

Al via il progetto ISS di sorveglianza della mortalità materna

Serena Donati e Sabrina Senatore

Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva, CNESPS - Istituto Superiore di Sanità

Il 1° febbraio 2013 il progetto pilota di sorveglianza delle morti materne: l'Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS), coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità e finanziato dal Ministero della Salute, ha iniziato ufficialmente la raccolta dei casi incidenti di morte materna nelle regioni Veneto, Piemonte, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Campania e Sicilia.

La sorveglianza si prefigge di rilevare tutte le morti avvenute in gravidanza o entro 42 giorni da un qualunque esito della stessa (parto, aborto spontaneo o volontario o gravidanza ectopica). La segnalazione dei casi incidenti viene effettuata dalle direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri coinvolti nel progetto. Per identificare i decessi avvenuti al di fuori dei presidi ospedalieri e quelli avvenuti tra 43 e 365 giorni dal termine della gravidanza è prevista la prosecuzione del *record-linkage* tra le schede di morte Istat e le Schede di Dimissione Ospedaliera (Sdo) secondo la metodologia adottata nel precedente studio Iss che ha rilevato in cinque regioni italiane una sottostima del 63% del rapporto di mortalità materna rilevato attraverso i soli certificati di morte. La procedura di *record-linkage* permetterà anche di verificare la completezza della rilevazio-

■ È ufficialmente partito in sette regioni italiane l'Italian Obstetric Surveillance System, l'iniziativa pilota coordinata dall'Iss cui hanno aderito anche Sigo e Aogoi. I dati anonimi relativi ai casi segnalati dalle regioni partecipanti verranno analizzati in maniera aggregata presso l'Istituto Superiore di Sanità al fine di produrre un report triennale che consentirà di programmare le azioni utili per il miglioramento della pratica clinica e per la verifica della loro efficacia nel ridurre gli esiti avversi



ne dei casi segnalati attraverso il sistema di sorveglianza. Tuttavia, l'identificazione dei casi rappresenta solo il punto di partenza di un processo ben più articolato che, attraverso la raccolta e l'analisi delle informazioni, ha come obiettivo principale la comprensione delle cause associate ai decessi materni e la pianificazione di azioni per il miglioramento della qualità delle cure, sia da un punto di vista clinico che organizzativo. Difatti,

Si tratta di avviare un processo di cambiamento culturale difficile, che richiederà del tempo per essere messo a regime ovunque

nei Paesi come il Regno Unito, dove le indagini confidenziali sono state attivate da decenni, lo standard assistenziale del percorso nascita è stato notevolmen-

te migliorato e l'incidenza degli eventi morbosi gravi e delle morti materne si è ridotta in maniera consistente.

La metodologia dell'ItOSS

Il progetto prevede, per ogni caso di morte materna, la realizzazione di un audit con i professionisti che hanno assistito la donna deceduta per identificare e discutere, tra pari, sia gli aspetti assistenziali risultati critici ai fini dell'esito sia quelli appropriati, in modo da evidenziare e promuovere le buone pratiche in un clima di sostegno reciproco e non di colpevolizzazione dei professionisti. All'audit interno segue un'indagine confidenziale (sul modello delle *confidential enquires* britanniche) che viene realizzata dai comitati scientifici regionali composti da uno o più ginecologi, ostetriche, anestesisti, anatomopatologi e/o medici legali, un epidemiologo e un referente di rischio clinico con possibilità di ulteriori consulenze a seconda del caso.

I dati anonimi, relativi ai casi segnalati dalle regioni partecipanti, vengono analizzati in maniera aggregata presso l'Iss al fine di produrre un report triennale e programmare le azioni utili per il miglioramento della pratica clinica e per la verifica della loro efficacia nel ridurre gli esiti avversi.

Il coinvolgimento della comunità scientifica

Per garantire la partecipazione dei professionisti sanitari a tutte le fasi del progetto si è investito molto nel coinvolgimento attivo dell'intera comunità scientifica interessata al progetto attraverso molteplici modalità di promozione e condivisione dello stesso. In tale ottica sono stati

censiti tutti i presidi sanitari dotati dei reparti di interesse per la rilevazione delle morti materne (ostetrica, terapia intensiva, unità coronarica, stroke unit), per un totale di circa 400 strutture nelle sette regioni partecipanti. Per ciascun presidio è stato nominato un referente, scelto tra i risk manager aziendali, i primari o professionisti dei reparti o i medici delle

direzioni sanitarie. Sono stati quindi organizzati degli incontri formativi con tutti i referenti di struttura, le direzioni sanitarie e le reti di rischio clinico aziendale per concordare e coordinare gli aspetti operativi del sistema di sorveglianza. I referenti di struttura hanno, a loro volta, ripetuto a cascata la formazione all'interno dei presidi di appartenenza utilizzando un pacchetto formativo predisposto in ISS, in modo da raggiungere capillarmente tutti i professionisti che possono essere coinvolti nell'assistenza delle donne. Anche i componenti dello steering committee del progetto, che presiedono le principali Società Scientifiche nazionali, hanno partecipato ad una riunione di presentazione del progetto durante la quale hanno condiviso l'opportunità di sostenere e promuovere il sistema di sorveglianza attraverso i siti web e tutti gli strumenti divulgativi delle società di appartenenza. Sigo, Aogoi, Agui, Fnci, Siaarti, Sin e Siapec hanno inserito nelle news dei loro siti ufficiali un breve comunicato con il link al sito dedicato all'ItOSS (www.iss.it/itoss) dove è possibile approfondire il tema della mortalità materna nei Paesi socialmente avanzati.

La disponibilità, partecipazione e professionalità rilevata durante gli incontri nelle regioni rende conto dell'interesse delle direzioni aziendali e dei clinici nel raccogliere e analizzare le informazioni d'interesse in caso di evento sentinella con l'obiettivo di produrre raccomandazioni per la pratica clinica e organizzativa e verificare il miglioramento ottenuto attraverso la loro implementazione. Si tratta di un processo di cambiamento culturale difficile, che richiederà del tempo per essere messo a regime ovunque. Tuttavia il primo passo è stato fatto e la sinergia tra il supporto metodologico dell'Iss e le professionalità del Sistema Sanitario Nazionale non mancherà di dare i suoi frutti. A tre anni dal suo avvio potremo valutare i risultati di questa iniziativa pilota, per ora ringraziamo tutti i professionisti che daranno un contributo alla sua realizzazione. **Y**

► Segue da pagina 15

tività il passaggio di testimone alle donne per il rinnovamento della ostetricia e ginecologia nel mondo e soprattutto nel nostro paese, dove osserviamo una specialità dominata da uomini, spesso 'attempati'. Questo modo di svolgere la professione ha castrato sul nascere ogni spinta di rinnovamento all'interno delle nostre strutture sia ospedaliere che territoriali.

La medicina positivista, ed oggi scienziata, ha trasformato i medici in tecnici e ci ha fatto dimenticare quel calore umano puntato su una relazione calda e co-

struttiva, che caratterizza il nostro impegno quotidiano. Penso che l'esperienza personale di maternità aiuti a comprendere meglio una medicina per la donna. Quali cambiamenti pensi possa apportare una guida femminile della specialità nelle fondamentali attività del medico (clinica, ricerca e studio, formazione e management?)

"Cosa vuoi fare, un trattato?! Parlando senza troppo riflettere, penso che la nostra ascesa nella 'politica della specialità' renderà più partecipata la conduzione e la gestione dei servizi alla donna, darà più spazio al pensiero divergente (e creativo). Ciò

significherà, nella clinica, un maggiore spazio per gli aspetti medici e psicologici della specialità, una maggiore attenzione nel seguire e farsi carico la coppia: dalla visita pre-concezionale ai sei mesi dopo il parto, con attenzione ai processi di attaccamento nella triade e ai rapporti di coppia, che mutano profondamente con la nascita... Noi donne, penso, abbiamo una maggiore sensibilità in questo ambito, anche se va maturata attraverso la ricerca di metodologie pedagogiche e approfondimenti psicologici e psicoterapici. Quanto alla ricerca, occorre che il terreno non si esaurisca

nelle pubblicazioni su riviste ad alto *impact factor*. Nei primi passi della nostra vita la ricerca serve soprattutto ad imparare e a chiedersi il perché delle cose, ad apprendere il gusto di ricercare vie nuove. Tu spesso mi hai ripetuto: *mai passare a lungo per la stessa strada* e io ti ho dato retta...anche perché per noi donne è più facile. Per quanto riguarda l'educazione continua, ci hanno unito lunghi anni di scoutismo, che in un certo senso privilegia la formazione permanente all'aggiornamento. Non credo in una eccessiva differenziazione in superspecializzazioni, credo piuttosto sia me-

glio rimanere sempre cellule indifferenziate, aperte tutta la vita a sviluppare funzioni nuove, a cambiare, a convertirsi. Ti va bene questo mio quadro?"

"Sì, ma le parole non sono ancora fatti. Lo sai che le *medical humanities* sono entrate nei curricula delle scuole di specializzazione in venti università americane?! Non solo filosofia, storia, sociologia, bioetica, ma arte: teatro e musica. Poiché dovete rinnovare radicalmente la specialità è ora che utilizzate metodi...più rivoluzionari. Vorrei riuscire a vedere, finché mi resta spazio di vita, una ginecologia...riplasmata da voi!" **Y**