



CONVEGNO

La sorveglianza della mortalità materna in Italia: validazione del progetto pilota e prospettive future

**Istituto Superiore di Sanità
Aula Pocchiari
5 marzo 2015**



L'epidemiologia e la clinica in un percorso condiviso

Dott. Giuseppe Battagliarin

Ausl Rimini – Regione Emilia - Romagna

Il primo studio clinico italiano sulla mortalità materna in Italia risale ai primi anni settanta. Era stato condotto raccogliendo le cartelle cliniche inviate dalle unità operative di Ostetricia della Regione Lombardia su invito della Facoltà di Ostetricia dell'Università degli Studi di Milano. Ognuna delle cartelle era stata sottoposta a revisione di esperti giungendo ad una categorizzazione secondo i criteri impiegati nei Confidential Enquires Inglesi.

Le conclusioni che se ne trassero portarono a proposte avanzate ai politici regionali per spingerli ad approvare leggi che consentissero l'estirpazione della piaga dell'aborto clandestino (causa di un importante numero di decessi) e la creazione a scopo preventivo e di diagnosi precoce di strutture territoriali ad accesso gratuito per la difesa della maternità: i Consultori Familiari.

Negli anni successivi fu approvata la Legge istitutiva dei Consultori Familiari e la Legge 194 che legalizzò l'Interruzione volontaria di gravidanza. Gli studi sulla mortalità materna invece non assunsero mai quel carattere clinico-epidemiologico dagli esperti sempre auspicato. L'Istat continuò a raccogliere dati incompleti e mal classificati mentre i clinici perseverarono nel tenere un approccio "artigianale" verso interventi di prevenzione. In altre parole la situazione era definibile come un blocco del ciclo dell'audit. Gli epidemiologi non identificavano il problema e lo scopo, i criteri standard erano mal definiti, la raccolta di dati e l'osservazione della pratica incomplete (anche per pregiudizi di tipo difensivistico) per cui da ultimo non vi era un franco confronto dei risultati con i criteri standard per operare un cambiamento. La rarità dell'evento ha poi favorito il permanere di questa situazione. Il carattere mediterraneo è più incline alla spettacolarizzazione mediatica dell'evento con successivo intervento della magistratura piuttosto che ad una ragionata valutazione alla quale rispondere con un cambiamento dell'approccio assistenziale.

Ciò che finalmente è mutato è l'approccio dello studio epidemiologico, divenuto scientifico e metodologicamente corretto. L'ultimo passo per chiudere il ciclo dell'audit quindi spetta ora ai clinici guidati nelle loro decisioni dall'analisi dei risultati.

Presso l'UO di Ostetricia e Ginecologia di Rimini si è introdotto a partire dal 2010 questo metodo di lavoro. Sulla guida dei risultati dello studio regionale e adottando le raccomandazioni del Ministero della Salute per la prevenzione della Mortalità Materna si sono introdotti nuovi protocolli assistenziali associandoli alla formazione che è stata programmata ed inserita nel Piano annuale di Formazione Aziendale (PAF). In particolare è stata data particolare importanza ai protocolli di prevenzione e trattamento del tromboembolismo, dell'emorragia del post partum, delle crisi ipertensive (preeclampsia grave) oltre che all'antibiotico profilassi e al trattamento delle sepsi.

La prevenzione della mortalità materna però è una espressione vuota se non è seguita da un intervento che si rivolga ai fattori sociali che la favoriscono e ne costituiscono la fonte principale. Non garantire la prima visita in gravidanza entro la 12 settimana costituisce un importante fattore di rischio per le patologie su cui si sono disegnati i protocolli. Non identificare i disturbi emozionali in gravidanza significa esporre la donna a rischio di depressione del post parto con aumento dell'incidenza di suicidi (prima causa di morte materna indiretta). Il ritardo di invio alla struttura di III Livello da parte degli ambulatori periferici delle gravidanze a rischio può portare a gravi peggioramenti delle patologie. Quindi agli interventi "intramoenia" sono stati associati interventi formativi e organizzativi verso il territorio instaurando una stretta collaborazione con le strutture consultoriali. La

mortalità materna si misura per numero di casi per 100.000 nati per cui una UO anche con oltre 3000 parti come quella di Rimini può per diversi anni non viverne alcuna. E' quindi sull'identificazione dei near-miss che attualmente organizziamo assiduamente gli audit rivisitando, ripensando e modificando organizzazione e protocolli e orientando verso le criticità rilevate la formazione sia per l'ospedale che per il territorio.

La sinergia con gli anestesisti: lo studio sui near miss da emorragia grave del post-partum

Dott. Maria Grazia Frigo

Ospedale Fatebenefratelli, Roma

L'ostetricia è di per sé una condizione di potenziale emergenza che si può realizzare in qualsiasi gravidanza, anche nella meglio assistita o nel travaglio più fisiologico che ci sia. L'urgenza ostetrica si connota peraltro per imprevedibilità, multifattorialità e drammaticità con un corredo affettivo emotivo che rende più difficile l'opera dei sanitari.

La gestione delle emergenze-urgenze in ostetricia è piuttosto complessa ed implica il coinvolgimento di diverse figure professionali. Qualità ed efficacia del trattamento spesso dipendono da un buon coordinamento del team di specialisti coinvolti. Tale aspetto è frequentemente ostacolato dalla mancanza di procedure concordate efficienti per la gestione delle varie situazioni cliniche, dall'utilizzo di una terminologia non ben codificata per stabilire il grado di urgenza ostetrica, dalle difficoltà nel monitoraggio accurato del benessere materno-fetale. Allo scopo di ottimizzare l'assistenza e le cure, l'équipe di sala parto dovrebbe possedere conoscenze comuni ed elaborare protocolli standardizzati per le patologie che caratterizzano le emergenze ostetriche e le differenti modalità di trattamento.

La sinergia con le ostetriche: la formazione a distanza sull'emorragia del post-partum

Dr. Ostetrica Paola Serafini

Università di Torino

Nell'ambito della sorveglianza ostetrica, l'ISS ha offerto il corso FAD "Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS): la prevenzione e la gestione dell'emorragia del post-partum".

Online dal 31 marzo 2014 al 19 marzo 2015 il corso fornisce le conoscenze indispensabili per comprendere la rilevanza del problema e le indicazioni delle più importanti linee guida internazionali sull'argomento; la FAD consente l'acquisizione di 12 crediti ECM per Medici e Ostetriche.

I materiali evidence-based sono riassunti in 2 dossier informativi da scaricare e studiare prima di verificare le proprie conoscenze su cinque casi clinici reali o verosimili che si sviluppano con domande di tipo decisionale a risposta multipla, per valutare la propria capacità di applicare nella pratica quotidiana le informazioni acquisite.

La verifica di apprendimento prevede la risposta a domande a risposte multipla e l'esito della prova viene visualizzato alla fine del corso. Il livello minimo di risposte esatte richiesto è pari al 75%, come previsto dal regolamento ECM; ogni partecipante riceve un messaggio di feed-back relativo al proprio livello di apprendimento e, una volta completato tutto l'iter formativo, potrà scaricare il proprio attestato ECM.

L'emorragia del post partum è un evento raro ma potenzialmente letale per la donna numerosi studi dimostrano che la diagnosi precoce, il trattamento tempestivo e appropriato insieme a un efficace lavoro di team, sono i requisiti essenziali per ridurre al minimo il rischio di mortalità e grave morbosità materna.

Per l'importanza di tale evento l'ISS ha voluto basare l'implementazione delle evidenze scientifiche su tre scelte metodologiche cardine anch'esse sostenute da evidenze scientifiche:

- L'interprofessional education (IPE), modalità educativa promossa dall'OMS che occorre quando discenti di due o più professioni imparano insieme e le une dalle altre, al fine di migliorare la loro capacità di gestire in modo collaborativo i problemi di salute; gli studi condotti anche in ambito ostetrico dimostrano che l'approccio IPE favorisce la comprensione reciproca, una comunicazione appropriata, un apprendimento ragionato e critico, migliora la relazione tra professionisti e con le persone assistite e consente la rielaborazione dei pregiudizi professionali.
- La formazione a distanza (FAD) modalità didattica scelta poiché RCT dimostrano che il ricorso a tale modalità risolve alcune criticità della formazione residenziale, in particolare elimina le due dimensioni spazio-tempo rendendo disponibili le informazioni ad una vasta ed eterogenea popolazione di professionisti sanitari in qualunque momento e in qualunque luogo a qualunque operatore sanitario eliminando spostamenti, viaggi e orari obbligati vincoli tanto più complessi a causa della contrazione delle risorse economiche ed umane del SSN
- Metodologia basata sulla discussione di casi clinici al fine di rinforzare la capacità di ragionamento critico del discente e la visione olistica ed interprofessionale del setting assistenziale.

A 11 mesi dall'inizio della FAD si sono iscritti al corso 6.093 professionisti sanitari dei quali 5.113 hanno acquisito i crediti ECM, di questi 3.672 sono rappresentati da ostetriche e 1.440 da medici. La più elevata partecipazione delle ostetriche è verosimilmente da attribuire oltre alla sensibilità della categoria a tale problematica, all'ampio sostegno dato

all'iniziativa dalla FNCO e dai Collegi Interprovinciali delle Ostetriche che hanno costantemente incoraggiato la partecipazione delle proprie iscritte.

Il Giudizio di rilevanza, qualità ed efficacia riportato dai partecipanti che hanno acquisito i crediti formativi ECM è più che positivo. Entrambi i gruppi professionali giudicano positivamente la rilevanza, la qualità e l'efficacia del corso in percentuali superiori al 98%.

Il successo di questa iniziativa rappresenta solo un primo passo verso un corretto approccio clinico assistenziale delle HPP; oltre alla disseminazione delle evidenze risulta infatti indispensabile prevedere l'organizzazione di audit clinici e simulazioni periodiche che rinforzino, sostengano e contestualizzino i contenuti teorici acquisiti nella FAD ai diversi contesti organizzativo/assistenziali. L'iniziativa incoraggia la programmazione di eventi FAD a supporto di progetti di ricerca e implementazione di buone pratiche basate da parte dell'ISS.

L'epidemiologia e la clinica in un percorso condiviso

Dott. Vittorio Basevi

Saperidoc – Regione Emilia - Romagna

I progetti di sorveglianza attiva di mortalità e morbosità materne si inseriscono nel quadro di una serie di interventi della *Commissione nascita* della Regione Emilia-Romagna (RER), tesi a rispondere a bisogni informativi dei professionisti e a fornire loro strumenti di analisi e valutazione delle pratiche assistenziali. All'interno della *Commissione nascita* le professioniste e i professionisti clinici e dei servizi della *Direzione generale sanità e politiche sociali* della RER tracciano le coordinate lungo le quali vengono periodicamente elaborati i dati desunti da flussi correnti e da indagini *ad hoc*. Con questa modalità vengono prodotti il Rapporto sulla nascita (annualmente), quello sulla nascita pretermine, quello su mortalità e morbosità materne e l'audit sulla assistenza perinatale. Questi documenti non vengono utilizzati dalle professioniste e dai professionisti clinici come mere descrizioni di frequenze, ma come strumenti condivisi di analisi, disposti all'interno di un percorso strutturato di strumenti di facilitazione del cambiamento delle pratiche assistenziali. Programmi di questo genere - attuati dopo (a) una ricognizione delle pratiche in atto e (b) la elaborazione o adozione di documenti di sintesi e trasferimento delle conoscenze - hanno condotto a progetti di implementazione di raccomandazioni con l'obiettivo, ad esempio, di una maggiore appropriatezza (a) nella induzione farmacologica del travaglio di parto o (b) nel ricorso al taglio cesareo nelle donne pre-cesarizzate. La elaborazione dei dati costituisce quindi solo l'elemento iniziale per definire le aree di intervento che saranno successivamente investite da processi di analisi delle barriere e di definizione degli strumenti per superarle, all'interno di un unico processo ciclico di miglioramento della qualità dell'assistenza perinatale in RER. L'audit sulle informazioni desunte dal precedente progetto di identificazione dei casi di mortalità materna attraverso il record-linkage ha accertato i benefici di un percorso condiviso fra epidemiologia e clinica. L'attuale progetto di sorveglianza prospettica della mortalità materna si inserisce ora in questo contesto e ne costituisce un approfondimento e una articolazione.

L'integrazione con la rete del rischio clinico

Dott. Tommaso Mannone

Responsabile Area Qualità e Gestione Rischio Clinico

A.O. Ospedali Riuniti "Villa Sofia - Cervello"

Il Progetto sulla mortalità materna in Sicilia come nelle altre regioni si propone come un processo che procede in estrema sinergia con la gestione del rischio clinico portata avanti dalla figura del Risk Manager.

Nella Regione Siciliana la rete dei Risk Manager aziendali è attiva dal 2010. In ogni azienda sanitaria ospedaliera ed in ogni azienda sanitaria provinciale è infatti stata attivata tale professionalità, i cui obiettivi, relativamente al miglioramento della sicurezza del percorso nascita, convergono con quelli del progetto sulla mortalità materna.

Si commenta da sè infatti la presenza di un Risk Manager all'interno del Gruppo di lavoro regionale sulla mortalità materna. Lungi dal costituire inutile duplicazione tale progetto contribuisce ad aumentare l'attenzione su un settore estremamente delicato del percorso assistenziale. Nelle realtà ospedaliere in cui il Risk manager ha già creato un clima di fiducia ed un'area *no blame* in cui i professionisti possono analizzare serenamente il loro operato, è possibile studiare con la massima serenità gli eventi avversi, eventi che nel settore materno-infantile spesso possono coinvolgere anche due persone, la madre ed il nascituro.

Il contributo del Risk Manager può assumere caratteri indispensabili anche nella gestione della comunicazione interna (nell'azienda) ed esterna (nei confronti dei media). Una comunicazione tempestiva e veritiera, completa e priva di allarmismi, può cambiare il decorso di molte cose, sia della serenità delle persone coinvolte sia dei professionisti.

I punti di forza del progetto sulla mortalità materna sono da identificare nella presenza di una rete dei Risk Manager già a regime, nella presenza di strumenti di lavoro condivisi, ed anche nella condivisione degli obiettivi. I risultati del Progetto hanno infatti evidenziato una maggiore sensibilità rispetto al SIMES nella rilevazione degli eventi, e questo è un punto su cui bisogna riflettere e studiare a fondo.

D'altro canto si rilevano alcune criticità consistenti nella talora scarsa sensibilizzazione all'interno delle varie Strutture Ospedaliere relativamente ai temi del Progetto e ad una integrazione a livello regionale tra il Gruppo di lavoro sulla mortalità materna ed il Rischio Clinico su cui restano ampi margini di miglioramento.

In sintesi l'implementazione del processo di cambiamento promossa dal Risk Manager, talora non esente da forti elementi di criticità, trova una utile sponda nella promozione del Progetto sulla mortalità materna.

La complessità e la delicatezza del mandato del Risk Manager, che richiedono peraltro una possibilità di azione sul sistema di tipo manageriale, bene si integra con la organizzazione multidisciplinare del Progetto

al fine di ridisegnare, ove necessario, idonei percorsi per la sicurezza dei pazienti ed anche per la salvaguardia di tutta l'organizzazione.

Eclampsia in NL is not similar to eclampsia in UK

Prof. Jos van Roosmalen

Professor International Safe Motherhood, Athena Institute, VU University Amsterdam and Leiden University Medical Center, the Netherlands

Eclampsia is one of the severe maternal morbidities which are studied by the International Network of Obstetric Surveillance Systems (**INOSS**).

Both **UKOSS** (2005-2006) and **NETHOSS** (2004-2006) did prospective nationwide surveys into the incidence of eclampsia. In the Netherlands eclampsia occurred in 6.2 as compared to 2.7 per 10.000 deliveries in the UK.

How to explain the difference? First of all a more restrictive definition was used in the UK, leading to the exclusion of 30 cases in the Dutch cohort. Because of this the incidence in the Netherlands was reduced to 5.4 per 10.000, but still twice as high as in the UK.

Audit revealed big differences in clinical management, which most likely explained the differences. A more conservative approach in the Netherlands was responsible for much higher bloodpressure readings in the Dutch cases.

More aggressive medical management of eclampsia with magnesiumsulphate and anti-hypertensives was advocated in the Netherlands as well as earlier induction of labour. NETHOSS initiated a new survey of the incidence of eclampsia after the implementation and this study is now in progress, very likely to show a considerable decrease of eclampsia cases.

Conclusion:

1. Uniform definitions are needed for the study of severe maternal morbidity, especially when comparison is one of the aims.
2. International comparison can lead to better management of severe, rare diseases in pregnancy.
3. INOSS is the international network which makes this possible.

L'integrazione con gli anatomopatologi: le indicazioni per il riscontro autoptico in caso di morte materna

Prof. Gaetano Bulfamante

Professore Associato di Anatomia Patologica

Sezione di Anatomia Patologica del Dipartimento di Scienze della Salute – Università degli Studi di Milano

Direttore S.C. di Anatomia patologica, Citogenetica, Patologia Molecolare – A.O. San Paolo - Milano

L'autopsia anatomopatologica è uno strumento diagnostico complesso che non mira solamente all'accertamento della causa di morte ma si prefigge di rilevare la complessità del paziente, ricercando le tracce che patologie e stili/condizioni di vita hanno lasciato nel corso della vita negli organi e tessuti: sotto questa luce l'autopsia si caratterizza come uno straordinario strumento di salute pubblica, fornendo dati indispensabili per l'adeguata analisi della qualità della vita e dell'assistenza sanitaria presenti in territorio. In tal senso la letteratura scientifica internazionale riconosce ancora oggi all'autopsia per riscontro diagnostico un ruolo cruciale nei pazienti in cui il decesso sia avvenuto inaspettatamente o non in condizione di ricovero ospedaliero ma anche in quelli deceduti in ospedale, dove la difficoltà di attribuzione della causa del decesso è condizione ancora presente, nonostante le più moderne tecniche di indagine "in vivo".

Purtroppo non solo i congiunti del deceduto sono spesso contrari all'esecuzione dell'autopsia ma anche gli stessi curanti: se le motivazioni di questo sono facilmente comprensibili nel caso dei primi, di meno lo sono per i secondi. E' innegabile che l'esecuzione dell'autopsia per riscontro diagnostico sia gravata in Italia da numerose e inveterate "criticità culturali" (autopsia vissuta come violazione della persona amata, perdita diffusa della dimensione "pubblica" della salute, gestione frammentata del paziente con perdita dell'abitudine al riesame epicritico multidisciplinare, confusione tra finalità dell'autopsia per riscontro diagnostico ed autopsia giudiziaria) a cui spesso si somma anche lo sconforto psicologico del curante per avere perso un paziente frequentemente conosciuto da molto e/o il timore di offendere ed irritare ulteriormente i congiunti del deceduto, situazioni celate dietro la giustificazione, sempre più invocata, per cui: "i parenti non autorizzano l'esecuzione dell'autopsia". Al fine di non incorrere in situazioni che possono (loro sì) riservare esiti spiacevoli è bene ricordare che secondo la normativa di legge italiana (Regolamento di Polizia Mortuaria) l'autopsia per riscontro diagnostico è richiesta, quando lo ritenga necessario, dal medico curante senza necessità alcuna di autorizzazione da parte dei familiari del deceduto. Naturalmente questa norma di legge non prescrive che i familiari non vadano avvisati e che non si abbia con loro un franco e esaustivo colloquio per motivare l'utilità dell'esame richiesto: anzi è ampiamente dimostrato che la richiesta da parte del curante dell'autopsia, "per capire cosa è successo", è vissuto dai parenti come il primo e cruciale messaggio da parte del mondo sanitario di non volerli abbandonare ed, anzi, di volere "prendersi cura" di tutti loro (nell'ipotesi che la causa mortis possa essere dovuta ad una patologia presente in altri membri della famiglia).

La comunicazione medico-paziente diventa pertanto, anche in questo caso, elemento cruciale di un percorso diagnostico-assistenziale che sia utile e valido ma la chiarezza comunicativa e l'abitudine al confronto deve coinvolgere anche l'ambito medico per evitare che l'autopsia rimanga un "atto dovuto" svuotato del suo pieno significato clinico. L'anatomopatologo, a cui è non è richiesto un dato di laboratorio ma una diagnosi, deve potere operare conoscendo tutta la documentazione sanitaria relativa al paziente e deve

potersi confrontare con i curanti, sia prima, che durante, che dopo l'esecuzione dell'autopsia. Di rimando, l'anatomopatologo deve discutere (in modo chiaro, confrontabile e tempestivo) i suoi rilievi e la sua interpretazione diagnostica con gli altri curanti in un momento di epicrisi multidisciplinare, sapendo, da clinico, discutere con i clinici. La corretta ed efficiente realizzazione di tutto questo appare di particolare rilievo in caso di mortalità materna ed in particolare nell'ambito di programmi di sua sorveglianza sanitaria: le informazioni e le diagnosi devono essere esaustive, confrontabili e erogate in tempi utili alla correzione di eventuali criticità e, nello stesso tempo, i report diagnostici finali dei singoli casi devono, da una parte, descrivere al meglio la realtà del singolo paziente e, dall'altra, garantire l'univocità interpretativa necessaria al loro utilizzo epidemiologico.

Al fine di facilitare questi processi il Gruppo di Lavoro per l'Anatomia Patologica nel progetto dell'Istituto Superiore di Sanità e dell'Italian Obstetric Surveillance System: "Sorveglianza della mortalità materna. Progetto pilota in regioni del Nord, Centro e Sud Italia", ha stilato il documento "Indicazioni per l'esecuzione e la valutazione di adeguatezza dell'autopsia per riscontro diagnostico in caso di morte materna", attualmente in corso di valutazione da parte del Direttivo della Società Italiana di Anatomia Patologica e Citodiagnostica - Sezione Italiana della International Academy of Pathology (SIAPEC-IAP). Quest'ultimo atto è di particolare rilievo in Italia poiché renderebbe il documento impegno qualitativo ed operativo della Società Scientifica Nazionale offerto al Sistema Sanitario nazionale e alle altre Società Scientifiche coinvolte nel programma di Sorveglianza Sanitaria. SIAPEC-IAP, ISS, It[♀]SS, Ministero della Salute-CMM verificheranno insieme le modalità di diffusione capillare del documento che, per quanto riguarda SIAPEC-IAP, avrà visibilità sia sul sito web della Società che sulla propria rivista "Pathologica".

L'integrazione con la rete del rischio clinico

Dott. Riccardo Tartaglia

Comitato tecnico delle Regioni e Province Autonome per la sicurezza delle cure – Rete del Rischio Clinico Nazionale

L'integrazione con la rete del rischio clinico di questo studio nazionale è quanto mai opportuna. E' infatti necessario che il monitoraggio degli eventi avversi gravi correlati alla gravidanza, oltre a fornire dati utili alla conoscenza del fenomeno determini l'adozione di azioni di controllo e prevenzione del rischio. Lo studio epidemiologico deve a tal fine associarsi ad analisi più approfondite degli eventi, alla verifica dei risultati secondo una logica costi-benefici, a una valorizzazione dei risultati ottenuti in termini di outcome. Il tasso di eventi avversi riscontrato in varie ricerche, basate sull'esame retrospettivo delle cartelle cliniche, è calcolato in circa il 6%. In base alla casistica toscana circa il 13% degli eventi sentinella accade in ambito ostetrico. Le cause sono attribuibili a problemi di comunicazione, al fattore umano ma anche a criticità correlate alla non corretta applicazione di procedure cliniche.

Le conseguenze di questi incidenti non hanno solo un elevato costo umano ma anche economico dovuto a risarcimenti di elevata entità. Circa il 7-8% delle richieste di risarcimento riguarda l'ambito ostetrico e il loro ammontare economico complessivo per gli anni 2010-2013 è compreso in un range tra 1 a 5 milioni l'anno.

L'uso routinario di tecniche di analisi come l'audit clinico e i meetings di mortalità e morbilità è estremamente utile purché la loro applicazione sia corretta e riesca a far emergere in modo trasparente le criticità. In una recente verifica svolta in Toscana solo il 18% degli audit svolti in ambito ostetrico è risultato di buona qualità. E' già un buon risultato rispetto all'uso di strumenti di approfondimento ancora poco diffusi e adottati.

E' necessario quindi che a una puntuale analisi del fenomeno segua l'applicazione di pratiche per il controllo del rischio, in particolare quelle relative alla prevenzione della sepsi, dell'emorragia post-partum e della distocia di spalla. Particolare attenzione dovrà inoltre essere posta alle "trappole" diagnostiche in cui si può cadere nell'emergenza (addome acuto, sepsi, dolore toracico ecc.). E' ovvio che la prevenzione deve essere attuata a prescindere dall'analisi degli eventi avversi, sarebbe utile a tal fine svolgere studi di tipo proattivo che individuino le situazioni di pericolo prima che possano generare in danno oppure utilizzare strumenti, come la checklist di sala parto, recentemente proposti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

L'intervento di gestione del rischio non dovrà limitarsi al solo ambito ostetrico ma dovremo avere strutture di terapia intensiva neonatale con sufficiente volume di attività per poter intervenire con successo e un sistema di trasporto sul territorio efficiente e che offra garanzie di massima assistenza al neonato.

Lo studio sui near-miss da emorragia grave del postpartum: strategie di prevenzione e criticità

Prof. Pasquale Martinelli

*Ginecologia ed Ostetricia – Dip Neuroscienze, Scienze Riproduttive ed Odontostomatologiche
– Università di Napoli Federico II.*

Il programma sperimentale di registrazione delle morti materne ed ancora più il programma di registrazione dei near miss, avviati recentemente nel nostro paese, hanno avuto il grande merito di suscitare un rinnovato interesse da parte degli ostetrici per i temi della sicurezza del parto e della salvaguardia della vita delle donne. I dati preliminari che sono stati raccolti nelle regioni partecipanti consentono già di operare alcune riflessioni sulle specifiche criticità e sui possibili rimedi.

Un grande valore ha soprattutto lo studio dei near miss che rappresentano quelle criticità potenzialmente letali ma che comprendono una grande varietà di situazioni critiche, che vanno da quelle in cui la morte materna è stata prevenuta da azioni terapeutiche corrette e sono autentici successi dei professionisti a quelle in cui la criticità è stata determinata da omissioni e substandard cares nelle quali la vita materna è stata fortunatamente salvata non senza esiti (tardiva diagnosi di distacco di placenta).

Il progetto di registrazione dei near miss nei presidi sanitari delle Regioni coinvolte si propone di rilevare e analizzare i casi incidenti di grave morbosità materna da emorragia grave del post-partum e/o da rottura d'utero e/o da placenta accreta/percreta e/o con isterectomia del post-partum secondo le seguenti definizioni di caso:

Emorragia grave del post-partum:

paziente con emorragia insorta entro 7 giorni dalla data del parto alla quale sono state somministrate 4 o più unità di sangue intero o di emazie concentrate.

Isterectomia peri-partum:

paziente sottoposta a intervento di isterectomia entro 7 giorni dalla data del parto.

Placentazione anomala invasiva:

- paziente che a seguito di parto vaginale ha subito una rimozione manuale della placenta difficile/incompleta ed è stata sottoposta a trasfusione di sangue entro 48 ore dal parto.
- paziente sottoposta a taglio cesareo con difficoltosa rimozione della placenta valutata clinicamente come placentazione anomala invasiva.

Rottura d'utero:

paziente con emorragia da rottura d'utero completa (incluso miometrio, peritoneo e membrane fetali) o incompleta (incluso miometrio e peritoneo, ma con membrane fetali integre o incluso miometrio, ma con peritoneo e membrane fetali integre).

I casi incidenti dei near miss saranno trasmessi dai presidi ospedalieri all'ISS attraverso un sistema di inserimento dati on-line che si avvale di una scheda anonima di raccolta dati via Web con un protocollo di sicurezza https per la criptazione dei dati.

La raccolta dei dati avviene attraverso una metodologia che rispetta i criteri del no blame, ovvero nel rispetto rigoroso dell'anonimato e garantendo un'analisi senza alcuna ripercussione di tipo medicolegale.

Ogni mese i responsabili della raccolta dati di ogni presidio partecipante, che possiedono un account personale per accedere al sistema, riceveranno una mail di reminder per procedere all'inserimento dati dei casi pertinenti o alla comunicazione di assenza di casi e facilitare la verifica delle mancate segnalazioni.

La loro analisi può generare riflessioni costruttive sui comportamenti e le condotte cliniche da utilizzare ai fini dell'audit.

La gravidanza ed il parto sono generalmente eventi fisiologici ma potenzialmente contengono elementi di rischio per i quali è necessario garantire adeguati livelli di cure per far fronte a tutte le possibili emergenze materne e fetali. Questo si può realizzare solo attraverso una sinergia multidisciplinare, in particolare tra ostetrici ed anestesisti i quali devono conoscere profondamente le criticità di specifica competenza.

In realtà questa sinergia non si raggiunge solo attraverso un'intesa tra specialisti, ma attraverso l'adozione di concreti programmi operativi di collaborazione ed azioni attraverso specifici protocolli ed impiego di checklist di pertinenza ostetrica ed anestesiologicala, discusse, accettate ed attuate concretamente attraverso un training attivo che veda coinvolte tutte le figure professionali operanti nell'evento nascita, in primis ostetriche, ginecologi ed anestesisti. E questo è particolarmente vero per l'emorragia postpartum, paradigma peculiare con il quale l'ostetrico è fondamentalmente aduso a convivere. Generalmente le strutture operative ostetriche hanno un'adeguata esperienza per fronteggiare questa criticità, tuttavia, non è più tempo per esperienze empiriche o di azioni legate alle capacità di singoli professionisti, ma è necessario programmare, organizzare e provare preliminarmente modelli operativi affinché ogni professionista operante nel punto nascita sappia a priori cosa fare e quando fare!

La letteratura recente ha fornito numerose prove che laddove questo è stato attuato si sono avuti risultati apprezzabili sugli esiti della gravidanza con significativo miglioramento della qualità delle cure e riduzione dei tassi di mortalità e morbilità materna. Emerson (2015) in un recentissimo lavoro ha pubblicato l'esperienza del Northwestern Memorial Hospital di Chicago in cui è stato introdotto uno specifico protocollo di sicurezza per il management dell'emorragia postpartum che stabiliva le seguenti 3 azioni:

1. formazione del personale per migliorare il rilevamento delle emorragie > 1500 mL;
2. introduzione di una checklist multidisciplinare per il management delle PPH;
3. introduzione del management universale attivo del terzo stadio del travaglio con somministrazione di Ossitocina im o ev immediatamente dopo l'espulsione del feto e trazione controllata del cordone ombelicale per l'espulsione della placenta.

L'introduzione del protocollo ha permesso un aumento della capacità diagnostica e di management dei casi di PPH e di PPH > 1500 mL con incremento del consumo di uterotonici, di palloni di Bakri e di crioprecipitati, mentre non si aveva alcun incremento del consumo di sangue. Gli autori ritengono che questo abbia determinato un miglioramento degli outcomes attraverso un più appropriato management delle emorragie postpartum oltre i 1500 mL.

Anche altre esperienze in letteratura confermano l'importanza dell'adozione di specifici protocolli diagnostico-terapeutici e soprattutto di addestramento del personale a specifici comportamenti in relazione alle emergenze improvvise ed imprevedibili come le emorragie postpartum. Solo una forte organizzazione multidisciplinare ed il rispetto di una checklist che moduli i tempi ed i modi di rilevamento e di azione multidisciplinare consente di ridurre decisamente il numero dei near miss e delle morti materne.

E' molto complesso traslare tutto questo alla nostra realtà regionale campana, che è oggettivamente gravata dal prevalere di indicatori che testimoniano una discutibile qualità delle cure ostetriche, come il tasso dei tagli cesarei attestato intorno al 60%, l'inefficienza del percorso nascita con ancora molti punti nascita con un numero di parti inferiori a 500 (22 -2012), la peculiare prevalenza delle nascite in punti nascita privati (45,6% - 2012) nei quali prevale l'individualismo decisionale. Non a caso in tale contesto vi è una prevalenza di anomalie della placentazione più che di emorragie postpartum. Il proseguimento dei progetti di sorveglianza della mortalità materna e dei near miss può rappresentare il primo passo verso l'adozione di protocolli di pregnancy safety in tutte le unità operative ostetriche campane.

Maternal mortality and severe morbidity in the UK: trends and key messages for care

Prof. Marian Knight

National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford, UK

The UK Confidential Enquiries into Maternal Deaths have been conducted for over 60 years. The most recent report shows a welcome decrease in the UK Maternal Mortality Rate to 10.1 per 100,000 maternities in 2010-12. Two thirds of women died from indirect causes and almost three quarters of all women who died had co-existing medical complications. The decreased maternal mortality rate at a time when maternity services are challenged with greater numbers of women giving birth as well as providing care for women with increasingly complex pregnancies emphasises the importance of continual improvements to care through Confidential Enquiry programmes such as this. This report includes, for the first time, Confidential Enquiries into the care of women with severe morbidity, identified through the UK Obstetric Surveillance System (UKOSS). UKOSS can be used to address a further range of clinical questions to improve the care of pregnant women which complement the Confidential Enquiries into Maternal Deaths.

This work identifies clear opportunities to improve care in the future. Basic observations and rapid actions have the potential to save women's lives, particularly in relation to sepsis. Above all, there is a need for coordinated and concerted action at all levels to improve the care of women with medical complications before, during and after pregnancy. The reviews clearly illustrate that timely recognition of risk, the severity of the condition, accurate diagnosis, involvement of the correct senior staff from multiple disciplines, escalation and prompt treatment and action can make the difference between life and death.