

La missione è organizzata nel programma di collaborazione di 4 anni tra la Regione Toscana e MdCa Cuamm “Prima le mamme ed I bambini” per migliorare la qualità dell’assistenza per le madri ed I neonati al PJH di Aber per una verifica del e revisione del piano di azioni concordato nella seconda missione del 2015 con I Responsabili dell’ospedale e pianificare nuove attività per l’anno 2016.

Le attività di missione sono iniziate costituendo il Gruppo Perinatale di lavoro costituito da Barbara Tomasini, Stefano Zani, Annamaria Dal Lago, Rita Breschi (Ostetrica Regione Toscana, Palmira Immordino (JPO Cuamm) and Emanuela De Vivo – Responsabile Progetto al PJH di Aber per Mdca Cuamm. Partecipante alla missione il Dr Paolo Rossi Presidente del gruppo Cuamm di Siena che sponsorizza in parte il Progetto.

Le attività del TM sono state possibili grazie all’attiva partecipazione di Tutto lo Staff dell’Ospedale.

“DAL NEONATAL BRIDGE AL NEONATAL POINT”

Durante l’incontro preliminare svoltosi al nostro arrivo è stato concordato l’obiettivo generale da raggiungere entro la missione ossia il **consolidamento** degli obiettivi proposti nella precedente missione 2015 e tutti in parte raggiunti. A tutti i partecipanti della riunione è sembrato poco proponibile e pericoloso aggiungere altre novità essendoci necessità di chiarimenti e prese di coscienza più ampia dell’approccio al nuovo nato.

Sono stati esaminati e condivisi i punti di forza sui quali fare leva per l’avanzamento del progetto e i punti di debolezza sui quali fornire dei chiarimenti ribadendo i concetti e le metodologie dell’Essential Newborn Care/WHO per la riduzione della morbilità e mortalità neonatale.

Il lavoro della settimana si è svolto seguendo il Tor di missione concordato con Medici con l’Africa Cuamm e la Regione Toscana ed ha seguito un calendario proposto dalla Responsabile Cuamm in loco, che scandiva momenti di incontro e di confronto con il Consiglio di Amministrazione (HMT) e il personale responsabile dei vari reparti implicati nella salute neonatale/infantile (Pediatria/Maternità/ Referenti Relazioni con il Territorio / Settore Raccolta ed Elaborazione dati/Referente Risorse Umane)

Con il gruppo del materno/infantile del PJH-Aber abbiamo verificato l’avvenuta messa in pratica dei suggerimenti concordati durante la precedente missione anno 2015 (Action - Plan (Aprile 2015) partendo dalla raccolta dati notevolmente migliorata.

I dati sono meglio raccolti e sembrano essere maggiormente aderenti alla realtà con fonti attendibili e rintracciabili, questo perché esiste finalmente una cartella clinica del neonato sano o patologico e dunque una tracciabilità maggiore del neonato nato al PJH-Aber o ricoverato presso il PJH-Aber dopo la nascita.

Risultato importante raggiunto: Il 60/70% dei neonati ha una cartella quella elaborata nella missione 2015 alla quale sono state apportate dal gruppo nel corso del 2015/16 modifiche per renderla più utilizzabile.

Attraverso i dati è possibile avere una idea più precisa del numero dei neonati e del loro destino e pianificare le future strategie di cura.

Sulla raccolta dati è stata effettuata una riunione apposita con il settore dei data recording nella quale sono state risolte le difficoltà incontrate nella raccolta dati sia per la Maternità che per la Pediatria (gemelli, definizione dei nati vivi e dei nati morti, differenze tra in born e out born per quanto riguarda mortalità and morbilità, cause di ammissione dei neonati e classificazione degli stessi in IUGR/prematuri).

La riunione si è esplicitata in un momento formativo di team ed ha portato attraverso esempi reali proposti dagli operatori ad una migliore comprensione di come raccogliere e differenziare i neonati in base alle loro criticità, nonché di dove **conservare e catalogare tutte le cartelle cliniche sani/patologici/morti in un armadio dedicato con chiave in Pediatria.**

E’stato suggerito di ritornare i dati della mortalità in una riunione mensile di reparto effettuata tra i membri del reparto e il medico responsabile e la responsabile infermieristica ed ogni 3 mesi nella riunione e revisione dei dati ospedalieri con tutto l’HMT.

Nella discussione sui dati sono emerse anche le criticità di come effettuare gli Audit di mortalità materna e neonatale-infantile ed è stato rivista la metodologia attuale degli audit che non porta ad un miglioramento ma solo ad un tribunale inquisitorio.

Sottolineata l’importanza di effettuare audit e MM propositivi e non accusatori al fine da trarre da questi un miglioramento del sistema con proposte concrete e verificabili con indicatori dandosi tempi ed attività per la soluzione (es: protocollo d’attivazione medico/clinical officer per il neonato critico).

Risultato importante valutato attraverso i dati:

-riduzione della mortalità neonatale (mortalità perinatale PMR, mortalità neonatale NMR, Natimortalità SBR)
tabella riassuntiva confronto 2014/2015 dati intraospedalieri



2014		2015	
2131	Live births	2067	Live births
2137	Total Number Deliveries	2084	Total Number Deliveries
106	Stillbirth	30	Stillbirth (Stillbirth rate)
95,2 %	Perinatal PMR	66,3 %	Perinatal PMR
53,9 %	Neonatal Mortality rate	35,3 %	Neonatal Mortality rate
47 %	Still Birth rate	33,5 %	Still Birth rate
73 newborn Death (23 Death in MW)			
Mortality by BW		Mortality by BW	
over 2,5 kg	97%	over 2,5 kg	90%
1500/2499 kg	33%	1500/2499 kg	37%
under 1499 kg	29%	under 1499 kg	12%

First months J-M in PJH 2016

MW

cw

.573 deliveries

.148 admission

.128 22,3 % CS

IN 83 (15% MR) 56%

.Total alive 556

OUT 65 (27% MR) 43%

.Total deaths (F-M-N)

11 F 11 J 10 M

in DR 17+7

20 % NMR (OUT12%-8%

IN)

Perinatal MR 40%°

Sulla base del miglioramento generale dei dati di mortalità neonatale intra-ospedaliera abbiamo analizzato i comportamenti del personale sanitario in Maternità ed in Pediatria osservando il lavoro quotidiano (on the job) valutando le varie criticità viste durante l'osservazione effettuata in momenti non ufficiali durante i vari turni dal personale della Maternità e della Pediatria.

L'osservazione durante il lavoro di reparto ha evidenziato **una maggior presa in carico** del neonato realizzato anche dal cambio di organizzazione infermieristica, suggerito l'anno precedente, con un personale identificato per il neonato con precisi compiti e responsabilità.

In entrambi gli ambienti Maternità e Pediatria, dopo l'ultima visita, **è stato allestito un punto di accoglienza** per il neonato con ancora alcune criticità legate alla strumentazione necessaria per le manovre d'emergenza, che tuttavia possono essere facilmente superate migliorando l'organizzazione del lavoro quotidiano e realizzando una check list del materiale necessario con responsabilità attribuita.

Il sistema di riscaldamento ed erogazione di ossigeno è stato ben strutturato, ancora carente la possibilità di monitorare la saturazione per erogare correttamente ossigeno e definire la gravità del quadro clinico (FC FR saturazione),

Carente l'organizzazione per il punto accoglienza e rianimazione del neonato nato da taglio cesareo urgente o programmato, ancora di difficile attuazione per l'interazione con il personale della sala operatoria. Il neonato nato da cesareo necessita anche un'attenta osservazione nel post-partum con una responsabilità individuata che attualmente non è stata attribuita.

Insieme al team per migliorare la morbilità e mortalità neonatale sono state proposte diverse azioni elaborate dal personale dei reparti e dalla responsabile infermieristica che sono state esposte all'HMT durante una riunione in plenaria restitutiva di tutto il lavoro svolto.

Sono stati attentamente esaminati i flussi dei neonati ricoverati ad Aber nati sani/ nati patologici/in born ed out born ed è stato fatto un lavoro di team per **codificare il flusso**, nel tentativo di facilitare il percorso del neonato dall'ammissione alla dimissione e seguente follow-up. Sono stati attentamente analizzati con il team il percorso

amministrativo con registrazione, identificazione del neonato con compilazione cartella clinica, percorso sanitario con attribuzione della gravità clinica ed applicazione dei protocolli ed attivazione delle figure cliniche assistenziali necessarie.

In Maternità buono è il “neonatal corner” per prestare ai parti fisiologici e vaginali la rianimazione nel caso di bisogno. Criticità sono il non attuare skin to skin separando la madre dal neonato ponendolo sotto la lampada riscaldante e la non presenza di protocolli condivisi per l'accoglienza a neonato fisiologico (tempo del taglio del cordone /valutazione dei parametri vitali/allattamento nelle prime ore etc.).

Identificati gli spazi dedicati all'osservazione del neonato patologico, stanza con tre letti per i neonati patologici che non possono essere trasferiti in Pediatria e devono aspettare in maternità fino alla dimissione materna.

Individuato un punto di osservazione con le dotazioni strumentali ossigeno, saturimetro, lampada riscaldante e personale dedicato, dove il neonato patologico nato da parto spontaneo o da cesareo e la madre insieme possono stare per l'osservazione in attesa del trasferimento in post-natal se neonato non patologico o pediatria se neonato patologico non appena la mamma è trasferibile.

Ricodificato lo spazio in Post-natal dove osservare madre e neonato nati da taglio cesareo senza particolare difficoltà (primi letti vicini alla porta d'ingresso vicino alla stanza infermiere).

In Maternità sono stati dunque concordati 3 punti di ricovero/osservazione del neonato patologico.

In Pediatria buono il corner di accoglienza del neonato critico proveniente dal territorio (in o out born), migliorabile il setting per l'erogazione di ossigeno e il monitoraggio delle funzioni vitali, mancano anche strumenti dedicati che attualmente sono condivisi con la pediatria e a volte con la maternità, che è geograficamente distante dal reparto. Molto confuso il percorso del neonato proveniente dagli ambulatori nonché la collocazione dello stesso nel reparto di pediatria per intensità di cura. Difficile per la infermiera della pediatria osservare neonati dispersi nella stanza a loro dedicata nel reparto pediatrico, sempre molto sovraffollata e carente di materiale per igiene personale e pulizia.

Anche in Pediatria è stata accettata dallo scorso anno la presenza di una infermiera del reparto che durante il turno è dedicata al neonato, è necessaria una maggiore informazione/formazione sui neonati e lattanti che vengono presi in carico dall'infermiere per quelle che sono le urgenti manovre da effettuare sul paziente ricoverato in attesa del medico e/o clinical officer.

Identificato e condiviso la distribuzione per intensità di cura dei neonati ricoverati (allegato Room A-B-C della Pediatria) e chiarito l'intero Flusso sia amministrativo che clinico-sanitario.

Una criticità importante conseguente anche al sovraffollamento è la scarsa Pulizia/Igiene generale delle stanze riservate ai Neonati in Pediatria. Mancano tutte le indicazioni e gli strumenti necessari alla igiene del neonato e della mamma nutrice nonché dei sanitari che assistono i pazienti (presenza di una sola postazione di acqua/sapone e asciugamani per tutti i pazienti ed i care-givers presenti nel reparto).

Un risultato importante scaturito dall'osservazione del lavoro giornaliero è l'identificazione condivisa ed illustrata in plenaria al HMT dalle coordinatrici infermieristiche dei reparti interessati Pediatria e Maternità dei **Flussi neonato e Registrazione del neonato sano/patologico in born e out born in Maternità e Pediatria ad Aber.**

In vari incontri sono state rivisti punto per punto e discussi i 4 **protocolli** prodotti nell' anno 2015 (asfissia/ipoglicemia/ipotermia/nutrizione) ai quali manca ancora **l'autorizzazione ufficiale dell'HMT** -firme dei responsabili dei reparti nei quali sono dal 2015 applicati.

Le considerazioni sui protocolli sono state effettuate attraverso la revisione delle cartelle per individuare la corretta applicazione degli stessi e le criticità insorte durante l'applicazione sono state oggetto di chiarimenti e dunque di revisione ufficiale degli stessi che devono essere contestualmente firmati dai responsabili del protocollo.

In senso generale **l'applicazione dei protocolli (50%-60% dei casi)** è stato uno strumento efficace per la riduzione della mortalità e l'applicazione costante e riconosciuta in tutto l'ospedale della **catena del caldo** ha contribuito alla riduzione della mortalità neonatale per ipotermia/ipoglicemia.

Utile per l'implementazione delle attività di miglioramento nel settore madre-neonato è il **tool WHO** che è stato in parte rivisto con le Dr.sse AM Dal Lago ed E. De Vivo, questo strumento facilita il percorso verso una maggiore qualità nelle cure ed è molto utile anche nella supervisione dei centri periferici che necessitano di essere indirizzati verso la stessa qualità-**continuo delle cure.**

Seguendo la proposta di stilare da parte del gruppo neonatale materno il protocollo sulle infezioni neonatali riguardando la letteratura del WHO è stato chiarito come nessun protocollo sull'argomento può prescindere **dall'igiene e pulizia generale e specifica** dei reparti maternità e pediatria che è estremamente scarsa. Scarsa

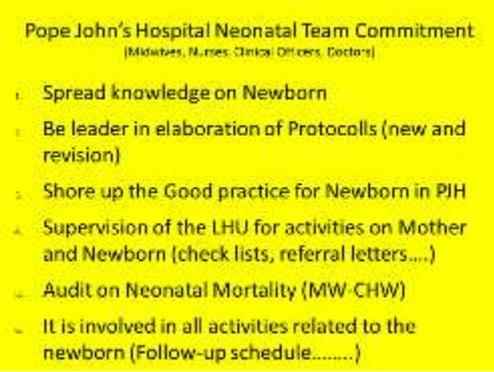
applicazione della politica del lavaggio delle mani, non codificato il lavaggio del pavimento e delle stanze di degenza, la sostituzione ed il lavaggio delle lenzuola e dei teli usati per i pazienti etc.

La discussione del team riportata poi a livello plenario in presenza dell'HMT ha evidenziato che è estremamente urgente codificare e protocollare i momenti di pulizia e le modalità della stessa nonché formare gli operatori deputati alla pulizia dell'ospedale con coinvolgimento in questa discussione del Responsabile delle risorse umane dell'ospedale.

La **catena del pulito**, costituendo il prerequisito alla riduzione delle infezioni materne/neonatali che portano ad una elevata morbilità e mortalità, è un ampio capitolo che deve essere affrontato in maniera ampia coinvolgendo maggiori risorse ed è di responsabilità primaria dell'HMT.

Durante i giorni di incontro/discussione elaborazione di percorsi sulla salute materna/neonatale è venuta spontanea l'idea di costituire all'interno dell'ospedale un **Team Neonatale** formato da ostetriche, infermiere, clinical officer e medici che hanno conoscenze scientifiche ed esperienze cliniche sul neonato.

La Responsabilità e funzione del team è di seguito riportata in tabella.



Pope John's Hospital Neonatal Team Commitment
(Midwives, Nurses, Clinical Officers, Doctors)

- 1. Spread knowledge on Newborn
- 2. Be leader in elaboration of Protocols (new and revision)
- 3. Shore up the Good practice for Newborn in PJH
- 4. Supervision of the LHM for activities on Mother and Newborn (check lists, referral letters....)
- 5. Audit on Neonatal Mortality (MW CHW)
- 6. It is involved in all activities related to the newborn (Follow-up schedule.....)

I componenti del team sono stati identificati dall'HMT e dal responsabile Cuamm che dovranno ufficializzarlo in un documento di responsabilità dell'HMT.

Ai componenti del team è stato dedicato un momento di formazione/confronto sui principali temi dell'ENC. (effettuazione di pre e post tests e verifica pratica finale con i manichini neonatali in dotazione all'Ospedale; 4 ore intense di corso interattivo ed abbiamo lasciato il materiale e la verifica al PJH Drssa E. Devivo)

Questo gruppo è il diretto responsabile di tutte le attività che riguardano il neonato all'ospedale di Aber e nei centri afferenti l'ospedale.

I nomi dei componenti del team nonché il materiale formativo prodotto è presso l'ospedale di Aber.

Durante la visita ai centri periferici è stata verificata la check list governativa e usata dal team materno/infantile per la **supervisione dei centri periferici**.

Rivisto e sottolineato il ruolo della supervisione che dovrebbe essenzialmente essere un momento per diffondere e spiegare le pratiche usate per il neonato all'ospedale e utili anche nei centri periferici di livello diverso oltre alla verifica delle buone pratiche applicate. E' stato proposto che il personale sanitario dei centri periferici possa frequentare in modo strutturato e coordinato i reparti di maternità e pediatria dell'ospedale, allo scopo di vedere applicati i protocolli e apprendere le manovre essenziali da attuare sul neonato e la madre anche nel centro periferico. Da codificare e condividere sono i segni di pericolo che devono spingere a riferire il neonato all'ospedale nonché le modalità per stabilizzare e trasportare il neonato ad Aber con lettera di riferimento in modo da iniziare nel centro periferico la cura individuata per quel neonato che poi sarà continuata all'ospedale – **continuità assistenziale territorio-ospedale**.

Rivisto il **protocollo del follow up** del neonato di basso peso con annessa lettera di dimissione/follow-up. La revisione è stata fatta alla presenza dei social worker che si prendono cura del territorio attorno ad Aber che si sono dichiarati disponibili a seguire nel territorio le famiglie con neonati di basso peso e/o complessità clinica.

Molto positivi sono i **rapporti tra ospedale e distretto** con attestati di stima da parte dei responsabili Ugandesi del distretto verso la presenza ed il lavoro di MdcA Cuamm.

Riunione finale

Nell'ultimo giorno della missione si è svolto l'incontro finale con il coinvolgimento dell'HMT al completo ed il Record data team, il responsabile delle Risorse Umane, i Social workers, il costituendo Neonatal Team dove sono stati

presentati i risultati e documenti prodotti durante la missione dopo discussioni ed approfondite riunioni con lo staff dell'Ospedale, della intensa settimana di lavoro da parte dei Responsabili Infermieristiche della Pediatria e della Maternità con le proposte per l'anno 2016.

L'incontro è servito per mettere al corrente e per chiedere consenso e parere sulle strategie e nuovi documenti identificati dal gruppo perinatale di lavoro con i Sanitari durante il periodo di missione per proseguire nel progetto prima le mamme e i bambini al PJH-Aber nonché condividere il piano di lavoro per il 2016/2017. Presentazione ppt "Focus on Newborn at Pope John's Hospital Aber".

Illustrati i principali documenti elaborati:

- Dati di confronto anni 2014/2015/2016 mortalità neonatale, perinatale e natimortalità.
- Documento per identificazione e registrazione del neonato sano nato ad Aber nel registro sala parto, del patologico proveniente dalla Maternità e dal territorio (out-born) nel registro di Pediatria assumendo che esiste un solo ed unico registro di ammissione dei nati patologici in born e provenienti dal territorio che si trova custodito in pediatria.
- Flusso dall'ammissione alla dimissione del neonato illustrati dalle coordinatrici infermieristiche della Maternità e della Pediatria. Flusso Maternità con identificazione delle stanze atte all'osservazione del neonato. Flusso Pediatria con identificazione del flusso nella sala neonatale della pediatria per intensità di cura e spazi per neonati e caregivers.
- Nella discussione sugli spazi dedicati al PJH-Aber al neonato nel nuovo reparto pediatrico, estremamente sovraffollato, si è evidenziato da parte di tutti la carenza di un **punto neonatale-Neonatologia** ben definito che è stato identificato nella vecchia pediatria situata tra l'attuale laboratorio e la sala operatoria. La proposta è stata positivamente accettata dall'HMT al completo ed abbiamo preso l'incarico di illustrare questa soluzione ai responsabili del Cuamm ad Aber-Uganda-Padova, che vede tutto il gruppo perinatale di lavoro favorevole.
- Revisione dei protocolli in uso e successo degli stessi durante l'anno 2015, implementati e revisionati durante l'attuale missione.
- Presentato il lavoro svolto sulla scheda per il follow-up dei neonati patologici ammessi all'ospedale di Aber ed in fase di definizione la check list per la supervisione delle unità periferiche e della lettera di riferimento del neonato patologico dalle unità di riferimento.
- Presentazione del team neonatale e sue funzioni.
- Chiarite e condivise le funzioni della Dr.ssa Annamaria Dal Lago come supervisore, implementatore e facilitatore dei processi riguardante il neonato. Non sostitutiva con la sua presenza del Medico responsabile del reparto di Pediatria.

Considerazioni generali

SCARSA IGIENE e PULIZIA dell'Ospedale che nonostante l'acqua presente non è in buone condizioni: impostato a grandi linee e condiviso il lavoro che deve essere continuato dall'HMT come implementazione e piani di lavoro giornaliero-settimanale-mensile delle pulizie ambientali.

Coinvolti in questo argomento anche il Responsabile delle Risorse Umane per chiarire i piani di lavoro delle ausiliarie e delle infermiere; programmato un CME sull'Igiene e Pulizia nei prossimi mesi (JPO Cuamm Dr.ssa Palmira Immordino).

-I 4 Protocolli in atto dall'aprile 2015 (Asfissia, Alimentazione, Ipotermia, Ipoglicemia) non sono stati ancora firmati dai Responsabili.

-Scarsa partecipazione dei Medici alla programmazione ed alle attività concordate (il solo Dr Masaba Ginecologo è presente e scrive in modo costante e puntuale nelle cartelle)

- **Scarso coinvolgimento dell'HMT nelle attività dell'Ospedale** con poca Autorevolezza ed Autorità, che approva in modo formale ma non Supporta le decisioni e le azioni concordate!

- **Buona la considerazione** di MdCA nel distretto.

-Ottimo il rapporto con le Unità periferiche ed il Territorio con il servizio di trasporto materno/neonatale (ambulanza, moto, bicicletta) con ipotesi futura di stage dei sanitari delle Unità periferiche presso il PJH per consolidare e visionare i protocolli in uso che dovranno essere diffusi nelle unità del territorio. Continuità nel trattamento e nei protocolli e piani di lavoro.

- Migliorati i dati di mortalità neonatale perinatale e natimortalità intraospedalieri (raccolta migliorata e outcome dei pazienti migliorato) **che vedono l'ospedale allineato ai dati ufficiali dell'Uganda**

- Durante il lavoro di gruppo giornaliero svolto al PJH-Aber abbiamo verificato come il Progetto scientifico sulla prevenzione dell'ipotermia sul Neonato (certamente valido e condivisibile) sia un fattore disturbante e confondente in un momento così delicato di cambiamento di atteggiamento verso il neonato al PJH-Aber

Azioni condivise per l'anno 2016 (piano d'azione) con l'HMT e tutto il gruppo del Materno/Infantile

- buone pratiche da consolidare: compilare cartella clinica, applicazione puntuale dei protocolli, formazione continua on the job sugli stessi, rafforzare il percorso del neonato ad Aber **(2016 e successivi)**

- pratiche da modificare: taglio cordone ombelicale precoce, skin to skin al parto, marsupio terapia per i prematuri, allattamento materno precoce e prolungato, accoglienza del neonato al taglio cesareo, check list del materiale in ogni punto di osservazione neonatale, lettera di dimissione dalla pediatria al territorio/continuità delle cure/follow-up **(2016 e seguenti)**

-firma dei 4 protocolli in uso sia ad aprile 2015 che revisione aprile 2016 **(1 mese)**

-formalizzazione della costituzione del Neonatal Team (Pediatria e Maternità), elenco dei componenti delle varie figure professionali coinvolte con la presenza di un Responsabile che si alterna ogni anno ponendosi obiettivi chiari e raggiungibili e promuovendo azioni pratiche di miglioramento al PJH di Aber con la funzione di consolidare in Ospedale e nelle Unità Periferiche i principi dell'Essential Newborn Care partendo dai 4 protocolli in uso **(2 mesi)** e facendosi carico di elaborarne altri in base alle esigenze (es: Protocollo Infezioni Neonatali in **6 mesi**)

-al Neonatal Team ed all'HMT la Responsabilità di consolidare le buone pratiche che hanno permesso il miglioramento dei dati epidemiologici neonatali intra-ospedalieri e di aprire una finestra verso il territorio, raccolta dati adeguata e puntuale, accurata registrazione dei neonati, uso dei protocolli, Formazione su neonato ed argomenti di base dell'Essential Newborn Care, flusso dei neonati in Ospedale dalla Maternità alla Pediatria e dal territorio, consolidare le attività di audit e MM sulle morti neonatali con attività reali di miglioramento proposte ed intraprese, Supervisione e supporto alle Unità periferiche con scambio di personale **(2016)**

-Mantenere coinvolto l'intero Ospedale sulla Salute Neonatale (HMT, Neonatal Team, Record Office, Social workers, Human Resource et altre figure coinvolte) attraverso la produzione di un foglio A4 con i dati di ogni mese/trimestre sull'epidemiologia neonatale intraospedaliera **(2016)**

-Organizzazione comune per la giornata della Festa Internazionale delle Ostetriche e dell'Infermiera e della Settimana mondiale del Prematuro al fine di mantenere attiva la collaborazione essenziale e l'attenzione tra Maternità e Pediatria sul neonato **(2016 e seguenti)**

-identificazione degli spazi per il Neonatal point **(2016)** e successiva realizzazione

-Intensa attività sull'Igiene e Pulizia dell'Ospedale (la Clean Chain è responsabilità dell'HMT come la Warm chain che è attualmente in uso con l'applicazione del protocollo sull'ipotermia) sia sulla struttura (stanze, strumenti, infrastrutture) che sul Personale (Lavaggio mani, piani di lavoro) **(6 mesi)**

-disponibilità al supporto via mail durante il 2016 e da concordare, se necessario, ulteriore missione di valutazione attività fine 2016/inizio 2017

Tutte queste attività, risultati e proposte sono state illustrate in modo approfondito al Dr Peter Lochoro Responsabile Rappresentante MdCA Cuamm in Uganda in un incontro prepartenza.

Dr. Stefano Zani

Dr.ssa Barbara Tomasini

*Allegata la relazione della Dr.ssa Rita Breschi che è stata parte integrante del Gruppo Perinatale di lavoro con l'approvazione della Responsabile del CSG Regione Toscana e di Medici con l'Africa Cuamm