

**2016**



Regione Toscana



**Sicurezza e Qualità delle cure  
nel percorso nascita**  
*Linea di indirizzo regionale*

## Premessa

Un modello complesso di sanità che risponda a caratteristiche di universalità e qualità qual è quello toscano, di fronte alla crescita e alla continua evoluzione delle richieste e dei bisogni di una comunità esposta a molteplici cambiamenti sociali, presuppone una grande capacità di analisi, adattamento e trasformazione culturale e organizzativa. Questo concetto trova precisa espressione all'interno del radicale percorso di riorganizzazione che il sistema socio-sanitario toscano sta affrontando in questo periodo storico.

Affinché sia possibile corrispondere ai bisogni e alle richieste di una comunità e dei cittadini che la compongono, assume particolare valore una visione della salute che non si esaurisca nel breve periodo ma abbia un respiro ampio e longitudinale.

La maternità, quale evento fisiologico che tuttavia coinvolge intensamente il sistema socio-assistenziale, rappresenta in questo senso un'occasione per promuovere iniziative a supporto della donna e del nascituro in questa cruciale fase della vita, ma all'interno di una cornice più ampia, che guardi all'evoluzione dell'individuo e del suo contesto lungo tutto l'arco dell'esistenza.

Qualunque tipo di valutazione relativa a tale percorso non può prescindere dalla considerazione preliminare dell'ineliminabilità del rischio in ambito ostetrico, conseguente alla imprevedibilità e variabilità biologica.

Il parto è un evento life-changing. La cura che una donna riceve durante il travaglio ha il potenziale di interessare lei – sia fisicamente che emotivamente, a breve e lungo termine – e la salute del suo bambino. Buona comunicazione, supporto e rispetto dei suoi desideri possono aiutare la donna a sentire che ciò che le sta accadendo è sotto controllo e contribuire a rendere la nascita un'esperienza positiva per la donna e i suoi accompagnatori. Vanno in questa direzione le linee guida pubblicate dal NICE (Intrapartum care for healthy women and babies. December 2014), che affrontano il tema della gestione della gravidanza a basso rischio e di come gestire l'eventuale sviluppo di complicazioni. Da queste linee guida è stato inoltre tratto e pubblicato nel dicembre 2015 un documento sugli standard di qualità per le cure intraparto (Intrapartum care-quality standard. 10 dicembre 2015), in cui vi si trova un elenco di 7 punti che se implementati possono portare a significativi miglioramenti nella qualità e sicurezza delle cure ostetriche.

Il percorso materno-infantile toscano si caratterizza per una particolare attenzione agli standard di sicurezza e di qualità e per il suo orientamento all'universalità dell'accoglienza e della cura.

L'indagine condotta dal MeS tra il 2012 e il 2013 ha approfondito le percezioni e le opinioni di donne a distanza di un mese e mezzo circa dal parto relative alla loro esperienza delle tre diverse fasi del percorso materno - infantile (pre-parto, parto, post-partum), mettendone in evidenza da una parte un giudizio generalmente favorevole sullo stesso e dall'altra una variabilità sia nelle valutazioni espresse dalle donne sia nell'operatività tra alcune realtà organizzative che possono aprire a possibili ed ulteriori margini di miglioramento rispetto alla presa in carico e alla integrazione territorio-ospedale-territorio. Un'ulteriore variabilità tra contesti organizzativi emerge relativamente alla percezione dei professionisti di far parte di una squadra, elemento di sicuro interesse se si pensa alla necessità di un approccio multidisciplinare al percorso nascita.

Per quanto riguarda *la fase pre-parto* risulta fondamentale promuovere l'orientamento delle donne tra i servizi del percorso nascita aumentando l'utilizzo dell'assistenza prenatale al fine

di ridurre i rischi di esiti negativi della gravidanza e di morbidità neonatale. Rispetto a questo possono assumere un ruolo significativo il ricorso ad una logica di offerta proattiva e l'impiego di strategie che perseguano anche l'obiettivo di rispondere alla facilità di accesso e al bisogno di continuità assistenziale (interpersonale e longitudinale) delle donne; tra queste figurano per esempio la presentazione del percorso contestualmente alla consegna del libretto-ricettario da parte del personale ostetrico del consultorio, la prenotazione degli esami durante la gravidanza da parte del personale, la cura nella comunicazione quale processo che promuove scelte consapevoli (es. finalità e rischi dello screening prenatale), una maggiore rispondenza dell'offerta assistenziale ai bisogni delle donne tenendo in considerazione possibili difficoltà di natura linguistica e culturale. Di nuovo l'esigenza di continuità assistenziale da parte delle donne emerge nelle *fasi del parto* e del *post-partum*, esigenza rispetto alla quale sembrano esercitare un ruolo importante la percezione delle utenti circa la capacità del personale di lavorare in squadra e di prevenire possibili discontinuità sul piano relazionale e comunicativo (es. cambio turno e passaggi di consegne non solo tecniche ma di conoscenza diretta della donna) con particolare riferimento al momento del travaglio e alle prime ore dopo il parto, la coerenza, la concordanza e la completezza delle informazioni e delle comunicazioni ricevute (es. controllo del dolore e allattamento), la possibilità di usufruire del rooming in, la diffusione della conoscenza tra le donne dei servizi e delle possibilità di cui possono usufruire al momento della dimissione dall'ospedale (iscrizione del neonato nelle liste degli assistiti) e nei momenti successivi (supporto e assistenza socio-sanitari da parte dei consultori, visita a casa del pediatra di famiglia entro i 25 giorni dall'iscrizione nella lista degli assistiti) ed efficacia nella risposta sanitaria. Gli ultimi aspetti, ponendo la questione della diffusione della conoscenza dell'offerta socio-sanitaria tra le donne, introducono nuovamente l'importanza di promuovere la proattività dei servizi nel raggiungere le utenti.

La Regione Toscana ha avviato in questi anni numerose iniziative di formazione che hanno coinvolto medici e ostetrici e ha messo a punto pratiche per la sicurezza delle cure (prevenzione della distocia di spalla ed emorragia post-partum) al fine di ridurre il numero degli eventi avversi.

La rischiosità in ambito ostetrico è in parte dovuta a una incomprimibilità del rischio conseguente alla imprevedibilità e variabilità biologica.

Spesso nella routine di un evento, il parto, che nella quasi totalità dei casi avviene naturalmente, i livelli di tensione tendono a ridursi e alcuni segni importanti diventano deboli.

I dati sugli eventi avversi collocano comunque la Toscana tra le regioni con i migliori risultati in termini di complicanze del parto (tabella 1) anche se l'analisi svolta a seguito degli eventi avversi avvenuti in questi ultimi anni ha evidenziato criticità che, in buona parte, potrebbero ancora essere ridotte.

**Tabella 1 – Rotture d’utero e isterectomia per Regione anni 2008-2012 (dati ISS 2014)**

Regione	Tipo di parto	Totale Partì 2008-2012	Rottura d’utero (665.0x, 665.1x)		Isterectomia (68.3x, 68.4x, 68.5x, 68.6x, 68.7x, 68.9x)	
			N	%	N	%
Piemonte	Totale	180,840	65	0.04	121	0.07
	Parto spontaneo	124,736	16	0.01	32	0.03
	Taglio cesareo	56,104	49	0.09	89	0.16
Emilia Romagna	Totale	201,674	75	0.04	157	0.08
	Parto spontaneo	142,356	18	0.01	40	0.03
	Taglio cesareo	59,318	57	0.10	117	0.20
Toscana	<b>Totale</b>	159,261	63	<b>0.04</b>	81	<b>0.05</b>
	Parto spontaneo	116,319	17	0.01	31	0.03
	Taglio cesareo	42,942	46	0.11	50	0.12
Lazio	Totale	271,882	41	0.02	357	0.13
	Parto spontaneo	154,021	14	0.01	83	0.05
	Taglio cesareo	117,861	27	0.02	274	0.23
Campania	Totale	291,277	269	0.09	363	0.12
	Parto spontaneo	110,307	12	0.01	31	0.03
	Taglio cesareo	180,970	257	0.14	332	0.18
Sicilia	Totale	236,602	347	0.15	360	0.15
	Parto spontaneo	114,288	22	0.02	64	0.06
	Taglio cesareo	122,314	325	0.27	296	0.24
ITALIA	<b>Totale</b>	2,716,638	1,698	<b>0.06</b>	2,607	<b>0.10</b>
	Parto spontaneo	1,668,532	236	0.01	606	0.04
	Taglio cesareo	1,048,106	1,462	0.14	2,001	0.19

Si tratta di criticità (Tabella 2) generate dalla pratica clinica che si ripetono uguali a se stesse e che inevitabilmente fanno porre interrogativi sull’efficacia della formazione, sulla sua capacità di modificare i comportamenti, sulla possibilità di coinvolgere tutti i professionisti interessati. Servono probabilmente degli interventi di natura sistemica essendo la maggioranza di eventi avversi dovuti a criticità correlate alle “non technical skill” anche se in alcune situazioni emerge la necessità di lavorare anche sulle “technical skills”. Esistono ancora ampi margini di miglioramento e dobbiamo fare di tutto per raggiungerli.

**Tabella 2 – Criticità rilevate negli audit svolti dal 2010 al 2015**

- Monitoraggio e interpretazione CTG
- Gestione non differenziata tra gravidanza fisiologica e gravidanza a rischio
- Inappropriata presa in carico della donna dovuta alla mancanza di informazioni fra la struttura che gestisce il parto e la struttura ha seguito la gravidanza
- Inadeguato dialogo tra operatori sanitari che si avvicendano nei turni
- Passaggio di consegne senza criteri e prevalentemente verbale
- Inadeguata gestione del travaglio di parto e sofferenza fetale
- Performance limitata nella rianimazione cardiopolmonare del neonato
- Profilassi trombo-embolica non corretta

## Scopo del documento

Sulla base della letteratura disponibile e dell'esperienza maturata in ambito regionale, il presente documento si propone di identificare alcune azioni e interventi che concorrano a ridurre ulteriormente il rischio ostetrico-ginecologico e finalizzate al miglioramento delle seguenti aree:

- a) sicurezza e qualità delle cure ostetriche
- b) qualità dell'esperienza di parto delle donne
- c) efficacia del percorso di vera relazione di cura

## Proposta di azioni e interventi integrati

Nella Tabella 3 sono state individuate le azioni considerate prioritarie e prospettate le possibili soluzioni. Queste aree di intervento sono emerse nel dibattito continuo e interdisciplinare avvenuto con i professionisti dell'area materno infantile che quotidianamente si prendono cura delle donne nelle strutture del sistema sanitario toscano. Rappresentano quindi esigenze reali emerse dal confronto con gli operatori di prima linea che affrontano i rischi nello svolgimento quotidiano della loro pratica clinica all'interno di un sistema complesso e in continuo cambiamento.

**Tabella 3 - Azioni prioritarie per area di miglioramento**

AREA DI MIGLIORAMENTO	AZIONI PRIORITARIE	COMPETENZA
<b>Relazione di cura della donna sul territorio</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promuovere una relazione di cura della donna in gravidanza fin dai primi incontri sul territorio, strutturando anche un sistematico rapporto fra consultorio e ospedale gestito con gli specialisti ospedalieri.</li></ul>	Azienda
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Prevedere, per facilitare l'interazione continua tra i professionisti coinvolti nel percorso tra il territorio e l'ospedale: una cartella clinica condivisa e possibilmente informatizzata della gravidanza; un sistema di comunicazione strutturato e condiviso sulla base delle più recenti indicazioni di letteratura che promuovono l'handover come strumento di condivisione e continuità.</li></ul>	Azienda
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Promuovere percorsi assistenziali appropriati e diversificati sin dall'inizio per livello di rischio, attivando un sistema di controllo in cui le gestanti identificate a «basso rischio» siano monitorate, seguendo uno specifico protocollo.</li></ul>	Azienda

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Differenziare il percorso del medio e alto rischio, così da dare l'inquadramento e assegnare al setting assistenziale più appropriato ciascuna gravidanza fin dalle primissime fasi e per tutto il percorso successivo fino al parto e al post-parto. Le gravidanze a rischio e con complicanze vanno seguite ed indirizzate verso centri nei quali esistano competenze ed una organizzazione tali da garantire la gestione in condizioni di massima sicurezza delle criticità.</li> </ul>	Area Vasta Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proattività dei servizi: individuare azioni proattive con gruppi di approfondimento per donne a rischio biopsicosocioambientale (marginalità, immigrate, minoranze, nuove povertà, disturbi mentali, politossicodipendenze).</li> </ul>	Regione Area Vasta Azienda
<b>Coordinamento del percorso nascita all'interno dell'ospedale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Istituire una figura di coordinamento di tutto il percorso ostetrico garantendo in particolare lo sviluppo di competenze tecnico-professionali necessarie per la gestione dell'evento parto e delle sue possibili complicanze.</li> </ul>	Azienda
<b>Sicurezza in sala parto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Costruire un bundle di azioni per la prevenzione del rischio in sala parto associate a: utilizzo dell'ossitocina; lettura interpretazione del tracciato cardiocografico e relativi pitfall; utilizzo del vacuum vs. conversione del parto a taglio cesareo; individuazione della pre-eclampsia durante la gravidanza. E' inoltre importante aggiornare il quaderno sulla sicurezza in ostetricia e ginecologia con gli strumenti emergenti e la pratica per la sicurezza relativa alla Checklist di sala parto.</li> </ul>	Regione Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promuovere metodologie di formazione continua del team in sala parto basate sui principi dell'auto-organizzazione e della simulazione.</li> </ul>	Regione
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assicurare standard qualitativi e quantitativi di dotazioni tecnologiche adeguate.</li> </ul>	Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sviluppare e curare il gruppo di lavoro e supportare l'inter-professionalità.</li> </ul>	Regione Azienda
<b>Prevenzione della sepsi in ostetricia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mettere a punto dei percorsi diversi per la gestione della sepsi in base all'evoluzione del quadro clinico con definizione e diffusione di algoritmi.</li> </ul>	Regione Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Utilizzare bundle su terapia sepsi.</li> </ul>	Regione Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Introdurre uno score per l'intercettazione precoce dei quadri settici e il monitoraggio (Sepsis Obstetrics Score).</li> </ul>	Regione Azienda

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introdurre strumenti per una comunicazione strutturata seguendo indicazioni della pratica sull'handover.</li> </ul>	Regione Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dotare le strutture di tecnologie up to date come: presenza di strumento per emogasanalisi in ogni sala parto (anche per ega su neonato); cardiocografo che rilevi e riporti nel tracciato sia battito cardiaco materno che fetale.</li> </ul>	Regione Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Istituire un gruppo che lavori sui criteri di identificazione della sepsi sul territorio.</li> </ul>	Regione Azienda
<b>La gravidanza come finestra sulla salute futura della donna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Strutturare "ambulatori post partum" finalizzati a selezionare prima possibile le donne a rischio, al fine di prevenire tutte le conseguenze future e gli oneri di assistenza sanitaria di malattie croniche quali diabete, ipertensione e insufficienza coronarica e disagi psicologici e psichiatrici.</li> </ul>	Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivare modalità di incontro donne – ostetriche per una maggior conoscenza e consapevolezza dei servizi offerti in ospedale e in consultorio.</li> </ul>	Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizzare audit integrati ospedale-territorio e consultorio e altri servizi assistenziali.</li> </ul>	Azienda
<b>Gestione del neonato critico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantire in tutti i punti nascita la stabilizzazione del neonato, in attesa del trasferimento verso un centro di livello superiore, assicurando la presenza in ogni punto nascita di pediatri con competenze in rianimazione neonatale.</li> </ul>	Area Vasta Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consolidare la strategia di centralizzazione delle nascite sulla base dei volumi e competenze e condivisione di percorsi STEN e STAM con necessità di formazione continua.</li> </ul>	Regione
<b>Network per simulazione e re-training</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costruire e consolidare un network delle aziende di area vasta per la simulazione degli eventi maggiormente a rischio legati al percorso nascita.</li> </ul>	Regione Area Vasta Azienda
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Costruire un sistema di monitoraggio per la valutazione dei programmi di formazione nel tempo.</li> </ul>	Regione
<b>Sviluppo e cura del gruppo di lavoro e supporto all'inter-professionalità intra ed inter unità operative</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ferma restando l'importanza di prevedere interventi a supporto dell'equipe professionale nella gestione di eventi critici e/o di emergenza, è altrettanto importante porre un'attenzione al funzionamento del gruppo di lavoro nell'attività ordinaria. La realizzazione di momenti di incontro tra professionisti (briefing, riunioni e audit), nella componente mono e multi-professionale, favorisce il confronto reciproco, la condivisione di informazioni e la definizione di piani di intervento improntati all'integrazione. Tra le ricadute positive figurano la</li> </ul>	Azienda

	<p>condivisione dei significati linguistici e operativi e di buone pratiche. Un'attenzione al funzionamento del gruppo di lavoro nell'attività ordinaria consente peraltro di prevenire eventuali situazioni di rischio e di criticità.</p>	
--	---	--

## Bibliografia di riferimento

- Albright CM, Ali TN, Lopes V, Rouse D, Anderson B, "The Sepsis Obstetrics Score: a model to identify risk of morbidity from sepsis in pregnancy" *Am J Obstet Gynecol.* 2014 Jul;211(1):39.
- Acosta CD, Kurinczuk J, Luana Lucas D, Tuffnell D, Susan Sellers, Knight M on behalf of the United Kingdom obstetrics surveillance system "Severe Maternal Sepsis in the UK, 2011-2012: A national Case Control study" *Plos Medicine* July 2014, Vol, 11, Issue 7
- Bødker S, Klokose C N, "The Human-Artifact Model– an Activity Theoretical Approach to Artifact Ecologies" *Human-Computer Interaction* Vol. 26, Iss. 4, 2011. Human-Computer Interaction Taylor and Francis
- Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A, Annane D, Gerlach H, Opal SM, Sevransky JE, Sprung CL, Douglas IS, Jaeschke R, Osborn TM, Nunnally ME, Townsend SR, Reinhart K, Kleinpell RM, Angus DC, Deutschman CS, Machado FR, Rubenfeld GD, Webb SA, Beale RJ, Vincent JL, Moreno R. Surviving Sepsis Campaign Guidelines Committee including the Pediatric Subgroup. "Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2012" *Crit Care Med.* 2013; 41(2):580-637.
- NICE (2014) Intrapartum care for healthy women and babies Clinical guideline Published: 3 December 2014 [nice.org.uk/guidance/cg190](http://nice.org.uk/guidance/cg190)
- NICE (2015) Intrapartum care NICE quality standard Draft for consultation 2015 <http://www.nice.org.uk/guidance/QS105/documents/intrapartum-care-qs-draft>
- Pryde PG, Gonik B "Septic Shock and Sepsis Syndrome in Obstetrics Patients". *Infectious Disease in Obstetrics and Gynecology* 1994, 2: 190-201
- Redelmeier DA. Improving patient care. The cognitive psychology of missed diagnoses. *Ann Intern Med.* 2005 Jan 18;142(2):115-20.