segnalando il tipo di alimentazione sullo spot nel campo Note.

#### ***Neonato di età gestazionale $\leq 32$ settimane***

Questo neonato per le sue caratteristiche rischia una comparsa più tardiva di alcuni segni bioumorali patologici. È opportuno in questi casi, per evitare falsi negativi, eseguire un primo spot in 5<sup>a</sup> giornata di vita e inviarlo al laboratorio con le modalità descritte di seguito, quindi ripetere routinariamente un secondo spot in 20<sup>a</sup> giornata di vita (o comunque prima della dimissione del neonato se questa avviene prima di 20 giorni) ed inviarlo al laboratorio indicando chiaramente (se possibile con penna rossa) nel campo Note la sigla VLBW (*very low birth weight*).

### ***Modalità di esecuzione e registrazione degli spot***

Per eseguire lo spot si utilizza in genere un prelievo di sangue capillare mediante puntura del tallone, ma può essere anche sfruttato un prelievo venoso eseguito per altre indagini. Si può utilizzare per la raccolta anche un capillare non eparinato. Si consiglia l'uso di guanti durante la procedura. È importante che la carta bibula non venga a contatto con soluzioni antisettiche, lozioni e altri materiali utilizzati durante le fasi di prelievo, in quanto tali contatti rischiano di compromettere l'affidabilità dei risultati.

Disinfettare la zona con alcool a 70% o clorexidina (non utilizzare disinfettanti a base di sali d'ammonio quaternari). Asciugare con tampone asciutto (per evitare commistioni di sangue e disinfettante) (*Figura 2*). Posizionare l'arto del neonato verso il basso, favorire l'afflusso sanguigno nell'area riscaldandola e praticare mediante pungidito un'incisione sul tallone del neonato, con un movimento rapido e preciso nelle zone tratteggiate (*Figure 3 e 4*).

Bisogna deporre una sola grossa goccia di sangue in modo che sia assorbita dalla carta bibula e compaia la macchia ematica sul retro della striscia; la macchia ematica deve raggiungere i margini del cerchio. Il procedimento deve essere ripetuto per tutti i sei cerchi presenti sulla striscia (*Figura 5*).

Fare asciugare gli spot in posizione orizzontale preferibilmente per almeno 3 ore. I campioni non devono essere esposti a calore o a fonti luminose dirette. Non conservare in frigorifero.

Figura 2.

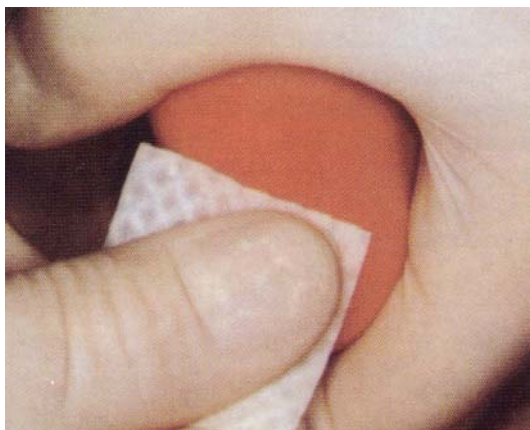


Figura 3.



Figura 4.

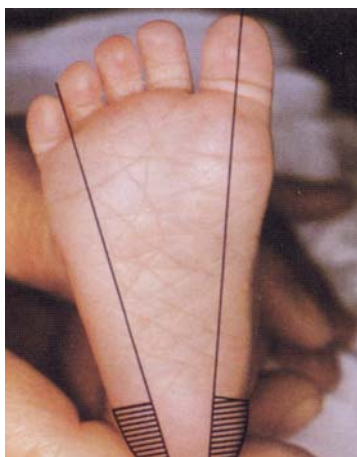
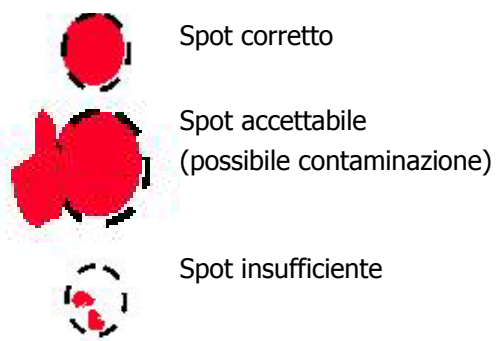


Figura 5.





### ***Modalità di invio degli spot al Laboratorio centralizzato (centro esecutivo)***

Contestualmente all'invio degli spot deve essere trasmesso al Laboratorio centralizzato (via email o fax) l'elenco dei nominativi dei neonati ai quali si riferiscono quegli spot. Per l'invio si consiglia di utilizzare l'apposita busta di carta fornita dal laboratorio e di evitare l'utilizzo di contenitori o buste di plastica, in quanto tale materiale può favorire l'insorgenza di muffe con danno irreversibile del campione.

Gli spot devono essere inviati all'Azienda ospedaliero-universitaria Sant'Orsola-Malpighi, Via Massarenti 9, Bologna, presso la segreteria/accettazione del Laboratorio centralizzato situata al piano terra del Padiglione 20. L'invio dei campioni al laboratorio può avvenire tutte le mattine dei giorni feriali, sabato compreso. Evitare di accumulare campioni di più giorni consecutivi.

### ***Condizioni neonatali particolari***

#### *Impiego di disinfettanti o mezzi di contrasto iodati*

Nel neonato, soprattutto se immaturo o con problemi che richiedono trattamenti intensivi, è da evitare l'uso di disinfettanti iodati (tipo Betadine) che possono provocare un quadro di ipotiroidismo transitorio; è preferibile l'impiego di disinfettanti tipo clorexidina. Se per motivi assistenziali è necessario impiegare mezzi di contrasto o altri agenti iodati, bisogna segnalarlo sullo spot. Se l'impiego di agenti iodati si realizza quando è già stato eseguito il test di screening, è opportuno ricontrollare la funzionalità tiroidea.

#### *Esanguinotrasfusione / emotrasfusione precoce*

Lo spot va sempre eseguito prima dell'esecuzione di queste pratiche; qualora esse si debbano realizzare nelle prime 24 ore di vita, è comunque opportuno eseguire prima lo spot e segnalare la motivazione nelle note. Nei casi di trasfusione in utero, lo spot può essere eseguito regolarmente dopo 48 ore di vita e poi ripetuto in 14<sup>a</sup> giornata, segnalando la motivazione nelle note.

#### *Uso di dopamina e di altre amine vasoattive*

Questi farmaci possono sopprimere i livelli ematici di ormone tireotropo e indurre un falso negativo. Lo spot può essere eseguito normalmente secondo i criteri indicati sopra, segnalando però nelle note la terapia in atto; è comunque opportuno ripetere lo spot ad almeno 24 ore dalla sospensione di questi farmaci.

#### *Trattamento materno con cortisonici*

I cortisonici, soprattutto se usati nelle ultime quattro settimane di gravidanza, possono sopprimere i livelli di 17-idrossi-progesterone e indurre un falso negativo. Lo spot deve essere eseguito normalmente secondo i criteri detti sopra, segnalando nelle note tale terapia; in questi casi è opportuno programmare comunque una ripetizione dello spot tra il 14° e il 21° giorno di vita.

## Aspetti laboratoristici

Mediante punzonatura degli spot, il laboratorio ricava dischetti imbibiti di sangue di diametro prefissato su cui esegue i dosaggi previsti per i vari test di screening, utilizzando micro-metodi.

**Tabella 1.** Caratteristiche dei test di *screening* eseguiti

Patologia	Marker dosato	Valore soglia	Metodica	Diametro dischetto	Note
IC	TSH	$\geq 12 \mu\text{U/ml}$	IFL	3 mm	Durata dei test: 5/8 ore Frequenza delle sedute: giornaliera, dal lunedì al venerdì
SAGC	17-OH-P	I livello >30-60 nmol/L (EG $\geq 36$ sett.) 39-85 nmol/L (EG 34-35 sett.) 73-118 nmol/L (EG 31-33 sett.) 106-151 nmol/L (EG <31sett.)  II livello >60 nmol/L (EG $\geq 36$ sett.) >85 nmol/L (EG 34-35 sett.) >118 nmol/L (EG 31-33 sett.) >151 nmol/L (EG <31sett.)	IFL	3 mm	
FC	IRT	$\geq 60 \text{ ng/ml}$ ( $\geq 40 \text{ ng/ml}$ al 2° spot)	IFL	3 mm	
PKU	PHE	$\geq 2 \text{ mg/dl}$	HPLC fluorimetrica	5 mm 3 mm	Durata del test: 30 min (HPLC) Frequenza delle sedute: 3 giorni alla settimana
Galattosemia	galattosio	Negativo	Microbiologica (Enzimatica per test di conferma)	3 mm	Nei casi risultati positivi al test microbiologico, il laboratorio esegue di routine il test enzimatico per confermare un deficit di Gal-1-P-uridiltransferasi prima di segnalare il caso per il richiamo Nel caso di forte sospetto clinico, è possibile eseguire il test enzimatico in 4-5 ore su richiesta previo accordo telefonico (051/6364948)

NB Se il neonato presenta urine scure o maleodoranti, informare il laboratorio per poter analizzare il campione con HPLC nel sospetto di malattia metabolica di altra origine.

*Legenda tabella*

17-OH-P	17-idrossi-progesterone
FC	fibrosi cistica
HPLC	cromatografia liquida ad alta pressione
IC	ipertiroidismo congenito
IFL	immunofluorimetria
IRT	tripsina immunoreattiva
PHE	fenilalanina
SAGC	sindrome adrenogenitale congenita
TSH	ormone tireotropo

## **Modalità di invio dei referti agli enti di provenienza**

Il centro esecutivo del Laboratorio centralizzato realizza sugli spot le indagini previste entro la seconda settimana di vita del neonato, e mediamente ogni 15 giorni invia i referti di tutti i test di screening eseguiti agli enti di provenienza della Regione. I referti devono essere controllati attentamente da un operatore sanitario dell'ente di provenienza, per individuare i campioni insufficienti da ripetere e i campioni alterati che dovranno essere ricontrollati con modalità diverse a seconda del tipo di patologia e seguendo le indicazioni del centro clinico di riferimento di Bologna.

In presenza di un campione su spot insufficiente o comunque da ripetere, il Laboratorio invia in genere all'ente di provenienza un cartoncino pre-compilato con tutti i dati necessari per richiamare il neonato.

Si segnala che dal 2001 in ambito aziendale tutti i risultati dei test di screening eseguiti in Regione e i dati anagrafici dei neonati sottoposti a tali test sono archiviati mediante sistema informatico in forma protetta ai fini della *privacy* (sistema Itaca) e sono utilizzabili da personale abilitato per fini sanitari e/o medico-legali.

## **Modalità di controllo del sospetto diagnostico**

Quando è necessario eseguire un richiamo per controllare un valore su spot risultato patologico, il centro esecutivo informa il centro clinico di riferimento di Bologna mediante opportuni report contenenti i dati anagrafici e anamnestici necessari per fare il richiamo.

Il medico referente del centro clinico di riferimento è responsabile di contattare l'ente di provenienza del neonato per concordare le modalità di controllo, che potranno essere diverse a seconda del tipo di patologia e del grado di alterazione riscontrata (ripetizione 2° spot, controllo su siero, ulteriori accertamenti, ...).

All'atto dell'eventuale esecuzione del secondo spot, nel rettangolo in alto a destra della scheda (vedi *Figura 1*) è opportuno scrivere CONTROLLO in modo chiaro (se possibile con penna rossa), seguito dal nome del *marker* che si intende controllare (TSH, PHE, IRT, galattosio, 17-OH-P), e il codice identificativo assegnato dal laboratorio a quel neonato

(ultime 6 cifre del codice a barre). Per il 2° spot sono sufficienti due macchie correttamente eseguite con le modalità descritte sopra. I cartoncini contenenti i controlli devono essere inviati con urgenza, in modo da raggiungere entro 24-48 ore il Laboratorio centralizzato per la ripetizione del test.

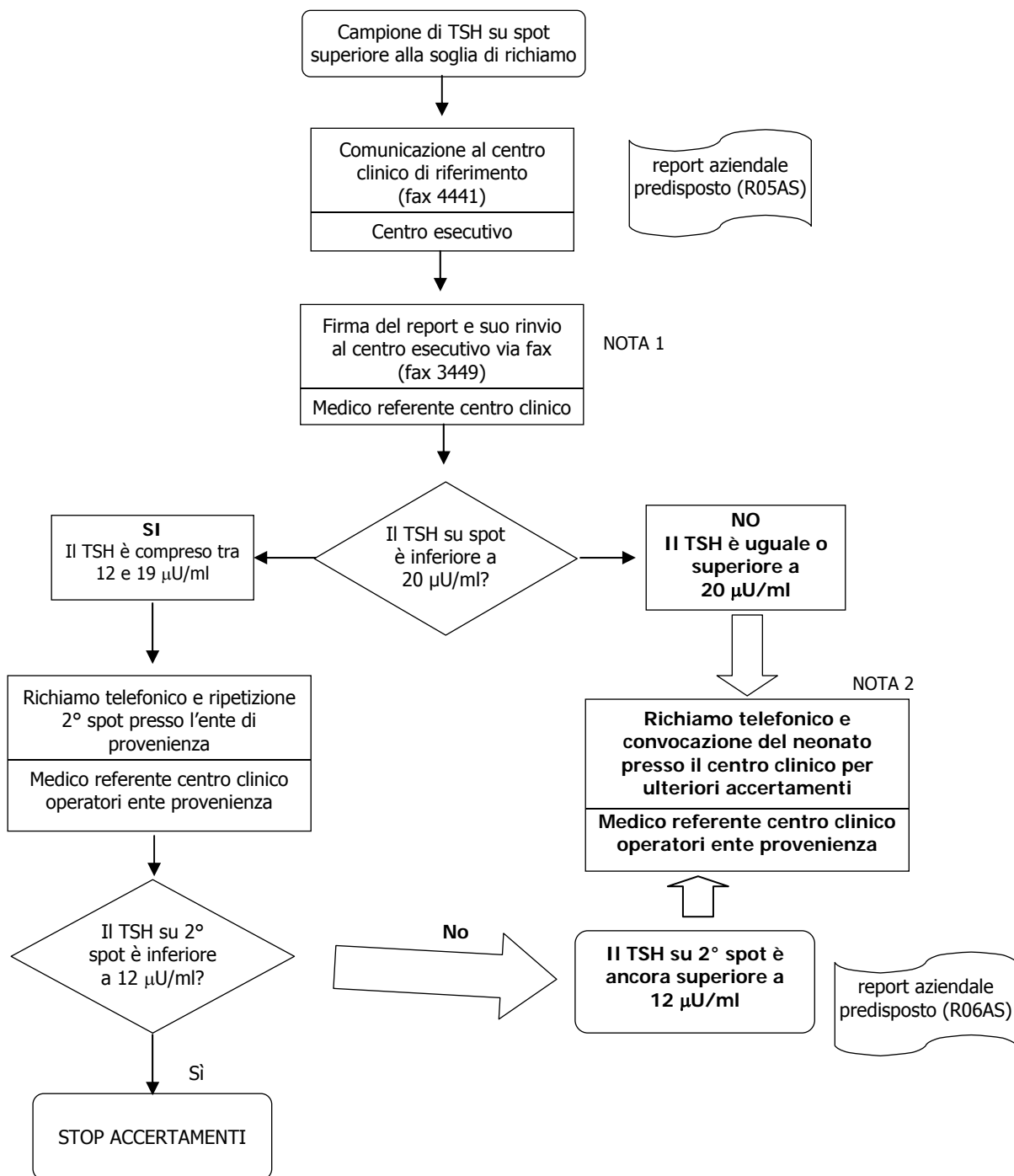
Nel caso di valori su spot nettamente superiori alla soglia, il richiamo assume carattere di particolare urgenza per il forte sospetto di patologia e il neonato deve essere convocato entro 24 (massimo 48) ore per eseguire ulteriori accertamenti. Qualora le condizioni cliniche del neonato e/o altri motivi di carattere organizzativo o familiare non ne permettano la convocazione presso il centro clinico di riferimento di Bologna, gli accertamenti possono essere eseguiti presso l'ente di provenienza. In tal caso i sanitari dell'ente si rendono responsabili della tempestività del controllo, delle modalità e conclusioni dell'accertamento diagnostico e dell'eventuale tempestivo inizio della terapia farmacologica o dietetica.

I risultati dell'accertamento, anche se eseguito in altra sede, devono essere comunicati al centro clinico di riferimento che è comunque responsabile del controllo dell'avvenuto accertamento diagnostico in tutti casi richiamati, eseguendo in stretta collaborazione con il centro esecutivo periodiche revisioni dei richiami richiesti.

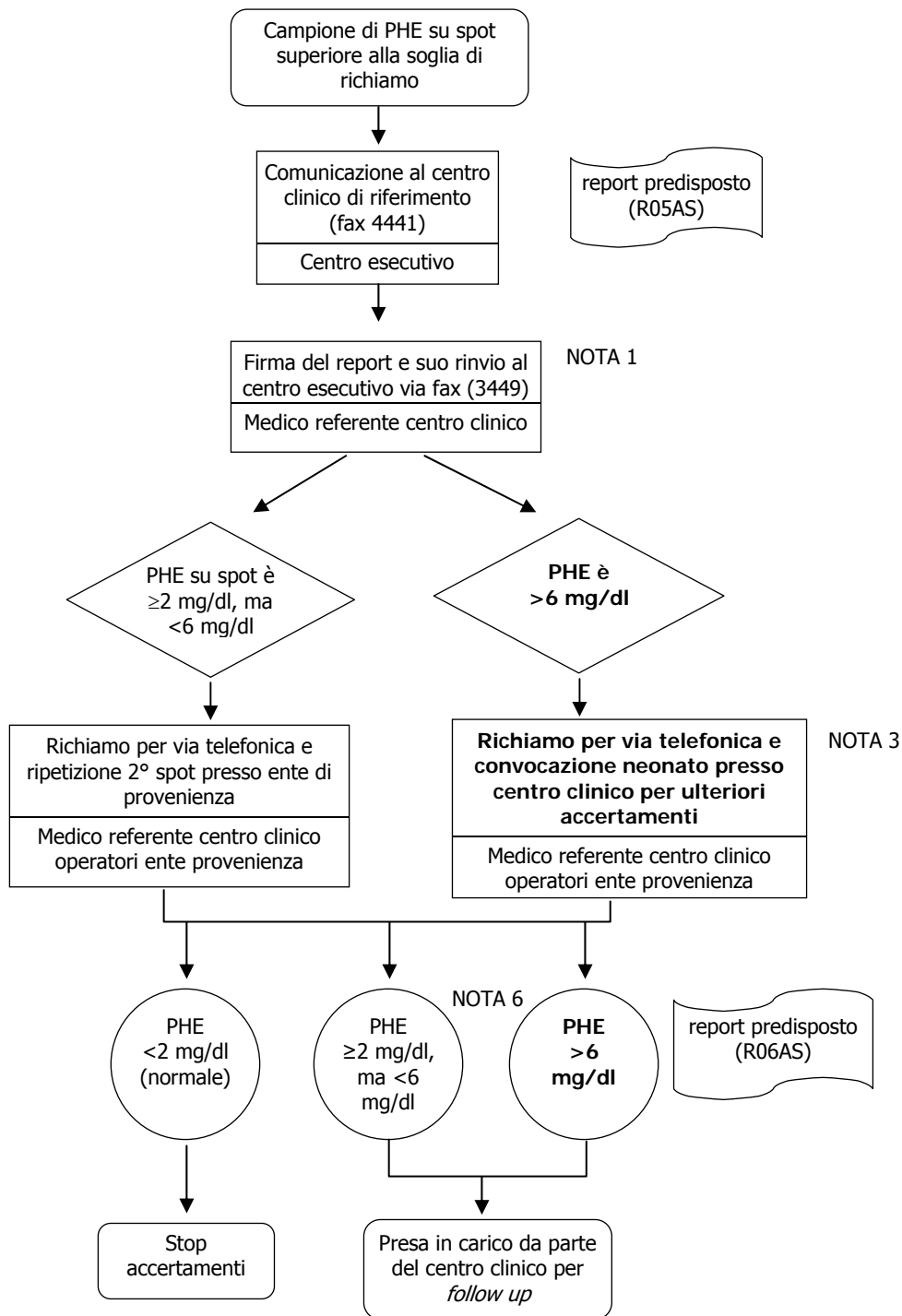
Per ciò che riguarda il controllo del sospetto diagnostico nei casi di fibrosi cistica, il centro clinico di Bologna è responsabile - oltre che della comunicazione dei risultati patologici - della programmazione, d'intesa con gli operatori dell'ente di provenienza, del test del sudore presso uno dei centri di riferimento regionali FC (Bologna, Cesena e Parma) e dell'eventuale invio ai centri regionali di diagnosi e cura della FC (Cesena e Parma) per la presa in carico dei soggetti confermatasi patologici.

Le modalità di controllo del sospetto diagnostico nelle diverse patologie sottoposte a screening sono riportate negli schemi successivi.

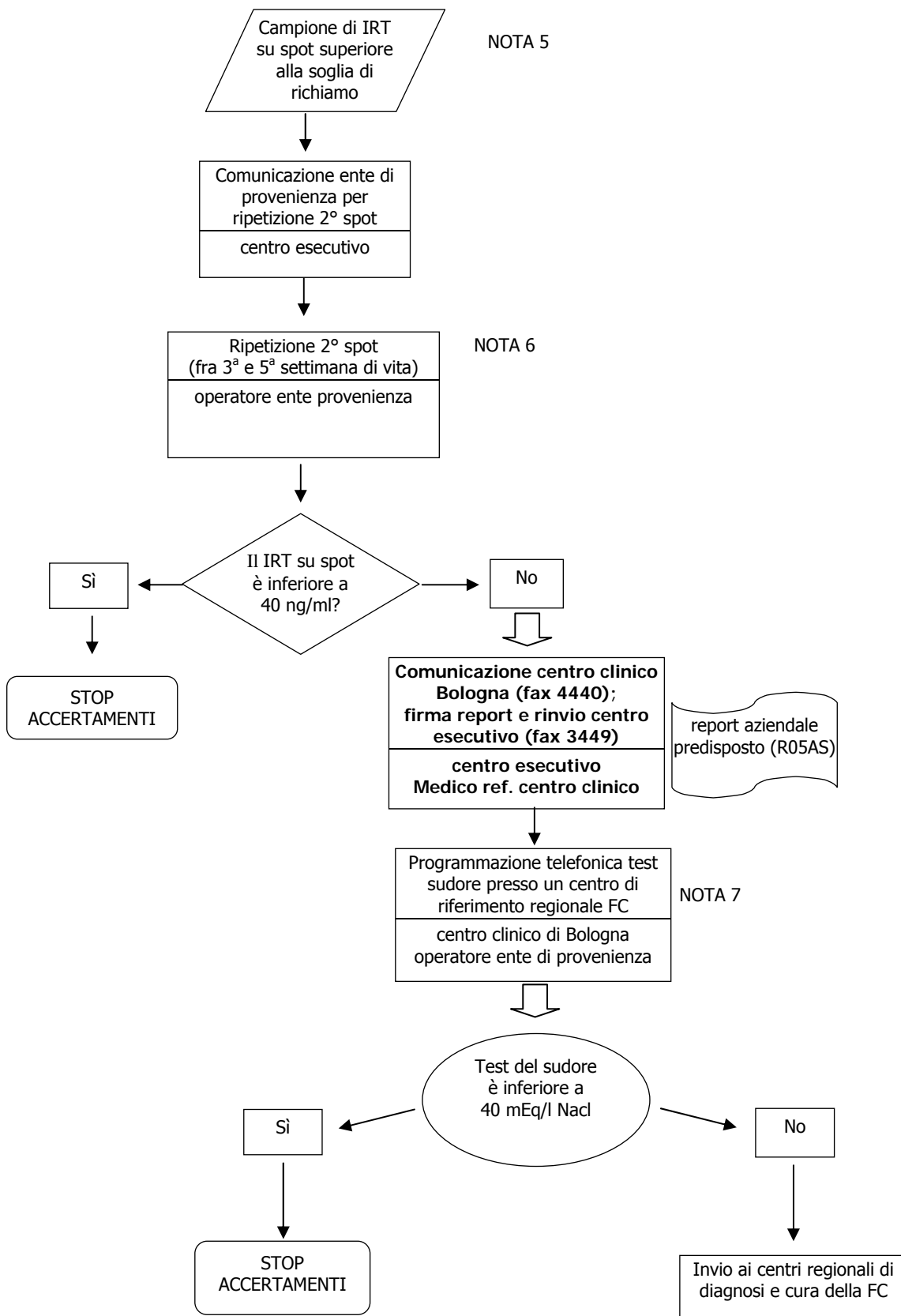
### ***Ipotiroidismo congenito (IC)***



### Iperfenilalaninemia

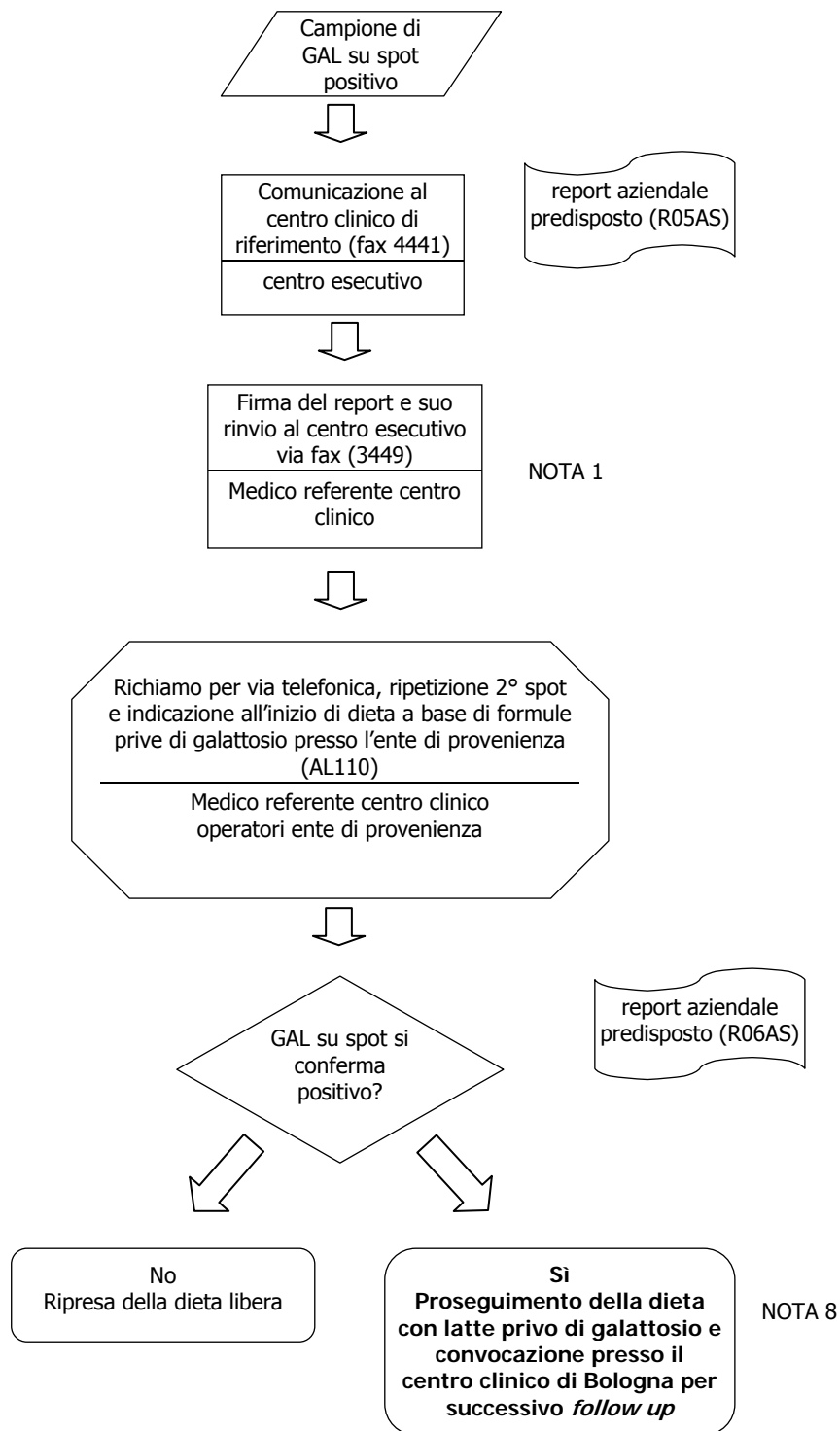


**Fibrosi cistica**



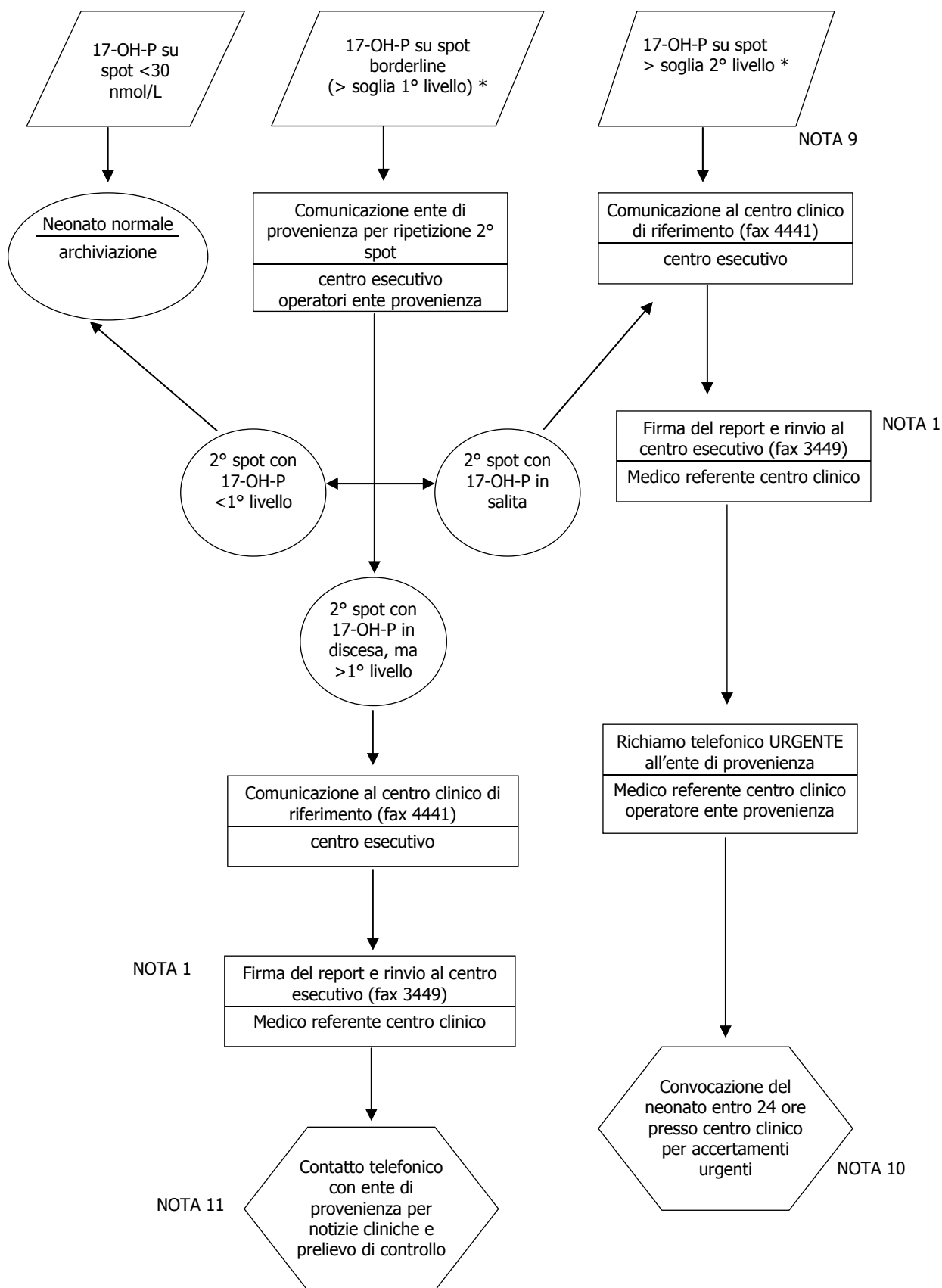
## Galattosemia

GAL galattosio





**Sindrome adreno-genitale congenita**



## ***Note ai logigrammi***

### NOTA 1

Il rinvio del report firmato al centro esecutivo documenta la presa visione da parte del medico del referto del test patologico. I *report* firmati devono essere archiviati presso il centro esecutivo di riferimento.

Il medico referente del centro clinico di riferimento riporta sul retro del report utilizzato la data, il nome e la qualifica dell'operatore dell'ente di provenienza con cui ha parlato, eventuali note anamnestiche riguardanti il neonato, le modalità di controllo concordate (ripetizione 2° spot, controllo su siero, ulteriori accertamenti, ...) e appone la propria firma. I report contenenti queste informazioni devono essere archiviati presso il centro clinico di riferimento.

### NOTA 2

Nel caso di convocazione del neonato per sospetto di ipotiroidismo congenito (IC), la procedura di minima prevede i seguenti accertamenti: anamnesi, esame obiettivo e valutazione mediante prelievo venoso dei livelli sierici di TSH, FT3 e FT4. Se possibile senza incidere sulla tempestività dell'intervento, possono essere eseguite altre indagini volte a precisare la diagnosi etiologica e la severità prenatale dell'IC (ecografia tiroidea, scintigrafia tiroidea con Tc99, Rx ginocchia per valutare i nuclei di ossificazione, ECG, ...).

Alla famiglia viene consegnata una lettera di dimissione predisposta con i risultati delle indagini e la certificazione di esenzione per patologia (codice di esenzione per ipotiroidismo congenito: 027.243) (copia di tali documenti resta all'interno della cartella clinica). Nei casi di IC confermato deve essere compilata l'apposita scheda per l'inserimento nel Registro nazionale dell'IC coordinato dall'Istituto superiore di sanità.

### NOTA 3

Nel caso di convocazione del neonato per sospetto di fenilchetonuria (PKU) sono previsti i seguenti accertamenti: anamnesi, esame obiettivo ed esecuzione di un 2° spot per il dosaggio della PHE che viene inviato in urgenza al centro esecutivo (il risultato di tale dosaggio è disponibile entro 3-4 ore dallo spot previo accordo con il Laboratorio centralizzato, int. 4948). Tutti gli accertamenti sono svolti in regime ambulatoriale nel corso della stessa giornata di convocazione.

In caso di conferma di livelli di PHE su spot  $\geq 6$  mg/dl deve essere iniziata immediatamente una dieta povera di PHE previo contatto con il settore dietetico dell'Azienda (int. 3378, 3379) (PI40).

Alla famiglia viene consegnata una lettera di dimissione predisposta con i risultati delle indagini e la certificazione di esenzione per patologia (codice di esenzione per le aminoacidopatie: RCG040). Copia di tali documenti resta all'interno della cartella clinica ambulatoriale. Il centro clinico è responsabile (in accordo con la farmacia dell'Azienda) del controllo e del mantenimento di una scorta di latte dietetico, necessario per iniziare la dieta in attesa che l'Azienda USL di provenienza, previa presentazione della certificazione di patologia, provveda per i vari pazienti diagnosticati.

NOTA 4

Nei casi in cui i livelli di PHE su 2° spot si confermino tra 2 e 6 mg/dl, il bambino viene comunque preso in carico dal centro clinico di riferimento per periodici controlli su spot della fenilalaninemia ogni 3-4 settimane, fino al completo divezzamento.

NOTA 5

Condizioni cliniche particolari (ileo da meconio e patologie associate a ritardata emissione del meconio) possono determinare un rischio di falso negativo in quanto talora si associano a livelli normali di IRT anche in presenza di fibrosi cistica. Simili quadri clinici devono quindi indurre particolare attenzione diagnostica e l'esecuzione del test del sudore nei casi sospetti anche se il test di screening è risultato normale.

NOTA 6

I livelli di tripsina immunoreattiva (IRT) decrescono nelle prime settimane di vita; tale decremento è presente nella quasi totalità dei neonati. Per tale motivo il richiamo per l'esecuzione di un secondo prelievo deve essere eseguito in una finestra temporale compresa tra la terza e la quinta settimana di vita. Si ritengono pertanto inadeguati, alle finalità dello screening neonatale, prelievi eseguiti oltre la sesta settimana di vita (rischio più elevato di false negatività). Questi piccoli dovranno quindi essere direttamente sottoposti al test del sudore.

NOTA 7

Il test del sudore (secondo metodica di Gibson e Cooke) dovrà essere eseguito presso uno dei seguenti centri di riferimento abilitati in Regione:

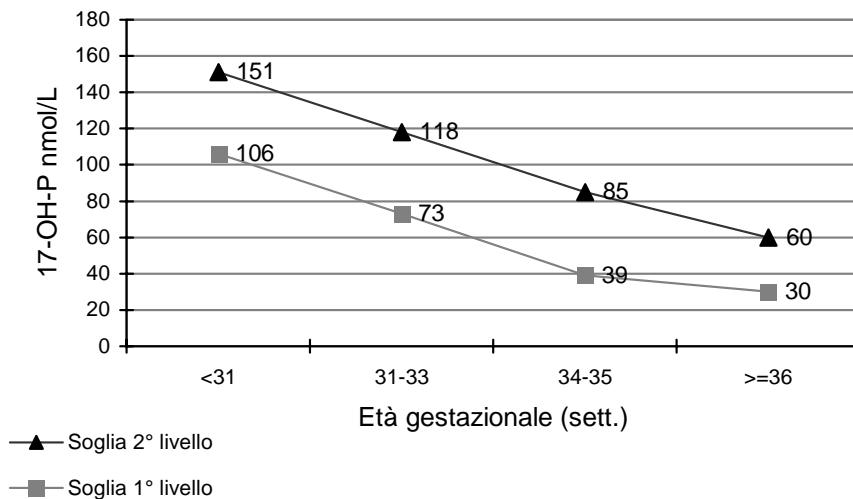
- Centro regionale di diagnosi e cura della fibrosi cistica di Cesena (tel 0547/352656)
- Centro regionale di diagnosi e cura della fibrosi cistica di Parma (tel 0521/946528)
- Centro regionale per lo screening neonatale Bologna (tel 051/6364653)

NOTA 8

Il centro clinico è responsabile (in accordo con la farmacia dell'Azienda) del controllo e del mantenimento di una scorta di latte dietetico (Galactomin 19 o AL110) necessario per iniziare la dieta in attesa che l'Azienda USL di provenienza, previa presentazione della certificazione di patologia (codice di esenzione per malattie del metabolismo dei carboidrati: RCG060), provveda per i vari pazienti diagnosticati.

NOTA 9

L'Emilia-Romagna ha elaborato nel corso degli anni soglie basate su valori di 17OHP suddivisi in 4 gruppi di età gestazionale. Esistono cioè due livelli di *cut off* per le procedure di richiamo (vedi Grafico).



NOTA 10

Nel caso di convocazione del neonato per sospetto di SAGC sono previsti i seguenti accertamenti: anamnesi, visita completa, prelievo ematico per 17-OH-P, elettroliti plasmatici (sodio, potassio, cloro), cortisolo, ACTH, testosterone, attività reninica, androstenedione. Nel caso il neonato venga esaminato presso l'ente di provenienza, dovrà essere inviata la scheda di raccolta dei dati alla diagnosi per il centro clinico regionale di riferimento (Report SAGC).

NOTA 11

Se il risultato del 2° test è ancora elevato, ciò comporterà un esame endocrinologico completo (vedi sopra) quando il valore del 17-OH-P è in salita mentre comporterà solo un ulteriore controllo del 17-OH-P sia su cartoncino che su siero a distanza di 15-30 giorni quando il valore del 17-OH-P del 2° spot è in discesa o uguale rispetto al primo.

# Screening audiologico neonatale

## L'esperienza presso l'Unità operativa di Pediatria di Bentivoglio<sup>10</sup>

L'eziopatogenesi della sordità infantile è quanto mai varia e spesso sconosciuta. La prevalenza dell'handicap uditivo nella popolazione infantile è intorno a 5/1.000; l'ipoacusia neurosensoriale grave e/o profonda da causa genetica o congenita rappresenta l'1-2/1.000 dei neonati sani e raggiunge il 4-5% dei neonati che presentano alla nascita uno o più fattori di rischio audiologico.

La prevalenza della sordità infantile è comunque più elevata di quella di altre patologie congenite per le quali i neonati sono già sottoposti a screening, come la fenilchetonuria o l'ipotiroidismo.

Negli ultimi anni diversi studi hanno confermato la fattibilità di uno screening audiologico neonatale basato sulla registrazione delle otoemissioni acustiche evocate, vibrazioni acustiche prodotte dalle cellule dell'epitelio ciliato esterno della coclea in risposta a stimolazioni uditive, completato nei soggetti che non superano tale metodica dall'esecuzione dei potenziali evocati uditivi del tronco encefalico (ABR).

L'ipoacusia congenita soddisfa tutte le condizioni necessarie per essere considerata una patologia suscettibile a screening neonatale universale: disponibilità di interventi per correggere la condizione individuata, test di screening facilmente utilizzabili con alto grado di sensibilità e specificità, buon rapporto costo-beneficio, condizione non identificabile in base ai parametri clinici, miglioramento della prognosi in seguito alla precocità dello screening.

### Procedura operativa

Dall'aprile 2005 presso l'Unità operativa di Pediatria dell'Ospedale di Bentivoglio viene effettuato lo screening delle ipoacusie neonatali. Attualmente l'età media di identificazione clinica delle ipoacusie è tra i 18 e i 30 mesi di vita.

Il protocollo utilizzato per l'individuazione delle ipoacusie prevede:

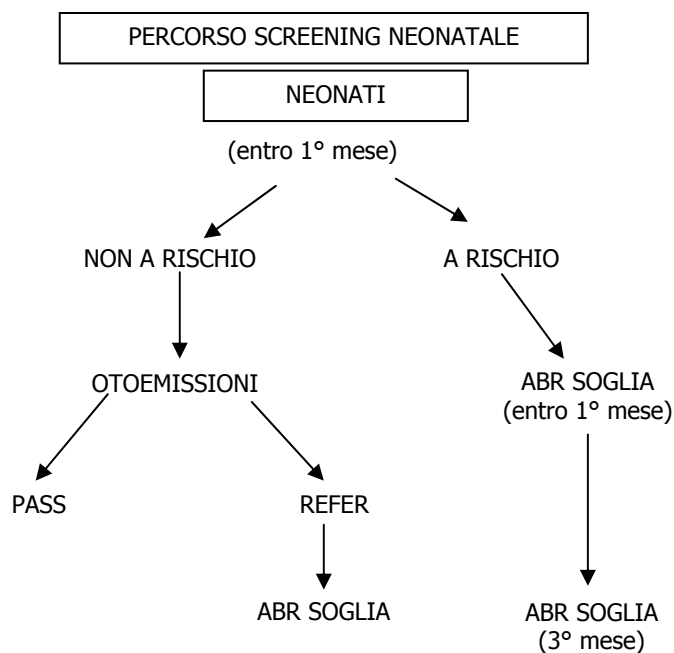
- esecuzione delle otoemissioni a tutti i neonati;
- esecuzione delle otoemissioni e potenziali uditivi evocati ( ABR ) ai nati con fattori di rischio.

---

<sup>10</sup> Giovanni Farneti, Cinzia Campagnoli, Alessandra Castellari, Alfredo Luca Parmeggiani, UO di otorinolaringoiatria, Ospedale di Budrio; Paolo Minelli, UO di Pediatria, Ospedale di Bentivoglio - Azienda USL di Bologna.

Secondo questo criterio sono considerati fattori di rischio audiologico:

- storia familiare di deficit neurosensoriale congenito o ad esordio successivo;
- infezioni congenite tipo toxoplasmosi, rosolia, CMV, herpes, sifilide, HIV;
- uso di farmaci ototossici in gravidanza;
- esposizione a radiazioni in gravidanza;
- prematurità entro la 34<sup>a</sup> settimana o peso neonatale inferiore a 1.500 g;
- ittero a bilirubina indiretta, comparsa dell'ittero dopo 24-48 ore, velocità di accumulo superiore a 5 mg/dl (>20 mg/dl);
- indice di Apgar >3 a 5 minuti di vita;
- ventilazione polmonare meccanica prolungata (>5 giorni);
- ricovero in terapia intensiva neonatale;
- meningite batterica;
- anomalie craniofacciali del padiglione o del canale uditivo, impianto basso dei capelli o anomalie cromosomiche;
- sindromi polimalformative;
- disturbi metabolici del bambino o della madre.



## Indicatori di processo

- Rilevare le perdite di udito >35 dB
- Sottoporre a *screening* almeno il 95% della popolazione neonatale
- Nessun falso negativo (100% di sensibilità)
- Percentuale di falsi positivi <3% (specificità del 97%)
- Perdita al *follow up* <5%
- Sbocco terapeutico precoce

## Bibliografia essenziale

- Agenzia per i servizi sanitari regionali. *Assistenza alla gravidanza e al parto fisiologico. Linee guida nazionali di riferimento*. Programma Nazionale Linee Guida. [http://www.assr.it/plg/gravid\\_parto/gravid\\_parto\\_1.pdf](http://www.assr.it/plg/gravid_parto/gravid_parto_1.pdf)
- American Academy of Pediatrics. Controversies concerning Vitamin K and the Newborn. *Pediatrics*, 112 (1): 191-192, 2003.
- Bertino E., Murru P., Bagna R., Ventriglia A., Garzena E., Martano C., Prandi G., Costa S., Borgione S., Milani S., Fabris C. Standard antropometrici neonatali dell'Italia nord-occidentale. *Riv Ital Ped*, 25 (5): 899-906, 1999.
- CDC Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of perinatal group B streptococcal disease: Revised guidelines from CDC. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 51 (RR-11): 1-18, 2002a.
- CDC Centers for Disease Control and Prevention. US Public Health Service Task Force recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women for maternal health and for interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. *MMWR*, 51 (RR-18): 1-38, 2002b.
- Committee on Infectious Disease. American Academy of Pediatrics. *Red Book 2003*. 5<sup>a</sup> edizione italiana. Pacini Editore, 2003.
- Consensus Conference 2 aprile 2004 Siena. Profilassi con la vitamina K dell'emorragia da deficit di vitamina K. *Acta Neonatologica e Pediatrica* 4: 373-577, 2004.
- Gagliardi L., Macagno F., Pedrotti D., Coraiola M., Furlan R., Agostinis L., Milani S. Standard antropometrici neonatali prodotti dalla task force della Società Italiana di Neonatologia e basati su una popolazione italiana nord-orientale. *Riv Ital Ped*, 25 (1): 59-69, 1999.
- Rapisardi G., Pierattelli M., Tamburini G. Raccomandazioni per l'assistenza alla madre in puerperio e al neonato. *Riv It Ped*, 26: 232-243, 2000.
- Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*, 114 (1): 297-316, 2004.
- Zupan J., Garner P., Omari A.A.A. Topical umbilical cord care at birth. (Cochrane Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 3, 2006.





# COLLANA DOSSIER

a cura dell'Agenzia sanitaria regionale

1. Centrale a carbone "Rete 2": valutazione dei rischi. Bologna, 1990. (\*)
2. Igiene e medicina del lavoro: componente della assistenza sanitaria di base. Servizi di igiene e medicina del lavoro. (Traduzione di rapporti OMS). Bologna, 1990. (\*)
3. Il rumore nella ceramica: prevenzione e bonifica. Bologna, 1990. (\*)
4. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione. I edizione - 1990. Bologna, 1990. (\*)
5. Catalogo delle biblioteche SEDI - CID - CEDOC e Servizio documentazione e informazione dell'ISPESL. Bologna, 1990. (\*)
6. Lavoratori immigrati e attività dei servizi di medicina preventiva e igiene del lavoro. Bologna, 1991. (\*)
7. Radioattività naturale nelle abitazioni. Bologna, 1991. (\*)
8. Educazione alimentare e tutela del consumatore "Seminario regionale Bologna 1-2 marzo 1990". Bologna, 1991. (\*)
9. Guida alle banche dati per la prevenzione. Bologna, 1992.
10. Metodologia, strumenti e protocolli operativi del piano dipartimentale di prevenzione nel comparto rivestimenti superficiali e affini della provincia di Bologna. Bologna, 1992. (\*)
11. I Coordinamenti dei Servizi per l'Educazione sanitaria (CSES): funzioni, risorse e problemi. Sintesi di un'indagine svolta nell'ambito dei programmi di ricerca sanitaria finalizzata (1989 - 1990). Bologna, 1992. (\*)
12. Epi Info versione 5. Un programma di elaborazione testi, archiviazione dati e analisi statistica per praticare l'epidemiologia su personal computer. Programma (dischetto A). Manuale d'uso (dischetto B). Manuale introduttivo. Bologna, 1992. (\*)
13. Catalogo collettivo dei periodici per la prevenzione in Emilia-Romagna. 2ª edizione. Bologna, 1992. (\*)
14. Amianto 1986-1993. Legislazione, rassegna bibliografica, studi italiani di mortalità, proposte operative. Bologna, 1993. (\*)
15. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1991. Bologna, 1993. (\*)
16. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica delle USL dell'Emilia-Romagna, 1991. Bologna, 1993. (\*)

---

(\*) volumi disponibili presso l'Agenzia sanitaria regionale. Sono anche scaricabili dal sito [http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana\\_dossier/archivio\\_dossier\\_1.htm](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

17. Metodi analitici per lo studio delle matrici alimentari. Bologna, 1993. (\*)
18. Venti anni di cultura per la prevenzione. Bologna, 1994.
19. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1992. Bologna, 1994. (\*)
20. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1992. Bologna, 1994. (\*)
21. Atlante regionale degli infortuni sul lavoro. 1986-1991. 2 volumi. Bologna, 1994. (\*)
22. Atlante degli infortuni sul lavoro del distretto di Ravenna. 1989-1992. Ravenna, 1994. (\*)
23. 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1994.
24. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna 1993. Bologna, 1995. (\*)
25. Rischi ambientali, alimentari e occupazionali, Attività di prevenzione e controllo nelle USL dell'Emilia-Romagna. 1993. Bologna, 1995. (\*)
26. La valutazione della qualità nei Servizi di igiene pubblica dell'Emilia-Romagna. Sintesi del triennio 1992-1994. Dati relativi al 1994. Bologna, 1996. (\*)
27. Lavoro e salute. Atti della 5a Conferenza europea sui rischi professionali. Riccione, 7-9 ottobre 1994. Bologna, 1996. (\*)
28. Gli scavi in sotterraneo. Analisi dei rischi e normativa in materia di sicurezza. Ravenna, 1996. (\*)
29. La radioattività ambientale nel nuovo assetto istituzionale. Convegno Nazionale AIRP. Ravenna, 1997. (\*)
30. Metodi microbiologici per lo studio delle matrici alimentari. Ravenna, 1997. (\*)
31. Valutazione della qualità dello screening del carcinoma della cervice uterina. Ravenna, 1997. (\*)
32. Valutazione della qualità dello screening mammografico del carcinoma della mammella. Ravenna, 1997. (\*)
33. Processi comunicativi negli screening del tumore del collo dell'utero e della mammella (parte generale). Proposta di linee guida. Ravenna, 1997. (\*)
34. EPI INFO versione 6. Ravenna, 1997. (\*)
35. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore del collo dell'utero. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998.
36. Come rispondere alle 100 domande più frequenti negli screening del tumore della mammella. Vademecum per gli operatori di front-office. Ravenna, 1998. (\*)
37. Centri di Produzione Pasti. Guida per l'applicazione del sistema HACCP. Ravenna, 1998. (\*)
38. La comunicazione e l'educazione per la prevenzione dell'AIDS. Ravenna, 1998. (\*)

39. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1995-1997. Ravenna, 1998. (\*)
40. Progetti di educazione alla salute nelle Aziende sanitarie dell'Emilia Romagna. Catalogo 1995 - 1997. Ravenna, 1999. (\*)
41. Manuale di gestione e codifica delle cause di morte, Ravenna, 2000.
42. Rapporti tecnici della Task Force D.Lgs 626/94 - 1998-1999. Ravenna, 2000. (\*)
43. Comparto ceramiche: profilo dei rischi e interventi di prevenzione. Ravenna, 2000. (\*)
44. L'Osservatorio per le dermatiti professionali della provincia di Bologna. Ravenna, 2000. (\*)
45. SIDRIA Studi Italiani sui Disturbi Respiratori nell'Infanzia e l'Ambiente. Ravenna, 2000. (\*)
46. Neoplasie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
47. Salute mentale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
48. Infortuni e sicurezza sul lavoro. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
49. Salute Donna. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2000.
50. Primo report semestrale sull'attività di monitoraggio sull'applicazione del D.Lgs 626/94 in Emilia-Romagna. Ravenna, 2000. (\*)
51. Alimentazione. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
52. Dipendenze patologiche. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
53. Anziani. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
54. La comunicazione con i cittadini per la salute. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
55. Infezioni ospedaliere. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)
56. La promozione della salute nell'infanzia e nell'età evolutiva. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
57. Esclusione sociale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
58. Incidenti stradali. Proposta di Patto per la sicurezza stradale. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001.
59. Malattie respiratorie. Rapporto tecnico per la definizione di obiettivi e strategie per la salute. Ravenna, 2001. (\*)

60. AGREE. Uno strumento per la valutazione della qualità delle linee guida cliniche. Bologna, 2002.
61. Prevalenza delle lesioni da decubito. Uno studio della Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
62. Assistenza ai pazienti con tubercolosi polmonare nati all'estero. Risultati di uno studio caso-controllo in Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
63. Infezioni ospedaliere in ambito chirurgico. Studio multicentrico nelle strutture sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2002.
64. Indicazioni per l'uso appropriato della chirurgia della cataratta. Bologna, 2002. (\*)
65. Percezione della qualità e del risultato delle cure. Riflessione sugli approcci, i metodi e gli strumenti. Bologna, 2002. (\*)
66. Le Carte di controllo. Strumenti per il governo clinico. Bologna, 2002.
67. Catalogo dei periodici. Archivio storico 1970-2001. Bologna, 2002.
68. Thesaurus per la prevenzione. 2a edizione. Bologna, 2002. (\*)
69. Materiali documentari per l'educazione alla salute. Archivio storico 1970-2000. Bologna, 2002. (\*)
70. I Servizi socio-assistenziali come area di policy. Note per la programmazione sociale regionale. Bologna, 2002. (\*)
71. Farmaci antimicrobici in età pediatrica. Consumi in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
72. Linee guida per la chemiopprofilassi antibiotica in chirurgia. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2002. (\*)
73. Liste di attesa per la chirurgia della cataratta: elaborazione di uno score clinico di priorità. Bologna, 2002. (\*)
74. Diagnostica per immagini. Linee guida per la richiesta. Bologna, 2002. (\*)
75. FMEA-FMECA. Analisi dei modi di errore/guasto e dei loro effetti nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 1. Bologna, 2002. (\*)
76. Infezioni e lesioni da decubito nelle strutture di assistenza per anziani. Studio di prevalenza in tre Aziende USL dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
77. Linee guida per la gestione dei rifiuti prodotti nelle Aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2003.
78. Fattibilità di un sistema di sorveglianza dell'antibioticoresistenza basato sui laboratori. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
79. Valutazione dell'appropriatezza delle indicazioni cliniche di utilizzo di MOC ed eco-color-Doppler e impatto sui tempi di attesa. Bologna, 2003. (\*)
80. Promozione dell'attività fisica e sportiva. Bologna, 2003. (\*)
81. Indicazioni all'utilizzo della tomografia ad emissione di positroni (FDG - PET) in oncologia. Bologna, 2003. (\*)

82. Applicazione del DLgs 626/94 in Emilia-Romagna. Report finale sull'attività di monitoraggio. Bologna, 2003. (\*)
83. Organizzazione aziendale della sicurezza e prevenzione. Guida per l'autovalutazione. Bologna, 2003.
84. I lavori di Francesca Repetto. Bologna, 2003. (\*)
85. Servizi sanitari e cittadini: segnali e messaggi. Bologna, 2003. (\*)
86. Il sistema di incident reporting nelle organizzazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 2. Bologna, 2003. (\*)
87. I Distretti nella Regione Emilia-Romagna. Bologna, 2003. (\*)
88. Misurare la qualità: il questionario. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2003. (\*)
89. Promozione della salute per i disturbi del comportamento alimentare. Bologna, 2004. (\*)
90. La gestione del paziente con tubercolosi: il punto di vista dei professionisti. Bologna, 2004. (\*)
91. Stent a rilascio di farmaco per gli interventi di angioplastica coronarica. Impatto clinico ed economico. Bologna, 2004. (\*)
92. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2003. Bologna, 2004. (\*)
93. Le liste di attesa dal punto di vista del cittadino. Bologna, 2004. (\*)
94. Raccomandazioni per la prevenzione delle lesioni da decubito. Bologna, 2004. (\*)
95. Prevenzione delle infezioni e delle lesioni da decubito. Azioni di miglioramento nelle strutture residenziali per anziani. Bologna, 2004. (\*)
96. Il lavoro a tempo parziale nel Sistema sanitario dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
97. Il sistema qualità per l'accreditamento istituzionale in Emilia-Romagna. Sussidi per l'autovalutazione e l'accreditamento. Bologna, 2004. (\*)
98. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 1992-2002. Bologna, 2004. (\*)
99. La sorveglianza per la sicurezza alimentare in Emilia-Romagna nel 2002. Bologna, 2004. (\*)
100. Dinamiche del personale infermieristico in Emilia-Romagna. Permanenza in servizio e mobilità in uscita. Bologna, 2004. (\*)
101. Rapporto sulla specialistica ambulatoriale 2002 in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
102. Antibiotici sistemici in età pediatrica. Prescrizioni in Emilia-Romagna 2000-2002. Bologna, 2004. (\*)
103. Assistenza alle persone affette da disturbi dello spettro autistico. Bologna, 2004. (\*)

104. Sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere in terapia intensiva. Indagine conoscitiva in Emilia-Romagna. Bologna, 2004. (\*)
105. SapereAscoltare. Il valore del dialogo con i cittadini. Bologna, 2005. (\*)
106. La sostenibilità del lavoro di cura. Famiglie e anziani non autosufficienti in Emilia-Romagna. Sintesi del progetto. Bologna, 2005. (\*)
107. Il bilancio di missione per il governo della sanità dell'Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
108. Contrastare gli effetti negativi sulla salute di disuguaglianze sociali, economiche o culturali. Premio Alessandro Martignani - III edizione. Catalogo. Bologna, 2005. (\*)
109. Rischio e sicurezza in sanità. Atti del convegno Bologna, 29 novembre 2004. Sussidi per la gestione del rischio 3. Bologna, 2005. (\*)
110. Domanda di cure domiciliare e donne migranti. Indagine sul fenomeno delle badanti in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
111. Le disuguaglianze in ambito sanitario. Quadro normativo ed esperienze europee. Bologna, 2005. (\*)
112. La tubercolosi in Emilia-Romagna. 2003. Bologna, 2005. (\*)
113. Educazione continua in medicina in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2005. (\*)
114. Le segnalazioni dei cittadini agli URP delle Aziende sanitarie. Report regionale 2004. Bologna, 2005. (\*)
115. Proba Progetto Bambini e antibiotici. I determinanti della prescrizione nelle infezioni delle alte vie respiratorie. Bologna, 2005. (\*)
116. Audit delle misure di controllo delle infezioni post-operatorie in Emilia-Romagna. Bologna, 2005. (\*)
117. Dalla Pediatria di comunità all'Unità pediatrica di Distretto. Bologna, 2006. (\*)
118. Linee guida per l'accesso alle prestazioni di eco-color doppler: impatto sulle liste di attesa. Bologna, 2006. (\*)
119. Prescrizioni pediatriche di antibiotici sistemici nel 2003. Confronto in base alla tipologia di medico curante e medico prescrittore. Bologna, 2006. (\*)
120. Tecnologie informatizzate per la sicurezza nell'uso dei farmaci. Sussidi per la gestione del rischio 4. Bologna, 2006. (\*)
121. Tomografia computerizzata multistrato per la diagnostica della patologia coronarica. Revisione sistematica della letteratura. Bologna, 2006. (\*)
122. Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Bologna, 2006. (\*)
123. Epidemie di infezioni correlate all'assistenza sanitaria. Sorveglianza e controllo. Bologna, 2006. (\*)
124. Indicazioni per l'uso appropriato della FDG-PET in oncologia. Sintesi. Bologna, 2006. (\*)

125. Il clima organizzativo nelle Aziende sanitarie - ICONAS. Cittadini, Comunità e Servizio sanitario regionale. Metodi e strumenti. Bologna, 2006. (\*)
126. Neuropsichiatria infantile e Pediatria. Il progetto regionale per i primi anni di vita. Bologna, 2006. (\*)
127. La qualità percepita in Emilia-Romagna. Strategie, metodi e strumenti per la valutazione dei servizi. Bologna, 2006. (\*)
128. La guida DISCERNere. Valutare la qualità dell'informazione in ambito sanitario. Bologna, 2006. (\*)
129. Qualità in genetica per una genetica di qualità. Atti del convegno Ferrara, 15 settembre 2005. Bologna, 2006. (\*)
130. La root cause analysis per l'analisi del rischio nelle strutture sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 6. Bologna, 2006. (\*)
131. La nascita pre-termine in Emilia-Romagna. Rapporto 2004. Bologna, 2006. (\*)
132. Atlante dell'appropriatezza organizzativa. I ricoveri ospedalieri in Emilia-Romagna. Bologna, 2006. (\*)
133. Reprocessing degli endoscopi. Indicazioni operative. Bologna, 2006. (\*)
134. Reprocessing degli endoscopi. Eliminazione dei prodotti di scarto. Bologna, 2006. (\*)
135. Sistemi di identificazione automatica. Applicazioni sanitarie. Sussidi per la gestione del rischio 7. Bologna, 2006. (\*)
136. Uso degli antimicrobici negli animali da produzione. Limiti delle ricette veterinarie per attività di farmacovigilanza. Bologna, 2006. (\*)
137. Il profilo assistenziale del neonato sano. Bologna, 2006. (\*)

