
	<h1>ASL AL</h1>	<p style="text-align: right;">Sede legale: Viale Giolitti,2 15033 Casale Monferrato (AL) Partita IVA/Codice Fiscale n. 02190140067</p>
<p>Struttura: : Rischio Clinico e Rischio Infettivo Tel: 0142 434612 e-mail: pcostanzo@aslal.it www.aslal.it</p>		
<p>Codice: AL.RCRI.031.2011.00</p>	<p>Revisione: 00</p>	<p>Emesso il: Giugno 2011</p>
<p>Pagina 1 di 10</p>		

RACCOMANDAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO

INDICE:

1.	Razionale	Pag . 2
2.	Obiettivi	Pag. 2
3.	Destinatari	Pag. 2
4.	Definizioni	Pag 3
5.	Modalita' Operative	Pag. 3
	5.1 <u>Aspetti Organizzativi</u>	Pag. 3
	5.2 <u>Aspetti Clinici</u>	Pag. 5
	5.3 <u>Formazione</u>	Pag. 8
6.	Legenda	Pag. 9
7.	Bibliografia	Pag. 10

<p>Redazione</p> <p><i>Dott. S. Leonardi</i> Direttore SOC Ostetricia Ginecologia PO Novi Ligure <i>Dott. R. Chiapponi</i> Direttore SOC Ostetricia Ginecologia P.O. Casale <i>Dott. C. Rinaldi</i> Direttore SOC Ostetricia Ginecologia P.O. Tortona <i>Dott. V. Castella</i> Direttore SOC Pediatria PO Tortona <i>Dott. F. Papili</i> Direttore SOC Pediatria PO Casale Monf.to <i>Dott. R. Pietrasanta</i> SOC Ostetricia Ginecologia PO Tortona <i>Dott. A. Panella</i> SOC Pediatria PO Novi L. <i>Dott.a M.E. Focati</i> Coordinatore SITRO ASL AL <i>CPSI/AS M.T. Nicola</i> SOC Rischio Clinico <i>Dott.a A.P. Zandrino</i> SOC Rischio Clinico</p>	<p>Approvazione:</p> <p><i>Dott.P.Costanzo</i> Direttore S.O.C Rischio Clinico</p>	<p>Autorizzazione emissione:</p> <p><i>Dott. P. Tofanini</i> Coordinatore della Rete di Presidi Ospedalieri</p>	
--	---	--	---

<i>Struttura:</i> Rischio Clinico e Rischio Infettivo Tel : 0142 434612 Fax 0142 434614 e-mail: pcostanzo@aslal.it www.aslal.it	<i>Codice:</i> AL.RCRI.031.2011.00	<i>Revisione:</i> 00
<i>Titolo del documento</i> RACCOMANDAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	<i>Emesso il:</i> Giugno 2011	<i>Pagina 2 di 10</i>

1. RAZIONALE

La gestione delle condizioni di rischio clinico in corso di travaglio e/o parto deve essere una delle assolute priorità all' interno delle SOC di ostetricia dell' ASLAL.

“ THE LANCET” ha presentato uno studio condotto dall' Ihme (Institute for health metrics and evaluation) dell' Università di Washington relativo all' andamento del tasso di mortalità per complicanze legate alla gravidanza negli ultimi 30 anni nei paesi dell'ONU. L' Italia sarebbe il paese dove il tasso di mortalità materna è il più basso al mondo (meno di 4 decessi ogni 100000 nati vivi). In realtà il rapporto di mortalità materna sarebbe ampiamente sottostimato. Secondo uno studio multicentrico condotto dall'ISS(Istituto Superiore Sanità) in collaborazione con Piemonte,Toscana, Emilia-Romagna, Lazio, Campania e Sicilia il dato nazionale sarebbe sottostimato del 75% .

La morte materna rappresenta un evento drammatico che può essere determinato anche da standard assistenziali inappropriati.

Il sistema di sorveglianza inglese nell' ultimo report (2009) individua tra le cause di morte materna fattori clinico assistenziali e organizzativi quali: la mancanza di adeguata comunicazione tra professionisti, sottovalutazione della gravità del caso ,diagnosi non corretta, trattamento subottimale/non corretto, mancata revisione di specialista esperto,mancanza di posti letto in terapia intensiva o troppo distante, mancanza di sangue o derivati.

La prevenzione della substandard care (assistenza al di sotto dello standard), frequentemente associata alla morte materna, richiede una dettagliata analisi delle cause attraverso sistemi di sorveglianza attiva, adeguati percorsi di audit clinico tra i professionisti , studio dei fattori di rischio e prevenzione dei casi evitabili.

2. OBIETTIVI

Prevenire e/o ridurre la mortalità materna correlata a travaglio e/o parto all' interno delle SOC di Ostetricia dell' ASLAL.

L'utilizzo di protocolli validati e condivisi permette ai professionisti di assumere decisioni cliniche e terapeutiche in tempi più rapidi secondo le migliori raccomandazioni esistenti in letteratura garantendo al cittadino uniformità ed equità del trattamento ,contenimento del rischio clinico e informazioni complete ed accessibili.

3. DESTINATARI

La raccomandazione deve essere applicata da tutto il personale medico ,ostetrico e infermieristico operante presso le SOC di ostetricia dell' ASLAL e i Consultori distrettuali.

<i>Struttura:</i> Rischio Clinico e Rischio Infettivo Tel : 0142 434612 Fax 0142 434614 e-mail: pcostanzo@aslal.it www.aslal.it	<i>Codice:</i> AL.RCRI.031.2011.00	<i>Revisione:</i> 00
<i>Titolo del documento</i> RACCOMANDAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	<i>Emesso il:</i> Giugno 2011	<i>Pagina 3 di 10</i>

4. DEFINIZIONI

Secondo ICD10:

- **MORTE MATERNA:** morte di una donna durante la gravidanza o entro 42 gg dal termine per qualsiasi causa correlata o aggravata dalla gravidanza o dal suo trattamento ma NON da cause accidentali o fortuite.
- **MORTE TARDIVA:** morte di una donna per cause ostetriche dirette o indirette oltre i 42 giorni ma entro un anno dal termine.
- **MORTE CORRELATA** alla gravidanza: morte di una donna in gravidanza o entro 42 giorni dal termine indipendentemente dalla causa di morte (comprese cause accidentali e infortuni)
- **MORTE MATERNA DIRETTA:** complicanze ostetriche di gravidanza-parto puerperio per interventi, omissioni o trattamenti INAPPROPRIATI.
- **MORTE MATERNA INDIRETTA:** malattie preesistenti o insorte durante la gravidanza o aggravate dalla gravidanza(patologia cardiaca –neoplasie- suicidio)

5. MODALITA' OPERATIVE

5.1 ASPETTI ORGANIZZATIVI

a) TRIAGE OSTETRICO:

al momento del ricovero occorre provvedere alla classificazione del rischio della paziente durante il parto per organizzare specifici percorsi assistenziali differenziati con definite responsabilità cliniche e organizzative.

L'equipe assistenziale (ginecologo, ostetrica, neonatologo, anestesista altri eventuali specialisti) deve valutare il profilo di rischio della donna in base a criteri biologici, sociali e psicologici.

Pertanto all'atto del triage ostetrico devono essere adottate appropriate modalità di comunicazione per permettere alla paziente di comprendere il significato del concetto di rischio e lo specifico percorso assistenziale programmato, per lei, dall'equipe.

La valutazione del rischio di una gravidanza deve essere fatta in tutte le fasi della stessa, dall'esordio al post partum , in quanto pur trattandosi di un evento fisiologico si può complicare in modo non sempre prevedibile e con conseguenze gravi per la donna e per il feto.

Quindi l'accertamento del rischio deve essere una procedura continua durante tutta la gravidanza e il travaglio. Durante il triage ostetrico deve avvenire l'identificazione del profilo di rischio in base a elementi anamnestici, clinici e strumentali condivisi dall'equipe, riportati su una apposita scheda e in cartella clinica e comunicati alla paziente.

<i>Struttura:</i> Rischio Clinico e Rischio Infettivo Tel : 0142 434612 Fax 0142 434614 e-mail: pcostanzo@aslal.it www.aslal.it	<i>Codice:</i> AL.RCRI.031.2011.00	<i>Revisione:</i> 00
<i>Titolo del documento</i> RACCOMANDAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	<i>Emesso il:</i> Giugno 2011	<i>Pagina 4 di 10</i>

Definizioni correlate al triage

- **Gravidanza a alto rischio:**

quando esiste la possibilità di un esito patologico per la donna e/o il bambino con un'incidenza maggiore di quella esistente nella popolazione generale delle gestanti (criterio ACOG).

- **Parto normale o fisiologico:**

(diagnosi a posteriori) di un feto, espulso in presentazione di vertice, per effetto di travaglio insorto spontaneamente tra la 37 e la 42 settimana di gravidanza, il cui decorso risulta fisiologico e/o a basso rischio dalle fasi dell' avvio fino alla nascita. Dopo la nascita madre e bambino risultano in buone condizioni di salute.

- **Emergenza:**

la compromissione di una funzione vitale della donna o del feto a > 23 settimane di età gestazionale.

- **Urgenza:**

la minaccia di compromissione di una funzione vitale della donna o del feto a > 23 settimane di età gestazionale.

- **Prestazione differibile:**

non urgente, eventualmente prenotabile in ambulatorio.

In caso di contemporaneità di casi con la stessa gravità viene decisa la priorità in base all'insorgenza e alla gravità della sintomatologia. Il triage ostetrico deve essere differenziato in base ai livelli assistenziali e organizzativi esistenti presso ciascuna SOC.

b) PERCORSI ASSISTENZIALI:

ogni SOC di ostetricia deve dotarsi di protocolli e percorsi assistenziali scritti condivisi tra tutti gli operatori dell' equipe basati sulle prove di efficacia disponibili. Al fine di favorire la continuità assistenziale al percorso nascita è necessario prevedere l' integrazione con il territorio , l'appropriatezza del ricovero in base al livello del punto nascita e le modalità di trasporto in caso di emergenza ostetrica. Nella valutazione di ogni caso clinico non deve mai essere perso di vista il binomio madre -feto evitando scelte che privilegino solo uno dei due.

c) COMUNICAZIONE INTERNA:

il mancato o inadeguato scambio di informazioni sui casi è una delle cause più frequenti di eventi avversi. Ogni SOC di ostetricia deve mettere a punto un sistema di comunicazione tra tutti i componenti dell' equipe valutando la complessità organizzativa e assistenziale e soprattutto le modalità di comportamento da adottare durante un' emergenza.

Struttura: Rischio Clinico e Rischio Infettivo Tel : 0142 434612 Fax 0142 434614 e-mail: pcostanzo@aslal.it www.aslal.it	Codice:AL.RCRI.031.2011.00	Revisione: 00
Titolo del documento RACCOMANDAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	Emesso il: Giugno 2011	Pagina 5 di 10

d) COMUNICAZIONE CON LA PAZIENTE:

ogni atto sanitario deve essere preceduto e accompagnato da un' esauriente azione informativa di cui ogni operatore deve farsi carico in base alle specifiche competenze professionali.

e) ORGANIZZAZIONE DELL' EQUIPE:

si deve realizzare sulla base di:

- predisposizione dei turni di lavoro nel rispetto di criteri di sicurezza e garanzia sia per le pazienti che per i componenti dell' equipe
- possibilità di consultare tempestivamente, in caso di emergenza, i membri più esperti dell' equipe (rintracciabili tramite turni di reperibilità)
- riunioni di reparto con tutti i membri dell' equipe per favorire una comunicazione efficace.

f) DOCUMENTAZIONE CLINICA:

deve fornire tutti gli elementi necessari per rintracciare e verificare le azioni assistenziali e terapeutiche compreso il decorso della gravidanza e il partogramma .

La documentazione deve essere conosciuta e visionabile dalla paziente.

5.2 ASPETTI CLINICI

Le cause più frequenti e efficacemente evitabili di morte materna nei paesi occidentali sono:

a) **malattia tromboembolica:**

rappresenta una delle cause principali di mortalità diretta (15 casi mortali per milione di gravidanze).

La principale raccomandazione riguarda la valutazione del profilo di rischio trombotico in occasione di ogni contatto della donna con la struttura ospedaliera (l'80% circa delle pazienti decedute per embolia polmonare presentava anamnesi positiva per specifici fattori di rischio tromboembolico).

Gli aspetti di substandard care rilevati più frequentemente riguardano il mancato riconoscimento dei fattori di rischio, segni e sintomi della malattia tromboembolica e trattamenti di tromboprofilassi non sufficientemente tempestivi o con dosaggi inappropriati.

La raccomandazione principale riguarda la valutazione del profilo di rischio trombotico della donna in occasione di ogni contatto con la struttura ospedaliera.

Deve essere valutato il rischio tromboembolico anche se la paziente non è in trattamento e una eventuale profilassi ATA (antitromboembolica) in base all' assenza o presenza dei fattori di rischio e alla previsione della data del parto.

Se la paziente è in trattamento con farmaci antitrombotici, antiaggreganti la valutazione, frequentemente multidisciplinare, cambia in base all'epoca gestazionale, al motivo del ricovero e alla tipologia del trattamento in corso.

Struttura: Rischio Clinico e Rischio Infettivo Tel : 0142 434612 Fax 0142 434614 e-mail: pcostanzo@aslal.it www.aslal.it	Codice:AL.RCRI.031.2011.00	Revisione: 00
Titolo del documento RACCOMANDAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	Emesso il: Giugno 2011	Pagina 6 di 10

Al momento del parto è necessario effettuare una ulteriore valutazione del rischio sempre in base all' assenza o presenza di uno o più fattori di rischio.

Alla dimissione, se la paziente era in trattamento antitrombotico, prima del ricovero, può essere opportuno rivalutare la terapia in atto . Se, prima del ricovero, la paziente non era in trattamento è necessario valutare l' attuale rischio tromboembolico .

b) emorragia post partum:

può essere considerato uno degli eventi avversi più gravi nell'ambito dell'assistenza in sala parto con una stima tra il 5 e il 22% del totale dei parti e mortalità pari al 71% attribuibile a substandard care. Più della metà dei casi si verifica entro 24 ore dal parto; la morte avviene per shock emorragico spesso come ultimo effetto della coagulopatia da consumo.

Definizioni:

- **emorragia post partum** : una perdita ematica > 500 ml entro 24 ore dal parto vaginale (o >1000 ml durante un TC). Si parla di emorragia massiva quando la perdita equivale al 30% 40 % della volemia della paziente comportante rapido scompenso cardiocircolatorio e un quadro di coagulopatia.

La stima della perdita ematica , al secondamento, deve avvenire in ogni sala parto secondo regole che appartengono ad uno standard ben consolidato. La precisa definizione della quantità di sangue perso è determinante al fine della prevenzione dello shock emorragico grave e ogni reparto di ostetricia dovrebbe predisporre una procedura per la stima della perdita ematica (es sacchetti raccoglitori di sangue + peso delle falde di raccolta del sangue perso); infatti l' emorragia può essere così repentina e grave da non permettere l' attesa di analisi ematologiche.

Il riconoscimento delle cause è **fondamentale** per indirizzare il corretto trattamento. Alcuni casi si avvalgono con successo di provvedimenti chirurgici specifici; pertanto in sala parto il ginecologo deve essere esperto in tutte le procedure necessarie dalla riparazione dei diversi gradi di lacerazione genitale fino all' isterectomia.

L'ipotonia uterina (causa più frequente di emorragia post partum) prevede l' impiego di farmaci uterotonici e di manovre che mirano alla compressione dell'utero. **Si consiglia di tenere sempre a disposizione in sala parto un kit per ipotonia uterina.**

Secondo i principi del Rischio Clinico è quindi opportuna una verifica periodica della frequenza e della gestione dei casi di emorragia post partum. A tale scopo sarebbe utile predisporre:

- una scheda con griglia dati predefinita per la documentazione dei casi
- una compilazione della scheda in tempo reale da parte degli operatori che incorrono nell' evento
- una discussione dei casi almeno due volte l' anno.

Struttura: Rischio Clinico e Rischio Infettivo Tel : 0142 434612 Fax 0142 434614 e-mail: pcostanzo@aslal.it www.aslal.it	Codice: AL.RCRI.031.2011.00	Revisione: 00
Titolo del documento RACCOMANDAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	Emesso il: Giugno 2011	Pagina 7 di 10

Per prevenire l' emorragia post partum sono indicate :

1. gestione attiva del post partum
2. stretta osservazione della paziente in presenza di fattori di rischio o perdita ematica > 500 cc
3. definire una procedura per la stima della perdita ematica avendo rapidamente disponibili strumenti e materiali per la terapia
4. definire un protocollo per la gestione dello shock emorragico condiviso con anestesisti e trasfusionale
5. prevedere la formazione periodica dell' equipe chirurgica e verificare che ogni operatore sia in grado di eseguire le procedure chirurgiche appropriate
6. analizzare e discutere periodicamente i casi

Essendo fondamentale una risposta urgente da parte di ogni operatore presente all'evento si raccomanda di prevedere, in ogni sala parto, la presenza di protocolli e procedure locali a cui ogni operatore possa rapidamente riferirsi identificando con chiarezza le azioni che gli competono.

c) **ipertensione-preeclampsia:**

l'ipertensione indotta dalla gravidanza è pari all' 8-10%.

La preeclampsia (PE) complica il 3-4% delle gravidanze ed è causa diretta di morte materna nel 13-15% dei casi.

La HELLP Sindrome (Hemolysis Elevated Liver enzyme low Platelet count) complica il 20% delle PE gravi con un tasso di mortalità pari a 7 casi per milione di maternità con una percentuale di substandard care intorno al 50 %.

Attuare una prevenzione nei confronti della PE significa ,innanzitutto, identificare le pazienti a rischio; in presenza di possibili fattori di rischio (preconcezionali e correlati alla gravidanza) le donne possono essere destinate ad una sorveglianza prenatale intensiva e ad interventi di profilassi (prevenzione secondaria). Alcuni fattori di rischio presentano un' associazione statisticamente significativa con lo sviluppo di PE.

La ricerca dei fattori di rischio va compiuta fin dalle prime settimane di gravidanza al fine di poter indirizzare la paziente verso specifici e personalizzati percorsi assistenziali.

Poiché la causa della PE non è a tutt'oggi nota e i test di screening rimangono non del tutto validati risulta difficile proporre strategie razionali per una prevenzione primaria. Al contrario la prevenzione secondaria (rallentare o bloccare l' evoluzione della malattia) e terziaria (prevenzione delle complicanze della malattia conclamata) sono ormai consolidate nella pratica clinica attraverso specifici protocolli di sorveglianza prenatale.

<i>Struttura:</i> Rischio Clinico e Rischio Infettivo Tel : 0142 434612 Fax 0142 434614 e-mail: pcostanzo@aslal.it www.aslal.it	<i>Codice:</i> AL.RCRI.031.2011.00	<i>Revisione:</i> 00
<i>Titolo del documento</i> RACCOMANDAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	<i>Emesso il:</i> Giugno 2011	<i>Pagina 8 di 10</i>

d) sepsi:

rappresenta l' 8-12 % delle cause dirette di morte materna con un substandard care pari al 77 %. In chirurgia ostetrica, la prevenzione della sepsi attraverso l'antibiotico profilassi e i tempi della somministrazione in rapporto al tipo di intervento, devono essere effettuati in base a protocolli validati e condivisi al fine di ridurre la carica batterica e il rischio di infezione del sito chirurgico, prevenire endometrite, PID (pelvic inflammatory disease) e endocardite batterica (in specifici casi).

e) anestesia:

le morti materne riconducibili direttamente all' anestesia, con un substandard care pari al 100%, sono ormai rare e dovute al mancato controllo delle vie aeree in anestesia generale durante taglio cesareo: considerato un fattore di rischio per la mortalità materna pari a 3 volte quello associato al parto spontaneo (aumento sicuramente associato alla patologia che ha reso opportuno il cesareo).

Si raccomanda pertanto (in attesa delle nuove linee guida per il TC dell'ISS) di attenersi alle raccomandazioni dell' OMS e alle Linee di indirizzo recentemente emanate (G.U. 18/01/2011), al fine di contenere il rimborso a TC non appropriati. Rispetto alla soglia del 15 %, che secondo l' OMS garantisce il massimo beneficio complessivo per il binomio madre bambino, l' Italia è il paese europeo con la massima incidenza di parti cesarei.

5.3 FORMAZIONE

Il piano di formazione aziendale deve prevedere un training specifico per il personale coinvolto nell' assistenza a parto, travaglio e puerperio in particolare riferito alla valutazione dei fattori di rischio e alla qualità della documentazione clinica per la prevenzione della mortalità materna. L'aggiornamento continuo dell'equipe prevede la gestione della paziente in emergenza attraverso lo studio, la valutazione del caso e il confronto tra le diverse figure professionali.

Le aziende e i professionisti devono avere linee guida, protocolli, percorsi clinico assistenziali continuamente aggiornati per migliorare lo standard delle cure erogate e l'appropriatezza delle prestazioni.

Devono essere previsti per tutti i componenti dell' equipe periodiche esercitazioni di simulazione di emergenze ostetriche, dalle prime cure alle tecniche di rianimazione vera e propria per verificare le procedure messe in atto dalle diverse figure professionali.

L'organizzazione di sistematici audit clinici, attraverso la regolare revisione dei percorsi assistenziali, attuando un processo di miglioramento dell'assistenza, rappresenta una strategia di implementazione delle linee guida e delle prove di efficacia. La perfetta convergenza tra l' audit clinico e il processo di risk management è fondamentale per una buona comunicazione tra i vari membri dell' equipe sanitaria al fine di identificare particolari punti critici del percorso di cura e trasformarli in obiettivi di

<i>Struttura:</i> Rischio Clinico e Rischio Infettivo Tel : 0142 434612 Fax 0142 434614 e-mail: pcostanzo@aslal.it www.aslal.it	<i>Codice:</i> AL.RCRI.031.2011.00	<i>Revisione:</i> 00
<i>Titolo del documento</i> RACCOMANDAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	<i>Emesso il:</i> Giugno 2011	<i>Pagina 9 di 10</i>

miglioramento .I successivi audit avranno lo scopo di verificare se le misure di controllo intraprese hanno avuto successo.

6. LEGENDA

Ihme: INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION

ISS: ISTITUTO SUPERIORE SANITA'

ICD10: INTERNATIONAL STATISTICAL CLASSIFICATION OF DISEASES

ACOG: AMERICAN CONGRESS OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS

TEV: TROMBOEMBOLISMO VENOSO

SC: SUBSTANDARD CARE

TC: TAGLIO CESAREO

PE: PREECLAMPSIA

HELLP Sindrome: HEMOLYSIS ELEVATED LIVER ENZYME LOW PLATELET COUNT

PID: PELVIC INFIAMMATORY DISEASE

<i>Struttura:</i> Rischio Clinico e Rischio Infettivo Tel : 0142 434612 Fax 0142 434614 e-mail: pcostanzo@aslal.it www.aslal.it	<i>Codice:</i> AL.RCRI.031.2011.00	<i>Revisione:</i> 00
<i>Titolo del documento</i> RACCOMANDAZIONE AZIENDALE PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE MATERNA O MALATTIA GRAVE CORRELATA AL TRAVAGLIO E/O PARTO	<i>Emesso il:</i> Giugno 2011	<i>Pagina 10 di 10</i>

7. BIBLIOGRAFIA

- Confidential Enquiries into Maternal Death in the United Kingdom. “Why mothers die 2000-02 “. London: RCOG Press 2004
- Elaborazione di fonte ISTAT : Ufficio di Statistica – Centro Nazionale di Epidemiologia Sorveglianza e Promozione della Salute-Istituto Superiore di Sanità ,maggio 2006
- Fedrigo J .”Gli strumenti del risk management e la loro applicazione nella pratica ostetrica”: Siryo 2009
- ISS . Progetto CCM :” Studio sulle cause di mortalità e morbilità materna e messa a punto di modelli di sorveglianza della mortalità materna “,2010
- ISTAT “La mortalità per causa in Italia anni 1970-1998”,Istituto nazionale di Statistica,Roma.
- Lombardo P ,Ariano M.”Triage di Pronto Soccorso ostetrico ginecologico” : Massobrio M .Urgenze ed emergenze ostetriche e ginecologiche . edizioni Minerva Medica,Torino,2006,p231-7
- Luckas M , Walkinshaw S . “Risk management on the labour ward” .Hosp Med.2001 Dec;62(12):751-6.Department of Obstetrics and Gynecology, Leighton Hospital, Crewe, Cheshire
- Programma nazionale Linee guida -PNLG dall'ASSR “ Linee Guida Nazionali di riferimento Assistenza alla gravidanza e al parto a basso rischio-2004”
- Rapporto annuale sull' attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO,Anno 2004. Ministero della Salute.
- Roberts E, Lovell S . Maternity Services : “Risk Management Strategy”. London: NHS Banking. Havering and Redbridge Hospital,2007.
- The Lancet : “ Maternal mortality for 181 countries 1980-2008 : a sistematic analysis of progress toward Millenium Devolepement”. Goal 5 “