



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
UFFICIO III

Raccomandazione per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita

La morte neonatale o la disabilità permanente sono eventi molto gravi che possono essere determinati anche da standard assistenziali inappropriati e richiedono la messa in atto di opportune iniziative di prevenzione

La morte o la disabilità permanente nel neonato sano di peso > 2500 grammi sono fenomeni sempre più rari nei paesi socialmente avanzati, tuttavia il verificarsi di tali eventi può comportare conseguenze molto gravi sul neonato, la famiglia, gli operatori e l'intera collettività.

La presente Raccomandazione si pone lo scopo di promuovere la realizzazione di condizioni strutturali, organizzative e comportamentali che possano prevenire e/o ridurre il rischio di tali eventi laddove evitabili.

RACCOMANDAZIONE N. 16, APRILE 2014

Sommario

1. Premessa	3
2. Contesto	4
3. Obiettivo	7
4. Ambiti di applicazione.....	7
5. Azioni	8
5.1 Fase prenatale.....	9
5.2 Fase della nascita	11
5.3 Fase postnatale	13
6. Implementazione della Raccomandazione nelle Aziende sanitarie	18
6.1 Monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione.....	18
6.2 Attivazione del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella.....	19
7. Formazione.....	19
8. Aggiornamento della Raccomandazione	20
9. Bibliografia	21
<i>Allegato 1. Glossario</i>	<i>23</i>
<i>Allegato 2. Fasi principali di un Piano di attuazione</i>	<i>25</i>

1. Premessa

Nel nostro Paese, gli eventi avversi che si verificano durante il travaglio, il parto, subito dopo la nascita e nel periodo neonatale, sono rari rispetto al totale delle nascite, tuttavia, le conseguenze fisiche, psicologiche ed economiche che ne possono derivare e l'impatto che esse hanno sul bambino, la famiglia ed i professionisti coinvolti fanno sì che su di essi si debba porre una particolare attenzione.

Si sottolinea che la morte del neonato e la disabilità permanente che occorrono in modo inatteso non sempre costituiscono eventi prevenibili; l'inquadramento diagnostico ed etiologico di tali eventi è spesso difficile per la complessità dei fattori che li determinano, ad oggi non tutti riconoscibili e diagnosticabili.

Per ovviare alle difficoltà di inquadramento etiologico, tutte le morti perinatali e le disabilità permanenti inaspettate dovrebbero essere analizzate e approfondite con un percorso diagnostico dettagliato e rigoroso che consenta di individuare correttamente la quota di eventi avversi evitabili attraverso la messa in atto di azioni di prevenzione e contenimento dei rischi.

Gli aspetti clinici, sociali, etici, nonché i fattori di ordine economico e medico-legali inducono a porre una grande attenzione su tali evenienze e alla realizzazione degli interventi più idonei per la loro prevenzione.

Le conoscenze disponibili indicano che le carenze organizzative, quali la mancanza di procedure assistenziali e/o la non adeguata presenza di competenze rispetto alla complessità del processo clinico-assistenziale, la sottovalutazione dei fattori di rischio, l'insufficiente comunicazione tra gli operatori e con le persone assistite e/o i loro familiari, l'inadeguata formazione e addestramento del personale, l'inadeguata educazione sanitaria delle famiglie, possono determinare ritardi, omissioni o non corretti interventi terapeutici ed assistenziali durante la gravidanza, il periodo perinatale, e la vita postnatale e comportare conseguenze gravi per il feto ed il neonato.

In particolare, la comunicazione inefficace tra gli operatori e con le persone assistite contribuisce significativamente alla realizzazione di vulnerabilità nel processo assistenziale e al verificarsi di errori.

In uno studio sui sinistri relativi all'ostetricia e ginecologia svolto presso l'Università Vanderbilt di Nashville, (*White AA, Pichert JW, Bledsoe SH, Irwin C, Entman SS. Cause and effect analysis of closed claims in obstetrics and gynecology. Obstet Gynecol. 2005*), si evidenzia che circa un terzo degli eventi avversi è associato a problemi di comunicazione (ritardi o assenza di comunicazione tra gli operatori o problemi di comprensione causati dalla mancanza di una terminologia comune).

Il sistema di segnalazione degli eventi sentinella di *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO) ha registrato negli Stati Uniti, nel periodo compreso tra il 2004 e il 2012, 239 eventi sentinella "*morte perinatale o disabilità permanente non correlata a condizione congenita in neonato di peso superiore a 2,500 grammi*". Nella maggior parte degli eventi intervengono più fattori, tuttavia, rispettivamente il 74% ed il 68% degli eventi avversi perinatali è dovuto a fattori umani e scarsa o assente comunicazione tra gli operatori; in particolare la mancanza di un linguaggio comune tra gli operatori aumenta la possibilità di errore nel momento in cui devono essere condivise informazioni sulle condizioni materne o fetali e sulle azioni da compiere in condizioni di urgenza.

In Italia, il sistema di segnalazione nazionale degli Eventi Sentinella (SIMES), attivo dal 2005, ha registrato, nel periodo 2005-2012, 82 eventi sentinella riconducibili a "*Morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita*", pari al 4.28% del totale degli eventi sentinella registrati e validati. Tra i fattori contribuenti più frequentemente indicati, appaiono i problemi di comunicazione e quelli correlati a linee-guida, raccomandazioni, protocolli assistenziali e procedure.

2. Contesto

Nei Paesi sviluppati, nell'arco temporale di una generazione, sono stati compiuti

enormi progressi nel campo dell'ostetricia e della neonatologia, determinando un netto miglioramento della qualità dell'assistenza e degli standard di cura e contribuendo al costante calo del tasso di mortalità perinatale, neonatale e post-natale. Nel nostro Paese, la mortalità nel primo anno di vita è andata progressivamente riducendosi negli ultimi anni e l'Italia si colloca nella media dei valori europei (per l'anno 2010, ad esempio, il 3.2 per 1000 in Italia e il 3.4 per 1000 in Germania e Danimarca, il 4.2 per 1000 in Gran Bretagna, il 2.5 per 1000 in Svezia e il 3.6 per 1000 in Francia) e ai primi posti a livello mondiale per bassa mortalità.

I dati ISTAT (*Indagine su decessi e cause di morte - Movimento e calcolo della popolazione residente - Anni 2005-2008*) registrano per l'anno 2008 un tasso di mortalità infantile nel nostro Paese pari a 3.3 per 1000 nati vivi e un tasso di mortalità neonatale pari a 2.4 per 1000 nati vivi. La principale criticità è rappresentata dalla significativa variabilità territoriale, con tassi di mortalità infantile che variano da 1.8 a 4.9 per 1000 e tassi di mortalità neonatale che variano da 1 a 3.7 per 1000 nelle differenti aree del Paese; emergono quindi due aspetti principali:

- la mortalità nel primo mese di vita, strettamente correlata alla qualità dell'assistenza durante la gravidanza e il parto, costituisce gran parte della mortalità infantile;

- nonostante i tassi di mortalità infantile e neonatale siano in continua diminuzione e tali da collocare il nostro Paese a livelli molto elevati nel *ranking* internazionale, permangono significative disparità tra le diverse Regioni a svantaggio delle Regioni meridionali.

Contestualmente alla riduzione del tasso di mortalità infantile e neonatale, si registra una tendenza all'aumento della fecondità, osservata a partire dalla seconda metà degli anni '90. Per 30 anni, a partire dal 1965, la fecondità italiana si era continuamente ridotta fino a raggiungere, nel 1995, il minimo storico di 1,19 figli per donna. Il recupero riscontrato negli ultimi anni è il frutto, su scala territoriale, di comportamenti riproduttivi in riavvicinamento tra le diverse aree del Paese, in particolare tra Centro-Nord e Mezzogiorno e del contributo di nascite apportato da donne non italiane.

Nel nostro Paese, il 64,7% dei parti si svolge in strutture che effettuano almeno 1.000 parti annui e rappresentano il 34,3% dei Punti nascita totali. Il 10,5% dei parti ha luogo in strutture che effettuano meno di 500 parti annui. Rispetto alle dimensioni dei Punti nascita, si evidenziano situazioni diversificate e non sempre giustificabili in base ai diversi contesti orografici. Nelle Regioni del Nord, oltre l'87% dei parti si svolge in Punti nascita di grandi dimensioni (oltre 1000 parti annui), mentre nelle Regioni del Sud circa il 30% dei parti si svolge in strutture con meno di 500 parti annui.

In considerazione della necessità di garantire adeguati standard assistenziali e di assicurare, nel contempo, una capillare copertura del territorio, si è giunti all'Accordo Stato Regioni 16-12-2010 *“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”*, (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011), con il quale vengono date indicazioni circa la riorganizzazione dei Punti nascita sul territorio nazionale e la cui applicazione costituisce il cardine per la qualità e la sicurezza delle cure in campo materno-infantile.

3. Obiettivo

Obiettivo della Raccomandazione è la prevenzione di eventi avversi gravi quali la morte o la disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita, laddove evitabili, fornendo indicazioni per migliorare la sicurezza del neonato alla nascita e nel periodo post-natale.

4. Ambiti di applicazione

A CHI	La Raccomandazione è rivolta alle Direzioni Aziendali, ai Responsabili delle Unità operative interessate e “Blocco Parto” e a tutti gli operatori sanitari coinvolti nell’assistenza delle donne in gravidanza, in travaglio-parto e dei loro neonati.
DOVE	La Raccomandazione interessa tutte le strutture pubbliche e private erogatrici di assistenza alle donne in gravidanza e durante il parto e ai neonati.
PER CHI	La Raccomandazione è a tutela del neonato in tutte le fasi: gravidanza, travaglio-parto e dopo la nascita, durante la degenza e l’eventuale trasporto elettivo o in emergenza.

5. Azioni

Le azioni per la prevenzione e il controllo di eventi avversi gravi in neonato sano di peso >2500 grammi non correlati a malattia congenita, si basano principalmente sul riconoscimento e sostegno dell'unicità del processo assistenziale che coinvolge madre e neonato durante la gravidanza, al momento del parto e nel periodo post-natale.

La sicurezza del feto e del neonato è strettamente correlata alle condizioni della madre prima e durante la gestazione e alla buona conduzione dell'intero processo assistenziale. Alcune condizioni, quali ad esempio infezioni, obesità materna, malattie croniche, tabacco, alcol e uso di sostanze stupefacenti, influenzano negativamente il decorso della gravidanza e concorrono a definire i rischi alla nascita. La prevalenza di tali fattori di rischio, spesso strettamente correlati con la povertà, il basso livello d'istruzione e i relativi problemi sociali, sembra essere crescente, almeno in alcune fasce di popolazione. Alla luce di ciò, i programmi per la prevenzione della mortalità neonatale devono includere, oltre ad un'assistenza in gravidanza e al parto basata su linee guida e standard stabiliti, interventi da effettuare già in fase preconcezionale e tesi alla riduzione dei rischi sopra citati.

L'attività assistenziale alla madre e al bambino è caratterizzata da elementi peculiari e di particolare complessità e vede coinvolti diversi profili professionali, il cui coordinamento, secondo un modello organizzativo basato sul "team di assistenza", è essenziale per il mantenimento del *continuum assistenziale* in tutte le fasi del percorso, dalla cura della donna durante la gravidanza al periodo post-natale .

Poiché la gravidanza, il parto/nascita e il *post partum* sono momenti di un processo unico, la frammentazione delle prestazioni multidisciplinari, la difficoltosa circolazione e condivisione delle informazioni tra le diverse figure professionali secondo modalità codificate, hanno un peso rilevante sulla sicurezza delle cure.

Ai fini di una corretta condivisione delle informazioni, un ruolo determinante è svolto dalla compilazione tempestiva e appropriata di tutta la documentazione clinica

(referti ambulatoriali, cartella clinica, agenda della gravidanza, eventuali tracciati cardiocografici e loro refertazione, verbale del parto, Certificato di Assistenza al Parto-CeDAP) che deve essere disponibile in tutte le fasi, per consentire la tracciabilità delle informazioni e la corretta valutazione clinica.

Le azioni di seguito raccomandate ai fini della sicurezza del neonato non considerano nello specifico gli aspetti clinici, per i quali è necessario fare riferimento alle linee guida più aggiornate sulla gestione della gravidanza, del travaglio-parto e del neonato la cui conoscenza ed applicazione da parte di tutti gli operatori coinvolti rappresentano il presupposto fondamentale per la tutela della sicurezza del neonato.

L'adozione delle misure previste nella presente Raccomandazione e il miglioramento della sicurezza dei Punti nascita si basa sull'applicazione puntuale dell'Accordo Stato/Regioni del 16 dicembre 2010 che dà indicazione i livelli di assistenza neonatale e materna da garantire nel nostro Paese.

5.1 Fase prenatale

La presenza di determinati fattori e/o condizioni cliniche in fase prenatale possono aumentare il rischio di mortalità e morbosità nella madre e nel bambino. L'assistenza e la cura in questa fase hanno lo scopo di individuare i fattori e valutare i livelli di rischio e mettere in atto le misure più efficaci per prevenire o ridurre, laddove possibile, le complicanze e migliorare gli esiti per la madre e per il bambino.

A tal fine vengono indicate le seguenti azioni:

1. Monitoraggio di tutte le gravidanze secondo percorsi diagnostico terapeutici assistenziali (PDTA) definiti e condivisi, in aderenza con quanto previsto dall'Accordo 16 dicembre 2010.
2. Preventiva valutazione, formalizzazione e controllo costante del livello di rischio della gravidanza e, in relazione a ciò, definizione della presa in carico da parte dei vari professionisti coinvolti e della struttura più idonea.
3. Gestione delle gravidanze ad alto rischio in consultazione con gli specialisti e presso Centri appropriati in relazione al livello di cure necessarie alla donna, al feto e al neonato.

4. Programmazione dell'espletamento del parto, una volta riconosciuta la condizione di gravidanza ad alto rischio, presso la struttura più idonea per garantire il livello di cure adeguato per la sicurezza della madre e del nascituro.
5. Il *timing* di espletamento del parto in caso di gravidanza ad alto rischio viene deciso dal ginecologo che deve avvalersi del parere del neonatologo/pediatra per le problematiche organizzative e assistenziali correlate al neonato.
6. Il flusso delle informazioni, in particolare in caso di rischio materno e/o fetale, deve essere codificato e facilmente accessibile a tutti gli operatori, in quanto la documentazione clinica completa, aggiornata, condivisa e disponibile ai professionisti e alla donna/coppia durante tutto il percorso assistenziale, possibilmente informatizzata, migliora la qualità e la sicurezza.
7. Durante la gravidanza, devono essere fornite alla donna e, se lo desidera, alla sua famiglia, le informazioni riguardanti il decorso della gravidanza, gli screening, i possibili fattori di rischio ed ogni altra condizione che può incidere sull'esito neonatale.
8. La donna e, se lo desidera, la sua famiglia, deve essere informata sulle modalità di espletamento del parto, in particolare sulla opportunità di ricorrere al taglio cesareo o al parto vaginale operativo, sulla possibilità di parto-analgesia nonché sul modello organizzativo del Punto nascita.
9. La comunicazione deve essere comprensibile e orientata a stimolare la partecipazione attiva al programma di assistenza e cura.

Alcuni concetti fondamentali su cui si fonda una corretta comunicazione e relazione sono:

- Dignità e rispetto. Gli operatori sanitari ascoltano e rispettano i valori, le credenze, le prospettive e le scelte della donna e della famiglia che verranno considerati nella pianificazione ed erogazione delle cure;

- Condivisione delle informazioni. Gli operatori sanitari forniscono informazioni complete, imparziali, tempestive e accurate al fine di favorire la partecipazione efficace nella cura e il processo decisionale;
- Partecipazione. Le donne e le famiglie sono incoraggiate e sostenute nella partecipazione alla cura e al processo decisionale utilizzando gli strumenti disponibili per migliorare la comunicazione e l'*empowerment* e prevedendo la presenza di mediatori culturali al fine di consentire decisioni condivise con le donne/copie che presentino difficoltà di comprensione linguistico-culturale.

5.2 Fase della nascita

Il periodo del *peripartum* rappresenta una fase molto complessa durante la quale, in un tempo relativamente breve, possono realizzarsi le condizioni favorevoli esiti particolarmente gravi sia per la madre sia per il feto/neonato.

Le principali condizioni di rischio per il nascituro includono:

- ✓ mancato riconoscimento del profilo di rischio materno, fetale, neonatale
- ✓ ricorso a manovre o tecniche assistenziali inappropriate o non raccomandate
- ✓ uso inappropriato di farmaci per indurre il travaglio o per aumentare l'attività contrattile in travaglio (ossitocina, prostaglandine)
- ✓ ricorso inappropriato e/o intempestivo al taglio cesareo (TC)
- ✓ uso inappropriato di ventosa
- ✓ mancata o non corretta rianimazione del neonato.

Tuttavia il periodo *intrapartum/peripartum* rappresenta la fase in cui vi sono grandi opportunità di miglioramento della qualità e sicurezza delle cure e, quindi, degli esiti, attraverso l'attuazione di misure, soprattutto organizzative, quali la standardizzazione dei processi, l'uso di liste di controllo, la formazione, il lavoro di gruppo, l'accurata gestione delle risorse e delle apparecchiature, l'uso di linee guida e di pratiche basate sull'evidenza.

In particolare, l'affidabilità del *team di sala parto* e delle organizzazioni nel fornire costantemente cure di elevata qualità e sicurezza, soprattutto in condizioni di

emergenza e di criticità, è strettamente correlata all'efficace lavoro di squadra, ad una comunicazione strutturata, a processi standardizzati e all'utilizzo di linee guida e pratiche cliniche aggiornate e basate su prove di efficacia.

Allo stato attuale delle conoscenze, sono individuate le seguenti azioni:

1. Presenza di una procedura condivisa tra gli operatori e con la Direzione aziendale che stabilisca l'integrazione fra i vari servizi e le competenze professionali coinvolte nel processo di assistenza *intrapartum* e formalizzi il ruolo di ciascun operatore all'interno dell'area del parto.
2. Definizione di un piano di valutazione e miglioramento che preveda anche la programmazione di *audit* clinici e incontri periodici tra tutti gli operatori coinvolti per la verifica delle attività e gli approfondimenti di tipo organizzativo e tecnico-scientifico.
3. Attuazione di un programma per la formazione e l'addestramento degli operatori al fine di rafforzare le competenze individuali tecnico-scientifiche e relazionali e migliorare la risposta integrata del *team*.
4. Mantenimento costante delle competenze ai fini di riconoscere prontamente, valutare e gestire condizioni *intrapartum* che possono determinare gravissimi eventi per la madre e per il feto (es. rottura d'utero, prolasso di funicolo, bradicardia fetale persistente, liquido tinto, parto podalico non diagnosticato/complicato, distocia di spalla).
5. Adozione di protocolli contestualizzati alla struttura sanitaria, in particolare:
 - definizione dei livelli assistenziali erogabili a feto/madre/neonato da parte della struttura sanitaria, resi noti all'intera organizzazione e agli utenti. I protocolli che definiscono i livelli assistenziali erogabili dalla struttura devono essere in coerenza con l'organizzazione regionale e le indicazioni nazionali sui Punti nascita;
 - adozione di protocolli, modalità operative e sistemi di valutazione, monitoraggio e controllo per evitare il ricorso a parti elettivi prima del

completamento della 39° settimana di gestazione non strettamente correlati a documentate esigenze cliniche;

- adozione di protocolli standardizzati per la prescrizione, l'attuazione e il monitoraggio dell'induzione e dell'accelerazione del parto. L'utilizzo di protocolli standard altamente specifici focalizzati sulla risposta uterina e fetale può migliorare la sicurezza del neonato e ridurre il ricorso al TC per anomalie del battito cardiaco fetale;
- adozione di una procedura condivisa tra gli operatori circa l'interpretazione del tracciato cardiotocografico (CTG), definendo dei criteri condivisi per l'interpretazione clinica;
- adozione di protocolli per la prevenzione del danno neurologico (ipotermia, somministrazione di solfato di magnesio).

6. Utilizzo di *checklist* per la corretta gestione della fase *intrapartum* verificando che tutti gli interventi per la sicurezza della madre e del feto siano adeguatamente eseguiti e documentati.

7. Presenza di procedure formalizzate che definiscono:

- le modalità di collaborazione con i Centri di riferimento per le patologie di tipo ostetrico non gestibili dall'Unità Operativa;
- le modalità di trasporto della madre con imminenza di parto ad alto rischio presso strutture di livello più avanzato con indicazione di tempi, mezzi e personale adeguati;
- le modalità di coordinamento tra i Centri coinvolti nel trasferimento.

5.3 Fase postnatale

La fase postnatale, in particolare le prime ore dopo la nascita, rappresenta un periodo molto delicato per il neonato e richiede un attento monitoraggio e valutazione delle condizioni del bambino, con la tempestiva identificazione e gestione delle eventuali criticità. Tali criticità possono intervenire in sala parto, al momento della transizione dalla sala parto e durante la degenza.

Ai fini della qualità e della sicurezza devono essere assicurate in ogni Punto nascita le seguenti azioni:

1. Disponibilità di linee guida, protocolli, percorsi assistenziali formulati in base a prove di efficacia e periodicamente revisionate e condivise.
2. Definizione delle modalità di assistenza al neonato in sala parto e nel periodo *peripartum* preventivamente concordate e formalizzate tra ostetriche, ginecologi, pediatri/neonatologi, anestesisti/rianimatori.
3. Definizione delle modalità di rianimazione neonatale:
 - Deve essere assicurata la possibilità di attuare tempestivamente manovre rianimatorie impreviste, tramite la presenza di professionisti adeguatamente formati;
 - Deve essere preparato, secondo le procedure aziendali e prima della nascita, il materiale per la rianimazione e verificato il suo corretto funzionamento;
 - Tutti gli operatori di sala parto dovrebbero avere una formazione di BLS neonatale, con periodica valutazione e *retraining*. Tra gli operatori presenti in sala parto al momento della nascita, almeno uno deve essere nelle condizioni di iniziare e di dedicarsi esclusivamente alla rianimazione primaria neonatale;
 - Deve essere immediatamente disponibile H24 l'intervento di un neonatologo/pediatra in grado di completare la rianimazione, eventualmente con il supporto del rianimatore;
 - Il neonatologo/pediatra deve essere presente alla nascita quando la necessità di rianimazione è prevedibile in base alle condizioni cliniche di madre/feto/neonato.
4. Presenza dell'elenco del materiale in dotazione all'*isola neonatale*. Il materiale deve essere controllato per quanto attiene la disponibilità, il funzionamento e la corretta conservazione con documentazione delle avvenute verifiche.

5. Presenza di una procedura/sistema per l'identificazione del neonato e della coppia madre-figlio.
6. Presenza di documentazione clinica relativa al neonato che registri la valutazione e il punteggio di *Apgar* assegnato alla nascita e tutte le procedure eseguite, ivi inclusa la visita neonatologica/pediatrica. Ogni annotazione sulla cartella clinica deve riportare data, ora e firma.
7. Visita neonatologica effettuata tempestivamente, comprendente la valutazione della documentazione clinica e la raccolta di anamnesi accurata relativa alle condizioni di salute della madre prima e durante la gravidanza, l'andamento del travaglio e del parto, segnalando tutte le condizioni che possono costituire fattori di rischio o di allarme per la salute del neonato.
8. Nei parti fisiologici, dopo una prima valutazione clinica, deve essere favorito il contatto tra la madre ed il neonato e le madri devono essere incoraggiate e sostenute ad avviare precocemente l'allattamento al seno. Nelle prime due ore dopo la nascita (corrispondenti al periodo del *post-partum*) deve essere effettuata una attenta e regolare sorveglianza del benessere neonatale verificando il colorito, il respiro, l'equilibrio termico e l'avvio dell'allattamento segnalando sistematicamente i dati in cartella e attivando il neonatologo in caso di necessità.
9. Per le coppie mamma/neonato sani deve essere favorita la degenza in "*rooming-in*" laddove possibile e, comunque, i professionisti sanitari devono affiancare e supportare le madri nelle cure quotidiane del neonato e nella valutazione del benessere del loro bambino.

Durante la degenza i professionisti sanitari:

- osservano l'interazione mamma-bambino;
- forniscono alle madri informazioni necessarie per valutare l'equilibrio termico, il colorito, la emissione di urine e di feci;

- effettuano il controllo del peso giornaliero per verificarne il calo, la valutazione della poppata per verificare la capacità di attaccarsi al seno e il buon avvio dell'allattamento.
10. La visita neonatologica, effettuata prima della dimissione, comprende l'esame obiettivo completo, la valutazione del calo fisiologico, l'ispezione degli occhi con oftalmoscopio per la ricerca del riflesso rosso e l'esclusione di opacità inclusa la cataratta, l'esecuzione della manovra di Ortolani per la ricerca di displasia dell'anca, l'auscultazione cardiaca, la palpazione dei polsi femorali e, se prevista, saturimetria, per l'individuazione di possibili cardiopatie congenite, nonché lo screening audiologico a tutti i neonati.
 11. Ogni visita al neonato dovrebbe essere svolta alla presenza della madre o, se possibile, di entrambi i genitori che devono essere informati sulle procedure di assistenza, nonché sulle capacità di risposta e sul comportamento del neonato.
 12. Devono essere disponibili procedure formalizzate per la gestione del neonato a rischio di patologia che prevedano:
 - le modalità di sorveglianza del neonato a rischio;
 - i criteri per il ricovero del neonato in Patologia Neonatale;
 - le modalità di accesso ad assistenza intensiva, laddove necessaria, in Unità di Terapia Intensiva Neonatale all'interno o all'esterno del Punto nascita.
 13. Deve essere prevista la possibilità di eseguire il pH da sangue del funicolo e, 24 ore su 24, emogasanalisi, ematocrito, glucosemia; deve essere disponibile in emergenza 24 ore su 24 un Centro Trasfusionale; deve essere possibile eseguire indagini radiologiche 24 ore su 24.
 14. Devono essere definite e condivise le procedure e le modalità di collaborazione con i Centri di riferimento per le patologie non gestibili dall'U.O., predisposta la rete di Trasporto Neonatale e le modalità per attuare

il trasporto neonatale incluso l'accompagnamento sanitario dedicato da parte di professionisti esperti.

15. La madre ed i familiari del neonato devono essere attivamente coinvolti in tutte le fasi del processo di assistenza del neonato; le informazioni devono essere accessibili anche alle madri che non comprendono la lingua italiana possibilmente mediante la collaborazione di un mediatore culturale. I genitori devono inoltre essere istruiti ad osservare i principali parametri di salute del proprio bambino e devono essere offerte informazioni almeno rispetto a:

- Allattamento
- Osservazione di feci e urine
- Posizione nel sonno
- Igiene del neonato
- Igiene ambientale (inquinamento-fumo)
- Sicurezza del Trasporto in auto

16. Deve essere prevista la procedura per la dimissione che assicuri una adeguata transizione del neonato dall'ospedale al territorio consentendo la continuità assistenziale e la presa in carico da parte del Pediatra di libera scelta.

17. Deve essere compilato un documento di dimissione che riporti le condizioni e quanto fatto durante la degenza che possa essere da guida al Pediatra di libera scelta e agli operatori dei Servizi Consultoriali e Territoriali che lo prenderanno in carico e dovrà fornire le indicazioni per contattare l'unità operativa, laddove necessario, per chiarimenti e consulenze al fine di mettere in atto una coordinata ed efficace presa in carico del neonato.

18. In caso di necessità deve essere previsto un controllo post-dimissione del neonato che deve essere programmato in base all'andamento dell'adattamento neonatale (peso, bilirubinemia, allattamento) nei 3-5 giorni successivi alla dimissione o presso il Punto nascita o presso il Pediatra di libera scelta o presso i Servizi Territoriali.

6. Implementazione della Raccomandazione nelle Aziende sanitarie

La Direzione Aziendale e i Direttori di Dipartimento sono invitati all'implementazione della presente Raccomandazione. La Direzione aziendale gioca un ruolo importante nel favorire e supportare i processi organizzativi che danno unicità alla assistenza di feto/madre/neonato e nel definire e promuovere le modalità di implementazione della Raccomandazione anche predisponendo una propria procedura che tiene conto delle risorse economiche disponibili, della propria organizzazione e della casistica trattata.

Le Direzioni Sanitarie Aziendali e le Direzioni Mediche di Presidio, la funzione di gestione del rischio clinico, i Responsabili dei reparti di Ostetricia e Ginecologia e delle Sale Parto ed i coordinatori del personale ostetrico ed infermieristico, dovrebbero definire, attraverso un processo collaborativo, le strategie più opportune per favorire la reale attuazione delle indicazioni contenute nel presente documento.

Tale strategia non deve limitarsi alla redazione di politiche e procedure in cui definire i comportamenti clinici o organizzativi da adottare, ma è necessario mettere a punto un vero e proprio "Piano di implementazione" che, attraverso fasi successive, garantisca l'efficacia degli interventi e il raggiungimento degli obiettivi della raccomandazione volti a garantire la sicurezza di mamma e bambino.

In allegato si rende disponibile, ai fini dell'implementazione della Raccomandazione, una schematizzazione per la predisposizione di un piano di attuazione.

6.1 Monitoraggio dell'implementazione della Raccomandazione

Si raccomanda di monitorare attivamente l'implementazione della Raccomandazione per la *prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi non correlata a malattia congenita.*

L'implementazione è oggetto di monitoraggio a livello regionale e nazionale secondo quanto previsto dal questionario di verifica dei livelli essenziali di assistenza (LEA), nonché quanto previsto dall'Accordo del 16 dicembre 2010.

6.2 Attivazione del protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella

L'Azienda deve favorire la segnalazione degli eventi sentinella tramite specifiche procedure aziendali. L'evento sentinella "*morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita*" deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute.

7. Formazione

I professionisti dedicati all'assistenza al neonato devono avere formazione ed esperienza specifica in questo settore.

Devono essere previsti programmi aziendali di formazione e di addestramento comprensivi di simulazioni pratiche guidate da esperti ed estesi a tutto il personale coinvolto dell'ospedale e del territorio, considerando che i presupposti fondamentali per la sicurezza e la qualità delle cure perinatali dipendono dalla qualità dei processi clinici, dal buon funzionamento dei gruppi di lavoro e della comunicazione, dal coinvolgimento attivo delle madri e delle famiglie.

I programmi formativi dovrebbero, quindi, attuarsi con contenuti e modalità che consentano lo sviluppo e il mantenimento di tali competenze anche attraverso *audit* clinici e l'analisi di casi clinici per aumentare la consapevolezza sull'argomento e sulle possibili conseguenze e per individuare gli ambiti di miglioramento.

I programmi di formazione devono tener conto della peculiarità dell'assistenza in ambito perinatale; la necessità di coordinamento e di una efficace comunicazione tra i vari componenti del gruppo (ostetriche, ginecologi, neonatologi, anestesisti, infermieri), richiede un programma di formazione focalizzato su *team multidisciplinari* per la conoscenza della catena di comando, delle procedure condivise per l'apprendimento di una comune terminologia e delle tecniche e strumenti di comunicazione.

Nell'ambito di tali iniziative occorre, inoltre, porre l'accento sull'importanza di promuovere un clima lavorativo che favorisca la collaborazione e la comunicazione aperta tra operatori.

8. Aggiornamento della Raccomandazione

La presente Raccomandazione sarà oggetto di revisione periodica e sarà aggiornata in base alle evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione.

9. Bibliografia

1. Accordo Stato Regioni 16-10-2010 “*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*”. (Rep. atti n. 137/CU) (11A00319) (G.U. Serie Generale n. 13 del 18 gennaio 2011)
2. American Academy of Pediatrics. Textbook of Neonatal resuscitation - 4th edition, 2011
3. American Academy of Pediatrics. Patient and Family-Centered Care and the Role of the Emergency Physician -Novembre 2006
4. Baronciani D., Bulfamante G., Facchinetti F. La natimortalità: audit clinico e miglioramento della pratica assistenziale. Il Pensiero Scientifico Editore, (2008)
5. Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. *Unexpected collapse in apparently healthy newborns – a prospective national study of a missing cohort of neonatal death and near-death events.* Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2012;97:30-34
6. Espagne S, Hamon I, Thiebaugeorges O, Hascoet JM. *Sudden death of neonates in the delivery room.* Archives de Pediatrie, 2004; 11:436-439 Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. *Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth.* Pediatrics 2011;127:e869-e873
7. Gatti H, Castel C, Andrini P, Durand P, Carlus C, Chabernaud JL, Vial M, Dehan M, Boithias C. *Cardiorespiratory arrest in full term newborn infants: six case reports.* Archives de Pediatrie 2004; 11:432-435
8. Green K., Oddie S.. *The value of the postnatal examination in improving child health.* Arch Dis Child Fetal Neonatal, 2008
9. Hamilton BE et al. Pediatrics 2013;131:548-555 Annual Summary of Vital Statistics:2010-2011
10. Mann, S., Pratt, S., Gluck, P., Nielsen, P., Risser, D., Green-berg, P., et al. (2006). *Assessing quality in obstetrical care: Development of standardized measures.* Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, **32**, 497–505.
11. MacDorman, M. F., & Kirmeyer, S. (2009). *Fetal and perinatal mortality, United States, 2005.* National Vital Statistics Reports Vol. **57**(8). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics
12. Martin, J. A., Hamilton, B. E., Sutton, P. D., Ventura, S. J., Menacker, F., Kirmeyer, S. (2009). *Births: Final data for 2006.* National Vital Statistics Reports Vol. **57**(7). Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics

13. NHS. *Quality Improvement Scotland Best Practice Statement on the Routine Examination of the Newborn Best Practice Statement*, April 2004 NHS. Toolkit for high- quality neonatal services. UK Department of Health, 2009
14. NHS Scotland. *Neonatal Care in Scotland: A Quality Framework*, February 2013
15. Nice. a) *Postnatal care: Routine postnatal care of women and their babies* –November 2006
b) *Routine antenatal care for healthy pregnant women*, October 2003. c) *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, September 2007
16. Oddie SJ, Craven V, Deakin K, Westman J, Scally A. *Severe neonatal hypernatraemia: a population based study*. *Arch Dis Child Fetal neonatal* Ed 2013;98:F384-387
17. Pettker, C. M., Thung, S. F., Norwitz, E. R., Buhimschi, C. S., Raab, C. A., Copel, J. A., et al. (2009). *Impact of a comprehensive patient safety strategy on obstetric adverse events*. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 200, 492.e1–492.e8.
18. Royal College of Anaesthetists, Royal College of Midwives, Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Paediatrics and Child Health *Safer Childbirth: Minimum Standards for the organisation and delivery of care in labour*, 2007
19. Salas AA, Salazar J, Burgoa CV, De-Villegas CA, Quevedo V, Soliz A. *Significant weight loss in breastfed term infants readmitted for hyperbilirubinemia*. *BMC Pediatrics* 2009, 9:82 doi:10.1186/1471-2431-9-82
20. SNLG-ISS. *Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole*, 2010
21. SNLG-ISS. *Linee guida Gravidanza Fisiologica*, 2010
22. Tjora E, Karlsen LC, Moster D, Markestad T. *Early severe weight loss in newborns after discharge from regular nursery*. *Acta Paediatr* 2010;99:654-657
23. WHO *Safe Childbirth Checklist Programme*. World Health Organization, Geneva 2013
24. WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank. *Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2010*. Geneva: WHO Press; 2012
25. Wagner B., Meiorowitz N., Shah J., et al. *Comprehensive Perinatal Safety Initiative to Reduce Adverse Obstetric Events*. *Journal for Healthcare Quality*, 2011

Allegato 1. Glossario

Tasso di Mortalità Infantile (IMR)	Tasso di mortalità calcolato per bambini di età inferiore ad un anno. Il numeratore è il numero delle morti verificatesi tra i bambini di età inferiore ad un anno in un certo periodo di tempo, il denominatore è invece il numero dei nati vivi durante lo stesso periodo. Tale tasso viene generalmente espresso per 1.000 nati vivi.). E' un parametro che riveste estrema importanza in quanto, oltre ad essere un indicatore della salute del neonato e del bambino nel primo anno di vita, è considerato misura riassuntiva dello stato di salute di una intera popolazione. Rappresenta un parametro di valutazione delle condizioni socioeconomiche, ambientali, culturali e della qualità delle cure materno – infantili.
Tasso di mortalità neonatale	Tasso di mortalità calcolato per bambini di età inferiore a 28 giorni di vita. Il numeratore è il numero delle morti verificatesi tra i bambini dalla nascita ai 27 giorni di vita in un certo periodo di tempo, il denominatore è invece il numero dei nati vivi durante lo stesso periodo. Tale tasso viene generalmente espresso per 1.000 nati vivi. E' maggiormente legata a specifici elementi quali: fattori biologici e andamento del parto. Questo indicatore misura la salute della madre e gli stili di vita in epoca prenatale (fumo, alcol, droghe, lavoro pesante), oltre che i fattori legati all'assistenza al parto e al dopo parto, con particolare riferimento alla qualità dei servizi sanitari.
Tasso di mortalità perinatale	Tasso di mortalità calcolato per i bambini di età inferiore a 8 giorni e per i feti dopo le 27 settimane di gestazione.
Tasso di mortalità post-neonatale	Tasso di mortalità calcolato per bambini di età compresa tra i 28 giorni ed 1 anno di vita. Il numeratore è il numero delle morti verificatesi tra i bambini di tale età in un certo periodo di tempo, il denominatore è invece il numero dei nati vivi durante lo stesso periodo. Tale tasso viene generalmente espresso per 1.000 nati vivi. Stima la qualità dell'ambiente di vita (stato di nutrizione, infezioni etc.) ed è legata a fattori ambientali e sociali (educazione materna, reddito, ecc.).

Tasso di natalità	Numero di nati vivi ogni 1.000 residenti
Tasso di mortalità, causa-specifico	Tasso di mortalità per una certa causa. Nel calcolo dei tassi di mortalità causa-specifici, il numeratore è il numero delle morti attribuite ad una determinata causa durante un certo intervallo di tempo in una popolazione, mentre il denominatore è il numero totale di individui presenti nella popolazione a metà dell'intervallo di tempo considerato.

Allegato 2. Fasi principali di un Piano di attuazione

Fase I

I professionisti delle aree di interesse (ostetriche, ginecologi, neonatologi, infermieri) dopo aver condiviso la rilevanza e la validità della raccomandazione per la propria organizzazione, ne valutano l'applicabilità nel contesto specifico in cui operano, individuando le modalità migliori per applicare le indicazioni della raccomandazione nella pratica quotidiana. Può essere utile la costituzione di un gruppo di lavoro ad hoc per la definizione di quanto sopra.

Fase II

E' necessario che il gruppo di lavoro identifichi i fattori favorenti e/o ostacolanti l'adozione della Raccomandazione (fattori legati all'organizzazione, all'ambiente di lavoro e agli individui) al fine di rimuovere le eventuali barriere e valorizzare i fattori facilitanti.

Sono fattori *favorenti*:

- cultura dell'organizzazione orientata alla qualità ed al miglioramento continuo;
- compatibilità della Raccomandazione con i valori dell'organizzazione;
- conoscenza/esperienza di precedenti morti o disabilità permanente in neonato sano di peso > 2500 grammi che non sia correlata a malattia congenita;
- motivazione del personale coinvolto e la sua disponibilità al cambiamento;
- chiarezza dei benefici conseguenti alla applicazione della Raccomandazione e dei rischi connessi al suo mancato utilizzo;
- presenza di indicatori misurabili che dimostrino la riduzione degli eventi avversi a fronte di comportamenti corretti.

Sono fattori negativi o barriere alla diffusione e applicazione della Raccomandazione:

- obiettivo non compreso e condiviso dai professionisti;
- il tema affrontato non è considerato una priorità dell'azienda;

- *leadership* debole a livello di reparto/dipartimento;
- insufficiente condivisione dei contenuti della raccomandazione e delle sue effettive ricadute sulla pratica clinica;
- inerzia al cambiamento di abitudini e prassi consolidate;
- carenza di risorse (tempo, strumenti, carichi di lavoro eccessivi);
- ambiguità nella definizione di ruoli e responsabilità all'interno dell'équipe.

Fase III

Nella scelta delle modalità più efficaci per implementare la Raccomandazione è utile individuare i valori, gli interessi e le persone con forte motivazione, coinvolgere *opinion leader* ed altri portatori di interesse.

Fase IV

Per promuovere i cambiamenti comportamentali necessari alla diffusione della Raccomandazione ed alla sua applicazione, si suggerisce di fare ricorso ad alcune metodologie di implementazione, documentate in letteratura, e da utilizzare in associazione quali:

- diffusione della Raccomandazione utilizzando gli strumenti già in uso nell'azienda (intranet, distribuzione di materiale informativo, ecc.);
- incontri formativi interattivi, seminari e lezioni frontali;
- *Focus group* con i professionisti per identificare ed analizzare le barriere al cambiamento;
- *Audit e feed-back* sui casi e analisi e discussione di dati ed indicatori;
- Visite di facilitatori/esperti che incontrano i professionisti nel loro contesto di lavoro (*Educational Outreach Visit – EOVI*);
- *Consensus Conference* a livello locale (coinvolgimento di *opinion leader* sulla morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi e sulla appropriatezza dell'approccio).

Fase V

Il processo di implementazione deve prevedere, con l'avallo della Direzione aziendale, la predisposizione del piano di implementazione che specifica le azioni, i tempi, le responsabilità e gli strumenti di valutazione (indicatori che consentano di misurare in maniera oggettiva il miglioramento ottenuto), dell'adozione della Raccomandazione.

Ringraziamenti

La presente Raccomandazione è stata elaborata dall'Ufficio III-Qualità delle attività e dei servizi, Direzione generale della Programmazione Sanitaria (A. Ghirardini, R. Andrioli Stagno, V. Bruno, R. Cardone, S. Ciampalini, A. Colonna, A. De Feo, D. Furlan, L. Guidotti, G. Leomporra, C. Seraschi) e da un gruppo di Esperti, composto da: Prof.ssa Tiziana Frusca (Direttore UOC Ostetricia e Ginecologia, Università di Parma), Dott.ssa Paola Goretti (Struttura Qualità e Gestione del Rischio, A.O. A. Manzoni, Lecco), Dott. Gianfranco Jorizzo (Servizio di neonatologia, ULSS 16, Padova), Dott.ssa Lorella Rossi (S.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, A.O. A. Manzoni, Lecco), coordinato dal Dott. Rinaldo Zanini (Direttore Dipartimento Materno Infantile, A.O. A. Manzoni, Lecco).

La Raccomandazione è stata sottoposta ad un processo di consultazione con le seguenti Associazioni, Società scientifiche, Federazioni, Aziende sanitarie ed Esperti: A.N.M.D.O (Associazione Nazionale dei Medici delle Direzioni Ospedaliere), AOPI (Associazione Ospedali Pediatrici Italiani), Cittadinanzattiva, FEDERSANITA', FIASO (Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere), FNCO (Federazione Nazionale dei Collegi delle Ostetriche), FNOMCeO (Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri), IPASVI (Federazione Nazionale Collegi Infermieri professionali, Assistenti sanitari, Vigilatrici d'infanzia), SIN (Società Italiana di Neonatologia), S.I.G.O (Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia), Federsanità, SIHRMA (Società italiana Healthcare Risk Managers), Dott. Vitangelo Dattoli (Direttore Generale A.O.U. Policlinico di Bari), Dott.ssa Maria Teresa Mechi (Direttore sanitario A.O. U. Careggi di Firenze), Dott.ssa Grace Rabacchi (Direttore Sanitario di Presidio-A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino).

Si ringraziano per l'attenta lettura e i suggerimenti: Dott. Roberto Bellù (S.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, A.O. A. Manzoni, Lecco), Dott.ssa Carla Berliri (Cittadinanzattiva), Prof. Enrico Bertino (Direttore S.C.D.U. Neonatologia, Università di Torino), Dott. Domenico Colasanto (ASL Bari), Dott.ssa Mariarosa Colnaghi (Dipartimento Scienze materne e pediatriche, Università di Milano Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico), Dott.ssa Mariarosaria Di Tommaso (Clinica Ostetrica e Ginecologica, Università di Firenze), Prof. Claudio Fabris (S.C.D.U. Neonatologia, Università di Torino), Dott.ssa Roberta Freddara (A.O.U. Ospedali Riuniti, Ancona), Dott. Giuseppe Genduso (Direzione Sanitaria, A.O. A. Manzoni, Lecco), Dott.ssa Elisa Ghiglione (S.C.D.U. Ostetricia, Università di Torino), Dott. Adriano Giacoletto (ASL VCO), Prof. Paolo Giliberti (Direttore S.C. Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale, A.O. Monaldi, Napoli), Dott.ssa Giovanna Guala (Dipartimento neonatologia e pediatria ASL Torino 2), Dott.ssa Giulia Mannella (Cittadinanzattiva), Dott. Lorenzo Mirabile (U.O. Anestesia e Rianimazione, A.O.U. Osp. Meyer, Firenze), Prof. Fabio Mosca (Dipartimento Scienze materne e pediatriche, Università di Milano, Fondazione IRCCS Cà Granda Ospedale Maggiore Policlinico), Dott.ssa Sabrina Nardi (Cittadinanzattiva), Dr.ssa Edda Pellegrini (Corso di Laurea in Ostetricia, Università Milano-Bicocca, Sezione di corso A.O. Ospedali Riuniti, Bergamo), Dott.ssa Anna Persico (Corso di Laurea in Infermieristica Pediatrica, Università di Torino), Dott.ssa Roberta Pinzano (S.O.S. Ostetricia, P.O. Tolmezzo ASL 3, FVG), Dr.ssa Stefania Rampello (S.S. Area del Parto e Fisiologia Ostetrica, A. O. Osp. Riuniti, Bergamo), Prof. Paolo Scollo (Direttore Dipartimento Materno-Infantile, A.O. Cannizzaro, Catania), Dott.ssa Paola Serafini (Coordinatrice Corso di Laurea in Ostetricia, Università di Torino), Dott.ssa Antonella Soldi (S.C.D.U. Neonatologia, Università di Torino), Prof. Nicola Surico (Direttore Clinica Ginecologia e Ostetricia, Università del Piemonte Orientale, Novara), Prof. Costantino Romagnoli (Direttore Neonatologia, Policlinico Universitario A. Gemelli, Roma), Prof.ssa Tullia Todros (Direttore S.C.D.U. Ostetricia, Università di Torino).

La Raccomandazione è stata revisionata e condivisa con il Gruppo interregionale sul Rischio clinico.Si ringraziano: Angelo Muraglia (Abruzzo), Mario Greco, Aldo Di Fazio (Basilicata), Horand Meier (Bolzano), Marcello Pezzella, Renato Pizzuti, (Campania), Alessandra De Palma, Ottavio Nicastro, Stefania Rodella (Emilia Romagna), Silvio Brusaferrò (Friuli Venezia Giulia), Adriana Ianari, Cristina Matranga (Lazio), Alessandra Moisello (Liguria), Davide Mozzanica, Chiara Picchetti (Lombardia) Alberto Deales, Massimo Esposito Andrea Soccetti (Marche), Mario Verrecchia (Molise), Mirella Angaramo (Piemonte), Alessandro Dell'Erba (Puglia), Alessandro Flore (Sardegna), Giuseppe Murolo (Sicilia), Riccardo Tartaglia (Toscana, Emanuele Torri, Emanuela Zandonà (Trento), Paola Casucci (Umbria), Piero Gaillard, Pierluigi Berti (Valle d'Aosta), Mario Saia (Veneto).