

06

I PERCORSI NASCITA REGIONALI: LUCI E OMBRE

Standard di sicurezza per i piccoli punti nascita

“I bassi volumi di attività, inferiori a 500 parti annui, potranno persistere solo negli ospedali siti in aree orograficamente disagiate, in cui il limite temporale massimo di distanza dai centri Hub e Spoke di riferimento superi i 60 minuti. E dovranno garantire gli identici standard dei punti nascita di primo livello



Gianfranco Jorizzo Thiene

L'ACCORDO DEL 16 DICEMBRE 2010, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, le province, i comuni e le comunità montane sul documento concernente “Linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo” ha sancito l’impegno a procedere ad una riorganizzazione regionale del percorso nascita.

L’Accordo ha individuato 10 linee di attività che Regioni e Province autonome devono implementare ai fini della sicurezza del percorso nascita e ha dettato requisiti e standard di tipo strutturale, tecnologico e organizzativo per la ridefinizione delle unità di ostetricia e neonatologia e delle terapie intensive neonatali.

L’intero percorso nascita, sulla base di tale Accordo, va predisposto e pianificato, su base regionale, utilizzando preferenzialmente modelli di rete organizzativa di assistenza perinatale, quali il sistema Hub&Spoke che vede il coinvolgimento, oltre che delle strutture ospedaliere (Unità di ostetricia e ginecologia, Unità di neonatologia, Terapie intensive neonatali), anche del territorio attraverso una azione più strutturata e capillare dei consultori nonché con il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta.

Tali modelli organizzativi permettono di effettuare un corretto inquadramento della gravidanza e un accurato screening delle gravidanze a rischio, in modo da indirizzare la gestante al punto nascita più idoneo a fornire un adeguato livello di cure, garantendo così più alti livelli di appropriatezza, qualità, sicurezza del percorso nascita, al fine di ridurre la mortalità materna, la mortalità perinatale e neonatale e gli esiti a distanza. La riconversione della rete dei Punti Nascita deve individuare i valori soglia per volumi di attività specifici, correlati agli esiti migliori, e soglie per rischi di esito. Per le soglie di volume di attività, come da D.M. n.70/2015 che richiama l’Accordo Stato regioni 16 dicembre 2010, è necessaria la progressiva riduzione dei punti nascita con parti inferiori 1000/anno, con l’abbinamento per pari complessità delle attività delle U.O. Ostetriche con quelle neonatologiche/pediateriche: in particolare sono previsti due livelli erogativi, il I livello che individua Punti Nascita con numero di parti compreso tra 500 e 1000/anno ed il II livello che caratterizza i Punti Nascita con numero di parti maggiore di 1000 parti/anno.

L’accordo Stato Regioni e il DM 70 sono strumenti a garanzia della sicurezza della partoriente e del nascituro e non ultimo dei professionisti. Le mamme devono avere una equità dell’assistenza ospedaliera indipendentemente dal luogo della nascita. Ad oggi le mamme scelgono di partorire in quasi il 93% dei casi in Punti nascita con volumi superiori a 500 parti e solo nel 7% in punti nascita a volume inferiore. Il Decreto Ministeriale 11 novembre 2015, che integra i compiti del Comitato Percorso Nascita nazionale (CPNn), prevede all’articolo 1, commi 1, 2 e 3 la possibilità che le Regioni o Province Autonome possano presentare al Tavolo di Monitoraggio di cui al D.M. 29 luglio 2015 “eventuali richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti annui e in condizioni orograficamente difficili (Decreto 70/2015) in deroga a quan-



to previsto dall’Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010”. Elemento irrinunciabile e prioritario la presenza di tutti gli standard operativi, tecnologici e di sicurezza relativi al I Livello di assistenza ostetrica e pediatrico/neonatologica definiti dall’Accordo stesso (allegato 1b).

I bassi volumi di attività, inferiori a 500 parti annui, potranno pertanto persistere solo negli ospedali siti in aree orograficamente disagiate in cui il limite temporale massimo di distanza dai centri Hub e Spoke di riferimento superi i 60 minuti. Questi piccoli punti nascita dovranno garantire gli identici standard dei punti nascita di primo livello. Dovrà essere presente, tra gli altri requisiti, la guardia attiva h24 delle 4 figure professionali ginecologo, ostetrica, pediatra, anestesista; una sala operatoria sempre pronta e disponibile h24, deve essere disponibile un servizio di rianimazione e terapia intensiva o un collegamento formalizzato con lo stesso e infine disponibilità h24 di esami di laboratorio, diagnostica per immagini ed emotrasfusioni. La criticità maggiore rilevata a 7 anni dall’Accordo è rappresentata dal reclutamento delle risorse e dalla introduzione di nuovi proxy oltre al volume dei parti. Come ben precisato nell’Accordo e in tutte le evidenze della letteratura, al neonato devono essere garantite immediate manovre di rianimazione ma il professionista pediatra non è più presente in numero adeguato nelle diverse Regioni. Altra criticità è la denatalità avvenuta negli ultimi 10 anni che potrebbe portare a nuovi scenari con più punti nascita sotto la soglia minima definita per garantire le competenze professionali

La gravidanza, il travaglio, il parto, la nascita sono periodi fisiologici della vita della donna ma la fisiologia, il basso rischio, può in modo anche imprevedibile diventare improvvisamente alto rischio. Se il rischio non viene tempestivamente identificato ed affrontato si possono avere eventi avversi ad impatto drammatico. La definizione del rischio è *ex post* e vanno pertanto ‘triagate’ al meglio le partorienti con fattori di rischio preesistenti in Punti nascita con maggiori volumi, esperienza, organizzazione.

Compito dei professionisti è la comunicazione adeguata con le pazienti al fine che vengano indirizzate non nel punto nascita “sotto casa” ma in quello più idoneo per il loro parto.

LINEE DI INDIRIZZO CLINICO ORGANIZZATIVE

La Prevenzione delle Complicanze Legate alla Gravidanza

Il documento è stato elaborato dal Tavolo tecnico istituito presso Agenas e composto da rappresentanti del Ministero della Salute, del Cnpr (Comitato Nazionale Percorso Nascita), dell’Istituto Superiore di Sanità e delle Società Scientifiche di settore, tra cui Aogoi, Sigo e Agui

Il documento, scaricabile dal sito Aogoi, è costruito sulla base di singoli Quesiti, a cui vengono fornite risposte attraverso Raccomandazioni, focalizzati sugli aspetti ritenuti più vulnerabili riguardo la sicurezza dei pazienti e degli stessi operatori sanitari.

Nel dettaglio, comprende:

8 Quesiti relativi all’Emorragia Post Partum con 34 Raccomandazioni correlate, 2 Quesiti relativi alla Sepsis con 4 Raccomandazioni, 9 Quesiti per l’ipertensione con 24 Raccomandazioni, 3 Quesiti relativi all’Influenza con 15 Raccomandazioni e 14 Quesiti relativi all’Obesità con 26 Raccomandazioni

FRANCESCO BEVERE Agenas

Uno strumento facilmente consultabile dai professionisti sanitari, fortemente voluto dal mondo clinico, il cui apporto è stato determinante nell’individuare e rafforzare eventuali aspetti della sicurezza dell’organizzazione e delle cure ritenuti più vulnerabili e per tracciare percorsi condivisibili, omogenei e replicabili in tutte le aziende sanitarie. Un lavoro che rientra pienamente nella mission dell’Agenzia che sempre più svolge un ruolo centrale nell’ambito del rischio clinico, della sicurezza delle cure e della promozione delle buone pratiche, recentemente rafforzato dalla legge 24 che istituisce presso l’Agenas, l’Osservatorio nazionale buone pratiche sulla sicurezza in sanità. E questo documento rappresenta senz’altro una buona pratica a disposizione di tutti.

SERENA BATTILOMO Ministero della Salute

Queste linee di indirizzo clinico-organizzativo sono uno strumento di supporto decisionale per i professionisti coinvolti nel Percorso Nascita, per ridurre la probabilità di accadimento di esiti avversi prevenibili e aumentare la sicurezza dei pazienti. Nascono, infatti, su mandato del Ministro Lorenzin ad Agenas, a seguito della serie di eventi avversi verificatisi in particolare tra la fine del 2015 e l’inizio del 2016. La struttura schematica del documento, facilmente consultabile, presenta, per le diverse situazioni analizzate: i fattori di rischio, cosa fare, quando-dove, con una particolare attenzione anche alla comunicazione, ambito che, in tutti gli eventi avversi, era stata identificata come un importante aspetto da migliorare.

GIANFRANCO JORIZZO Comitato Nazionale Percorso Nascita

Fattori per la sicurezza del paziente sono l’adeguata intensità di cure, i setting organizzativi e l’identificazione precoce di situazioni di alert di condizioni di rischio potenziale di complicanze. La rivalutazione continua del rischio permette la riduzione degli eventi avversi. A tal fine il documento Linee di Indirizzo è un prodotto confezionato con numerosi input clinici oggi a disposizione dei professionisti per una corretta individuazione dei punti di vulnerabilità decisionale sia clinici che, soprattutto, organizzativi, al fine di aumentare la prevedibilità e la prevenibilità di eventi avversi riducendo in tal modo il rischio di errore.

SERENA DONATI Istituto Superiore di Sanità

Il documento prodotto non è una Linea Guida, ma una Linea d’indirizzo clinico-organizzativo strutturata in quesiti e raccomandazioni evidence-based. Prende in esame alcune tra le principali emergenze ostetriche suscettibili di miglioramento assistenziale. L’emorragia del post partum, la sepsi, l’influenza e i disordini ipertensivi della gravidanza figurano, infatti, tra le più frequenti cause di mortalità materna rilevate dal sistema di sorveglianza ostetrica coordinato dall’ISS (Italian Obstetric Surveillance System-I/OSS). La collaborazione Agenas, Iss, Ministero della Salute e Società Scientifiche di settore, grazie ad uno sforzo multidisciplinare, ha saputo sintetizzare evidenze utili al miglioramento della qualità dell’assistenza alla nascita nel Paese. È auspicabile che questa prima iniziativa funga da volano per la produzione di documenti analoghi che permettano di migliorare l’organizzazione delle reti assistenziali e di accompagnare l’aggiornamento continuo dei professionisti sanitari.

(Fonte: Newsletter Agenas, n. 5/2017 – www.agenas.it)