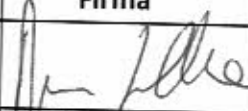
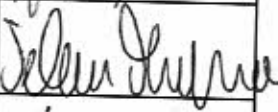
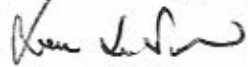
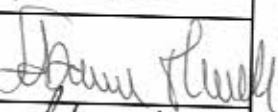
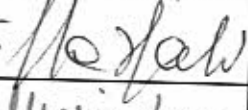
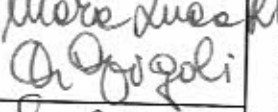
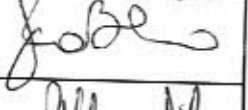
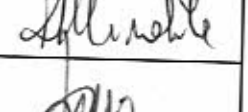
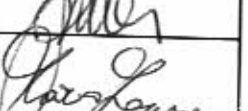
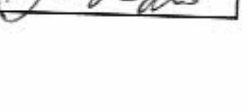


**Prevenzione e gestione del collasso neonatale improvviso**  
 (SUPC)

Raccomandazioni per la prevenzione della SUPC (Sudden Unexpected Postnatal Collapse) nel nato a termine e nel nato prossimo al termine considerato sano alla nascita e con buon adattamento post-natale.

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott.ssa <b>G. Pirrera</b> Incarico di Funzione U.O.C. UTIN	19/2/25	
	Dott.ssa <b>S. Mantegna</b> Dirigente medico UTIN	10/2/25	
	Dott.ssa <b>L. Lo Valvo</b> Dirigente medico UTIN	11/2/25	
Verifica	Dott.ssa <b>S. Morreale</b> Direttore UTIN	6/02/25	
	Dott.ssa <b>L. Raspanti</b> Direttore UOC Pediatria Nicosia	7/2/25	
	Dott.ssa <b>M.L.R. Di Grigoli</b> Dirigente UOS Professioni Sanitarie infermieristiche e ostetriche	10/02/25	
	Prof. <b>B. Pecorino</b> Direttore U.O.C. Ostetricia e Ginecologia	08/02/2025	
Verifica formale	Dott. <b>P. Mirabile</b> Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	11/02/25	
Approvazione	Dott. <b>E. Cassarà</b> Direttore Sanitario Aziendale	24/02/25	
Adozione	Dott. <b>M. Zappia</b> Direttore Generale	14/02/25	

## Sommario

Sommario	2
Premessa	3
1.	Scopo..... 4
2.	Campo di applicazione..... 4
3.	Scheda di registrazione delle modifiche..... 4
4.	Definizioni ed acronimi..... 5
5.	Responsabilità..... 6
6.	Descrizione delle attività..... 7
6.1.	Formazione del personale..... 7
6.2.	Informazione alla puerpera..... 7
6.3.	Osservazione del neonato durante il contatto <i>skin to skin</i> durante le prime 2 ore 8
6.4.	Osservazione del neonato durante la degenza: rooming in..... 10
6.5.	Gestione di un evento SUPC..... 12
6.4.1.	Anamnesi (compilazione scheda anamnestica)..... 12
6.4.2.	Sopravvivenza del neonato..... 12
6.4.3.	Exitus del neonato..... 13
7.	Documenti di riferimento..... 14
8.	Allegati..... 15
9.	Lista di distribuzione..... 15



## Premessa

La separazione della diade madre-neonato subito dopo la nascita è stata una pratica comune nei Paesi industrializzati del XX secolo. Tuttavia, negli ultimi anni si è assistito a un'inversione di rotta poiché sono stati diffusamente riconosciuti i benefici di una precoce e continua interazione madre-neonato mediante il contatto "pelle a pelle" (Skin-to-Skin). Questa pratica permette un profondo attaccamento madre-neonato e facilita la transizione alla vita extrauterina stabilizzando l'attività cardio-circolatoria del neonato, regolando la temperatura corporea, favorendo il mantenimento di normali valori di glicemia e modulando lo stato comportamentale e motorio del neonato.

La crescente attitudine a rendere l'esperienza del parto più fisiologica e intima possibile, deve essere assecondata e sostenuta garantendo comunque un elevato standard di sicurezza, proponendo misure adeguate a ridurre il rischio di collasso postnatale (SUPC: *Sudden Unexpected Postnatal Collapse*), non solo in Sala Parto (che si pratici o meno lo Skin-to-skin), ma anche nel settore del Puerperio-Rooming-in, coinvolgendo attivamente sia il personale sanitario che i familiari della puerpera, al fine di evitare comportamenti a rischio e favorire un'adeguata sorveglianza.

Si definisce *Sudden Unexpected Postnatal Collapse* (SUPC) ogni caso di neonato con EG > 35 settimane, con Apgar normale ( $\geq 8$ ) a 5 minuti, già valutato idoneo per le cure neonatali standard, che abbia presentato, nella prima settimana di vita, un'improvvisa compromissione cardiocircolatoria e respiratoria, che ha richiesto rianimazione con ventilazione a pressione positiva intermittente, con esito in cure intensive neonatali, encefalopatia o morte [1].

L'incidenza della SUPC è di 8-10/100.000 nati vivi, con una incidenza significativa nelle prime 2 ore di vita (35-70%). Nel 25% dei casi si assiste al decesso del neonato e in circa la metà dei casi si tratta di forme idiopatiche (42-67 %) [2] [3] [4] [5] [6] [7]. In circa la metà dei casi mortali di SUPC, possono essere identificate patologie sottostanti quali infezioni neonatali, difetti del metabolismo, cardiopatie congenite, ipertensione polmonare, sindromi da ipoventilazione centrale congenita, alterazioni del centro del respiro, ipoplasia surrenalica congenita e danno cerebrale prenatale [8] [9] [10].

Molti casi però rimangono senza una diagnosi sottostante.

Per l'interpretazione eziopatogenetica della SUPC è stato proposto il modello del triplo rischio, secondo cui il collasso neonatale si manifesterebbe sulla base di una predisposizione non sempre chiarita (per es. primiparità, lieve prematurità, immaturità del centro del respiro, fattori genetici), in un momento vulnerabile e critico dell'adattamento neonatale (prime ore di vita soprattutto), in presenza di fattori estrinseci scatenanti, che in definitiva rappresentano l'area di un possibile intervento di prevenzione [4] [14].



I possibili fattori di rischio sono: primiparità, parto distocico/operativo, sedazione o stanchezza materna, posizioni asfissianti, mancanza di familiare presente (madre e bambino lasciati soli), distrazione (utilizzo del cellulare o altri dispositivi elettronici da parte della madre o del caregiver), limitata supervisione da parte del personale sanitario, ore notturne (personale ridotto, ridotta luminosità dell'ambiente). Le prime ore di vita dopo la nascita e la degenza in rooming-in rappresentano, pertanto, un periodo molto delicato per il neonato e richiedono un monitoraggio attento che permetta una tempestiva identificazione delle eventuali criticità.

La scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita (**allegato 1**) e la scheda di valutazione in rooming-in (**allegato 2**) per la prevenzione della SUPC rappresentano gli strumenti che permettono di registrare e racchiudere tutti i parametri vitali rilevati sul neonato nelle prime due ore di vita e durante la degenza consentendo l'identificazione preventiva di segni e sintomi del collasso post-natale.

### 1. Scopo

- Proporre e promuovere in Sala Parto e nell'area di puerperio/rooming-in, procedure uniformi per incrementare la sicurezza del neonato sano nel suo percorso ospedaliero, dalla nascita fino alla dimissione e successivamente a domicilio.
- Prevenire le situazioni e i comportamenti che espongono il neonato a rischio di SUPC, attraverso procedure standardizzate, anche mediante adeguata informazione alle famiglie.

### 2. Campo di applicazione

La presente procedura è destinata al personale delle U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia e Terapia Intensiva Neonatale e si applica nelle sale parto e nei nidi degli ospedali di Enna e Nicosia e nella Terapia Intensiva Neonatale (TIN).

### 3. Scheda di registrazione delle modifiche

DATA	REVISIONE (REV.)	DESCRIZIONE
04/02/2025	0.0	Prima Emissione



#### 4. Definizioni ed acronimi

##### ACRONIMI:

SUPC: Sudden Unexpected Postnatal Collapse

SSC: Skin to Skin Contact

SIUDS: Sudden intrauterine unexplained death syndrome

SIDS: Sudden infant death syndrome

SUPC: Sudden Unexpected Postnatal Collapse

##### DEFINIZIONI:

**SUPC:** Improvviso e inaspettato collasso post- natale): ogni caso di neonato con EG > 35 settimane, con Apgar normale ( $\geq 8$ ) a 5 minuti, già valutato idoneo per le cure neonatali standard, che abbia presentato, nella prima settimana di vita, un'improvvisa compromissione cardiocircolatoria e respiratoria, che ha richiesto rianimazione con ventilazione a pressione positiva intermittente, con esito in cure intensive neonatali, encefalopatia o morte.

**ROOMING-IN:** Permanenza del neonato nella stessa stanza della madre subito dopo il parto durante il periodo di ospedalizzazione.

**SKIN-TO-SKIN:** Contatto pelle a pelle, pratica che consiste nel posizionare il neonato considerato clinicamente sano sul ventre della madre, o dal padre in caso di impossibilità da parte della prima, che permette un migliore adattamento alla vita extrauterina e favorisce l'allattamento al seno

**SIDS:** Decesso improvviso di un bambino tra un mese e un anno, che rimane inspiegato anche dopo una approfondita indagine comprensiva di un dettagliato esame delle circostanze e del luogo dove è avvenuta la morte, della revisione della storia clinica e di un autopsia completa.





## 5. Responsabilità

**Legenda** R: responsabile; C: coinvolto, I: informato

Attività	Ostetrico	Infermiere	OSS Nido	Neonatologo
Consegna il foglietto illustrativo alle gestanti	R			
Valutazione neonato nelle prime due ore di vita				R
Monitoraggio neonato primi 120 minuti	R		C	
Monitoraggio neonato dalla 3 ora	R		C	
Compilazione schede di monitoraggio (per le fasi di competenza)	R	R		
Verifiche sui comportamenti della mamma	R	R		
Interventi in caso di emergenza SUPC		R	C	R
Richieste analisi e raccolta campione biologico		C		R
Compilazione scheda anamnestica in caso evento SUPC		C		R
Azioni in caso di exitus SUPC		C		R



## 6. Descrizione delle attività

### 6.1. Formazione del personale

Il personale afferente alla sala parto e neonatologia richiede specifiche competenze e conoscenze dell'ambiente di lavoro.

A tal fine l'ASP di Enna ha emanato apposita procedura per garantire la formazione del personale del comparto neoassunto o trasferito da altra unità operativa.

Si veda la Procedura per l'inserimento e l'affiancamento del personale infermieristico/ostetrico/oss neoassunto o trasferito da altra struttura, pubblicata sul sito web aziendale [www.aspenna.it](http://www.aspenna.it), anche in appendice alla presente procedura.

### 6.2. Informazione alla puerpera

La gestante verrà informata della possibilità di praticare lo *skin-to-skin* subito dopo il parto, tramite la consegna di apposito foglietto informativo (**allegato 3**) che verrà distribuito durante i corsi parto e/o al momento del ricovero da parte del personale ostetrico.

Dopo il parto, le diadi madre/neonato eleggibili per poter eseguire lo *skin-to-skin* verranno monitorate da OSS del Nido, infermieri del Nido e da stetrici. I risultati delle valutazioni neonatali saranno registrati sulla *Scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita* (**allegato 1**).

Se la madre risulta impossibilitata, il contatto "pelle a pelle" va fatto con il padre. Questo intimo contatto precoce, in particolare tra papà e neonato, è un'opportunità unica e ideale che avvia il legame di attaccamento e permette di coinvolgere da subito la figura paterna nella cura e nell'accudimento del neonato [15]. Non influenza in maniera indiretta il successo dell'allattamento [16], ma riduce il pianto del neonato, stabilizza la temperatura ed i parametri vitali, attiva il comportamento preparatorio all'allattamento e condiziona l'evoluzione del microbiota neonatale [17]. Inoltre, lo SSC riduce l'ansia del padre e migliora l'empatia verso il proprio figlio e la capacità di rispondere ai suoi bisogni, gettando le basi per una maggiore sicurezza genitoriale e una positiva relazione futura.

**Nota bene:** Se esistono più condizioni di rischio, l'opzione più sicura rimane quella di mettere il neonato nel lettino vicino alla mamma oppure trasferirlo presso il nido o il reparto di Neonatologia, rinviando lo *skin-to-skin* a quando le condizioni lo consentiranno. Anche in tale caso, andrà comunque compilata la Scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita (**allegato 1**)



### **6.3. Osservazione del neonato durante il contatto *skin to skin* durante le prime 2 ore**

La valutazione del neonato da parte del personale della sala parto (ostetrica/o, infermiera/e, OSS e neonatologo) deve avvenire in maniera sistematica e puntuale, ma non invadente.

#### **I compiti che il neonatologo svolge nelle prime due ore di vita del neonato sono:**

- Valuta le condizioni del neonato e compila la cartella clinica neonatologica.
- Segnala l' idoneità del neonato alla pratica dello skin-to-skin.

Può essere chiamato d'urgenza dagli ostetrici, dagli infermieri o dagli OSS del Nido o della sala parto nelle prime 2 ore di vita o durante la degenza in rooming-in nel caso di neonati con anomalie al monitoraggio clinico.

#### **I compiti dell'Infermiere del Nido:**

- Eseguire le valutazioni previste e compilare la scheda di valutazione dai 120 minuti (**allegato 1**) in sala parto (e nella sala risveglio dopo taglio cesareo);
- Eseguire le valutazioni neonatali durante il rooming-in con compilazione della Scheda valutazione rooming in (**allegato 2**) con le modalità descritte in questo documento, effettuando almeno due controlli tra la 3<sup>a</sup> e la 12<sup>a</sup> ora di vita ed almeno 1 controllo per turno (ogni 8 ore almeno) per il periodo successivo di degenza fino alla dimissione;
- Saper riconoscere le deviazioni dalla norma contattando il pediatra/neonatologo in presenza di qualunque alterazione delle condizioni neonatali;
- Collaborare nell'educazione della puerpera durante il rooming-in, in merito ai benefici dell'allattamento al seno e fornire informazioni ai genitori sulla pratica del rooming-in e sui possibili rischi della condivisione del letto.

#### **I compiti dell'OSS:**

- L'OSS coadiuva l'infermiere nell'eseguire le valutazioni durante il rooming-in;
- Saper riconoscere le deviazioni dalla norma contattando il pediatra/neonatologo in presenza di qualunque alterazione delle condizioni neonatali;

#### **Compiti prioritari dell'ostetrico sono:**

- Eseguire la valutazione del neonato tra 0 e 120 minuti di vita e compilare la scheda di valutazione del neonato (**allegato 1**)
- Verificare il corretto posizionamento di madre e neonato, ovvero che il bambino sia in posizione corretta sul torace materno respirando adeguatamente.





- Verificare che puerpera e neonato non siano mai lasciati soli: vicino alla puerpera deve essere presente l'altro genitore o altro familiare, in quanto la puerpera potrebbe essere troppo stanca o sofferente per prestare adeguata attenzione al proprio neonato, a causa di un travaglio prolungato e/o di parto complicato; in tal caso valuta insieme al neonatologo l'opzione di sospendere lo skin to skin e mettere il neonato nel lettino
- Verificare che sia rispettato il divieto di utilizzo del cellulare o di altro dispositivo elettronico in quanto fonti di distrazione.
- Per i nati da taglio cesareo promuovere il contatto "pelle a pelle" con il padre finché la madre sarà impossibilitata.
- Collaborare con l'infermiere del Nido nell'educazione sanitaria delle puerpere in merito al rooming in e nelle valutazioni neonatali durante tale periodo.

I parametri di valutazione dello stato di benessere del neonato (**allegato 1**) devono essere rilevati dai circa 15'-30' di vita, con frequenza di 15' per le prime due ore. La sorveglianza va rafforzata nelle madri primipare.

I parametri da valutare sono esplicitati nella tabella sottostante.

<b>Posizione</b>	Deve essere prona, con la testa girata verso il viso della mamma in modo che bocca e naso siano visibili e non ostruiti dal seno materno o dall'eventuale presenza di secrezioni
<b>Colorito cutaneo</b>	<p>Nella norma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cute e mucose rosee/eritrosiche</li> <li>✓ Possibile acrocianosi (colorito bluastro delle mani e dei piedi)</li> <li>✓ Possibile pseudocianosi (ecchimosi traumatica del volto)</li> </ul> <p>Patologico:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Colorito pallido</li> <li>✓ Colorito bluastro della cute, delle labbra, della lingua (cianosi centrale)</li> <li>✓ Colorito grigiastro (cianosi + pallore; neonato con shock)</li> </ul>
<b>Funzione respiratoria</b>	<p>Normale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 30-60 atti al minuto</li> </ul> <p>Escludere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ FR &lt;30/min o &gt;60/min</li> <li>✓ Apnea</li> <li>✓ Dispnea (alitementamento delle pinne nasali e/o gemito espiatorio e/o rientramenti toracici)</li> </ul>



<b>Frequenza cardiaca</b>	normale >100 battiti/min nel neonato «sveglio»
<b>Tono</b>	arti in flessione
<b>Reattività</b>	risposta agli stimoli ambientali (luce, tatto, rumore)
<b>Temperatura ascellare</b>	36,5°C - 37,5°C a 60 min e 120 min
<b>Pulsossimetria</b>	SpO2 >92%

Il ricorso al monitoraggio pulsossimetrico (saturazione arteriosa d'ossigeno e frequenza cardiaca) non è consigliato di routine in condizioni fisiologiche, ma potrà essere preso in considerazione come ausilio al personale di sala parto, in casi selezionati quali:

- ✓ Assenza di familiare
- ✓ Genitore o familiare a supporto valutato non preparato o ritenuto non affidabile (barriera linguistica o altro)
- ✓ Aumento eccessivo del carico di lavoro
- ✓ Personale ridotto

Tutti i neonati che non possono essere sottoposti a skin-to-skin per motivi neonatali o materni dovranno comunque essere valutati come da Scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita (**allegato 1**).

In caso di segnalazione di urgenza da parte della puerpera/famigliari o riscontro da parte dell'operatore sanitario responsabile del monitoraggio del neonato, di segni clinici patologici o alterazioni dei parametri vitali si provvederà ad immediata segnalazione di emergenza neonatale tramite contatto telefonico con il medico di guardia del Neonatologia e gestione del neonato in base alle Linee Guida di Rianimazione Neonatale (AAP-AHA-Neonatal Resuscitation Program-NRP 2020 o più recenti).

#### **6.4. Osservazione del neonato durante la degenza: rooming in**

Con il termine rooming-in si definisce la pratica di tenere il neonato nella stessa stanza con la madre, o entrambi i genitori, durante il periodo di ospedalizzazione dopo il parto. Oggi il rooming-in viene sostenuto nella maggior parte degli Ospedali per i noti benefici sull'allattamento al seno e per il sostegno e l'implementazione del processo di bonding genitori- neonato. Poiché il SUPC può verificarsi quando il neonato è in rooming-in, tale pratica deve essere applicata in modo consapevole e sicuro.

I genitori sono parte attiva nel garantire la sicurezza del neonato, pertanto devono essere informati sull'importanza del rooming-in, sulla sua pratica e sul ruolo di supporto fornito dal personale sanitario.

Devono essere informati su come garantire la sicurezza per il neonato, in particolare devono essere istruiti su come evitare le posizioni "potenzialmente asfissianti" e deve essere sconsigliata la posizione prona nel lettino; deve essere illustrato come mantenere sempre visibili e libere le prime vie aeree del neonato nelle



posizioni di accudimento e/o allattamento e nelle fasi del sonno.

Bisogna sconsigliare il *bed-sharing* (condivisione del letto), dissuadendo i genitori dal praticarlo. È importante ricordare che la condivisione del letto con il neonato, durante il sonno, è una pratica rischiosa e di fatto vietata. La condivisione del letto va sconsigliata anche a domicilio informando sui rischi di tale pratica e sulle precauzioni necessarie per la riduzione del rischio di SUPC e SIDS. Al contrario la condivisione del letto nei momenti di interazione con il neonato e di allattamento va incoraggiata.

Il "rooming-in" è inteso come opportunità ma non come obbligo ed è offerto a tutte le mamme e ai loro bambini, sia di giorno che di notte, ad eccezione del tempo strettamente necessario all'espletamento delle procedure assistenziali. La madre può in qualsiasi momento, per necessità, chiedere che venga sospeso il rooming-in anche temporaneamente. In tal caso il neonato verrà accolto al nido o nel reparto di Neonatologia fino alla ripresa del rooming-in.

Lo staff sanitario deve garantire una corretta e regolare osservazione del neonato e della famiglia durante il rooming-in, volto a identificare lo stato di benessere del neonato e a correggere la pratica di comportamenti a rischio.

Il monitoraggio clinico durante la degenza prevede la compilazione della scheda di valutazione rooming In (**allegato 2**), nella quale siano riportati i seguenti segni clinici:

- valutazione della suzione al seno,
- colorito cutaneo,
- presenza o assenza di segni di difficoltà respiratoria e il tono del neonato.

Si dovranno effettuare almeno 2 controlli tra la 3° e la 12° ora di vita, periodo che coincide con la fase di maggior stanchezza genitoriale ed almeno 1 controllo per turno (circa ogni 6 ore) per il periodo di degenza fino alla dimissione compilando l'apposita scheda (**allegato 2**).



## 6.5. Gestione di un evento SUPC

Il collasso post-natale è imprevedibile e può rapidamente evolvere verso esito infausto; per tale motivo è utile disporre di una procedura rapidamente consultabile che guidi la gestione e l'iter diagnostico in caso di sopravvivenza e in caso di exitus.

### 6.5.1. Anamnesi (compilazione scheda anamnestica)

È importante cercare di ricostruire l'evento in modo più preciso possibile. È consigliabile che la storia dell'evento sia raccolta appena possibile, a ridosso dell'evento, per evitare che ci sia alterazione del ricordo e che la memoria dei singoli non venga alterata.

In primo luogo è consigliabile focalizzarsi sulla ricostruzione dell'evento, ottenere informazioni da tutti i presenti e ricostruire l'evento compilando il punto 6 della **Scheda anamnestica SUPC (allegato 4)**

Si consiglia di intervistare separatamente i genitori o eventuali parenti presenti all'evento ed il personale sanitario coinvolto.

A tal proposito bisogna:

- definire un arco temporale in cui collocare l'evento
- diario delle manovre rianimatorie
- anamnesi completa focalizzando l'anamnesi familiare (materna e paterna fino a 3 generazioni), anamnesi gravidica, anamnesi del travaglio e del parto (revisione congiunta tra ginecologo, ostetrico e neonatologo), anamnesi del neonato sino al momento dell'evento (adattamento alla vita extrauterina, alimentazione, ittero neonatale, ecc)

L'anamnesi andrà raccolta dal medico tramite la Scheda raccolta anamnestica SUPC (**allegato 4**). Tale scheda viene poi archiviata in cartella clinica e in caso di trasferimento del neonato, verrà consegnata in copia all'Ospedale di destinazione.

### 6.5.2. Sopravvivenza del neonato

- Eseguire manovre di rianimazione secondo linee guida (AAP-AHA-Neonatal Resuscitation program-NRP 2020 o successivi), stabilizzare il neonato e attivare il trasferimento in Terapia Intensiva Neonatale
- Considerare ipotermia terapeutica entro 6 ore dall'evento SUPC
- Contattare il laboratorio e concordare le corrette modalità di raccolta dei campioni biologici (provette, quantitativo dei materiali biologici, conservazione, sede di prelievo) in modo che



ciò avvenga il più rapidamente possibile. Gli accertamenti da eseguire vengono decisi dal medico responsabile del caso in base a valutazione clinica ed anamnestica del caso

- Raccolta del materiale biologico secondo quanto indicato nella scheda sulle indicazioni in caso di sopravvivenza del neonato (**allegato 5**)

### 6.5.3. Exitus del neonato

Se le condizioni del neonato sono gravissime e non responsive alle manovre rianimatorie, eseguire appena possibile dei prelievi di campioni biologici, secondo quanto indicato nell'**allegato 6**, anche durante tali manovre per prevenire la degradazione del materiale biologico.

Una volta terminate le manovre rianimatorie e dichiarato l'exitus, si deve procedere all'accertamento di morte clinica tramite ECG (20 minuti in continuo). Utilizzare questo periodo per il colloquio con i genitori anche per ottenere il **consenso informato in forma scritta per le indagini diagnostiche** che saranno eseguite per l'accertamento delle cause del decesso, inclusa l'autopsia.

Per le procedure autoptiche in caso di morte improvvisa del neonato entro un anno di vita senza causa apparente consultare la *Procedura per la gestione delle autopsie di lattanti o feti*.

Condurre il neonato deceduto in un'area riservata e tranquilla all'interno del reparto, idonea al raccoglimento dei genitori e dei familiari.





## 7. Documenti di riferimento

- a) Raccomandazioni per la prevenzione del SUPC Società Italiana Neonatologia (SIN) Edizione Settembre 2018 [www.sin-neonatologia.it](http://www.sin-neonatologia.it)
- b) Indicazioni sulla prevenzione e gestione del Collasso Postnatale (SUPC). Task Force SUPC della Società Italiana di Neonatologia. Marzo 2023 [www.sin-neonatologia.it](http://www.sin-neonatologia.it)
- c) Raccomandazione ministeriale n° 16 per la prevenzione della morte o disabilità permanente in neonato sano di peso >2500 grammi non correlata a malattia congenita.
- d) Procedura per l'inserimento e l'affiancamento del personale infermieristico/ostetrico/oss neoassunto o trasferito da altra struttura.
- e) Procedura per la gestione dei riscontri diagnostici di lattanti o feti

## Bibliografia citata nel documento

- [1] BAPM, «British Association of Perinatal Medicine. Guidelines for the investigation of newborn who suffer a sudden and unexpected postnatal collapse in the first week of life: recommendations from a Professional Group on Sudden Unexpected Postnatal Collapse,» 2011. [Online]. Available: [https://hubble-live-assets.s3.amazonaws.com/bapm/attachment/file/26/SUPC\\_Booklet.pdf](https://hubble-live-assets.s3.amazonaws.com/bapm/attachment/file/26/SUPC_Booklet.pdf).
- [2] G. P. R. Y. N. C. S. U. Andres V, «Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact,» *Pediatrics*, p. 127:e1073-6, 2011.
- [3] M. J. F.-L. U. C. Rodriguez-Alarcon J, «Episodios aparentemente letales en las primeras dos horas de vida durante el contactopiel con piel. Incidencia y factores de riesgo—Apparently life-threatening episodes in the first two hours of life during skin-to-skin mother-infant contact.,» *Progresos de Obstetrica Y Ginecologia*, p. 54:55, 2011.
- [4] K. P. Herlenius E, «Sudden unexpected postnatal collapse of newborn infants,» *Transl Stroke Res*, pp. 4:236-47, 2013.
- [5] S. R. P. C. Poets A, «Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth.,» *Pediatrics*, pp. 127:e869-73, 2011.
- [6] B. S. L. A. Becher JC, «Unexpected collapse in apparently healthy newborns—a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events,» *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, pp. 97(1):F30-4, 2012.
- [7] P. M. Leow JY, «Sudden, unexpected and unexplained early neonatal deaths in the North of England,» *Arch Dis Child Fetal Neonatal*, pp. 96(6):F440-2, 2011.
- [8] P. F. C. A. C. S. C. M. C. U. G. M. A. S. M. Lovera C, «Sudden unexpected infant death (SUDI) in a newborn due to medium chain acyl CoA dehydrogenase (MCAD) deficiency with an unusual severe genotype,» *Ital J Pediatr*, p. 24:38:59, 2012.
- [9] A. M. R. R. B. I. M. M. S. N. Weber MA, «sudden unexpected neonatal death in the first week of life: autopsy findings from a specialist centre,» *J Matern Fetal Neonatal Med*, p. 22:398-404, 2009.
- [10] E. D. Z. J. Chiu M., «Gliosis in neonatal SUDI cases,» *Acta Paediatrica*, pp. 101: 30-33, 2011.
- [11] B. M. N. P. Fulcheri E., L'esame istopatologico della placenta – disco coriale e cordone ombelicale per la comprensione dell'etiologia del danno neurologico del neonato e della morte fetale inattesa. Cap 15 in: *Sorveglianza ostetrica e disabilità neuro-motorie.*, Cento: EDITEAM, 2016.
- [12] R. S. Redline RW, «Fetal vascular malperfusion, an update,» *APMIS*, 2019.
- [13] R. R. F. Resta L., The placenta as the Mirror of the Foetus. Cap 1 In: Malvasi A., Tinelli A., Di Renzo



G.C..Management and Therapy of Late Pregnancy complications, Cham: Springer, 2017.

[14] C.-P. L. V. D. H. C. B. R. Spinelli J, « Evolution and significance of the triple risk model in sudden infant death syndrome,» J Paediatr Child Health, pp. 53(2):112-115, 2017.

[15] C. L. Z. L. Huang X, «Effects of Paternal Skin-to-Skin Contact in Newborns and Fathers After Cesarean Delivery.,» J Perinat Neonatal Nurs, pp. 33(1):68-73, 2019.

[16] D. A. F. I. C. K. Erlandsson K, «Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior,» Birth, pp. 34(2):105-14, 2007.

[17] D. A. N. J. Ross AA, «The Skin Microbiome of Cohabiting Couples,» mSystems, pp. 2(4):e00043-17, 2017.

[18] B. A. o. P. Medicine, «Sudden and Unexpected Postnatal Collapse: A BAPM Framework for Reducing Risk, Investigation and Management,» 2022.

[19] R. M. Fulcheri E., L'esame istopatologico della placenta per la comprensione delle alterazioni cardiocografiche a termine di gravidanza. Cap.10 in: Valensise H., Felis S., Ghi T., Vasapollo B.. Sorveglianza fetale in travaglio di parto, Roma: CIC Edizioni Internazionali, 2009.

## 8. Allegati

Allegato 1: Scheda di valutazione del neonato nelle prime due ore di vita

Allegato 2: Scheda di valutazione del neonato durante la degenza in rooming-in

Allegato 3: Foglio informative per I genitori sulla SUPC

Allegato 4: Scheda anamnestica SUPC

Allegato 5: Indicazioni in caso di sopravvivenza del neonato

Allegato 6: indicazioni in caso di exitus del neonato

Appendice 1: Procedura per L'INSERIMENTO E L'AFFIANCAMENTO DEL PERSONALE infermieristico/ostetrico/oss neoassunto o trasferito da altra struttura.

## 9. Lista di distribuzione

Consultori familiari

U.O.C. Ostetricia e Ginecologia P.O. Enna e P.O. Nicosia

U.O.C. UTIN P.O. Enna.

Neonatologia Nicosia

