

CONVEGNO

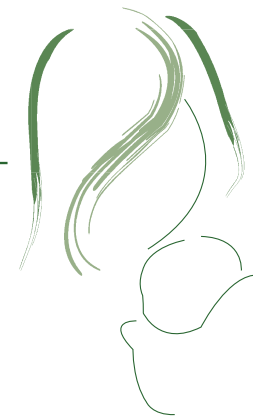
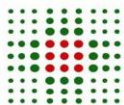
I PROGETTI ISS - REGIONI
PER MIGLIORARE L'ASSISTENZA
ALLA NASCITA IN ITALIA

12 gennaio 2018



***L'impatto delle attività di ricerca-intervento
sull'emorragia ostetrica in regione Emilia-Romagna***

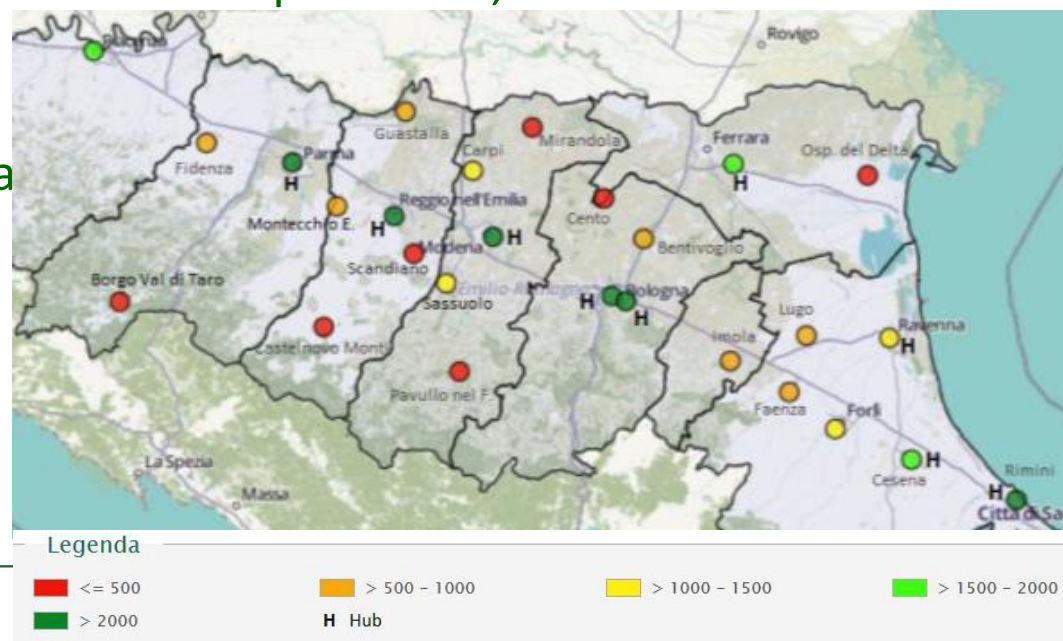
Paolo Accorsi, Carpi

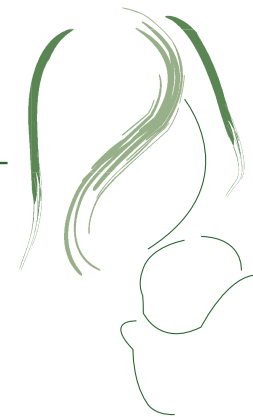
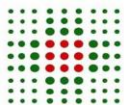


ISS: attività di ricerca-intervento sull'emorragia ostetrica:

- Ricerca: “Near miss ostetrici in Italia: l'emorragia grave del post partum”,
- Corso di Formazione a Distanza (FAD) “Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS): la prevenzione e la gestione dell'emorragia del post-partum”
- Linea Guida “Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla”

Impatto in regione Emilia-Romagna
(attualmente 24 PN in attività)

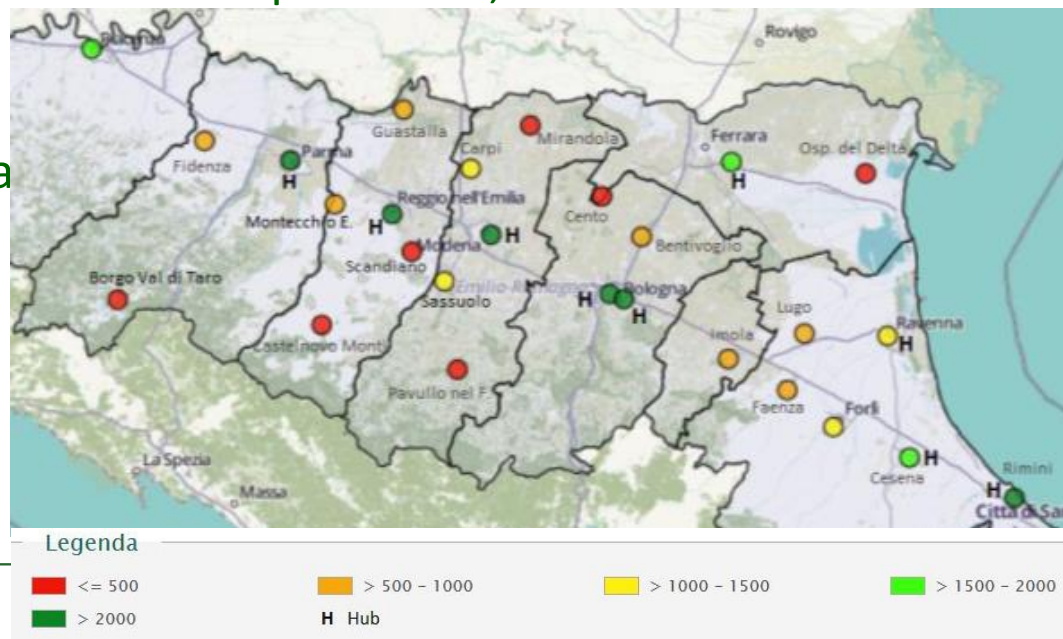




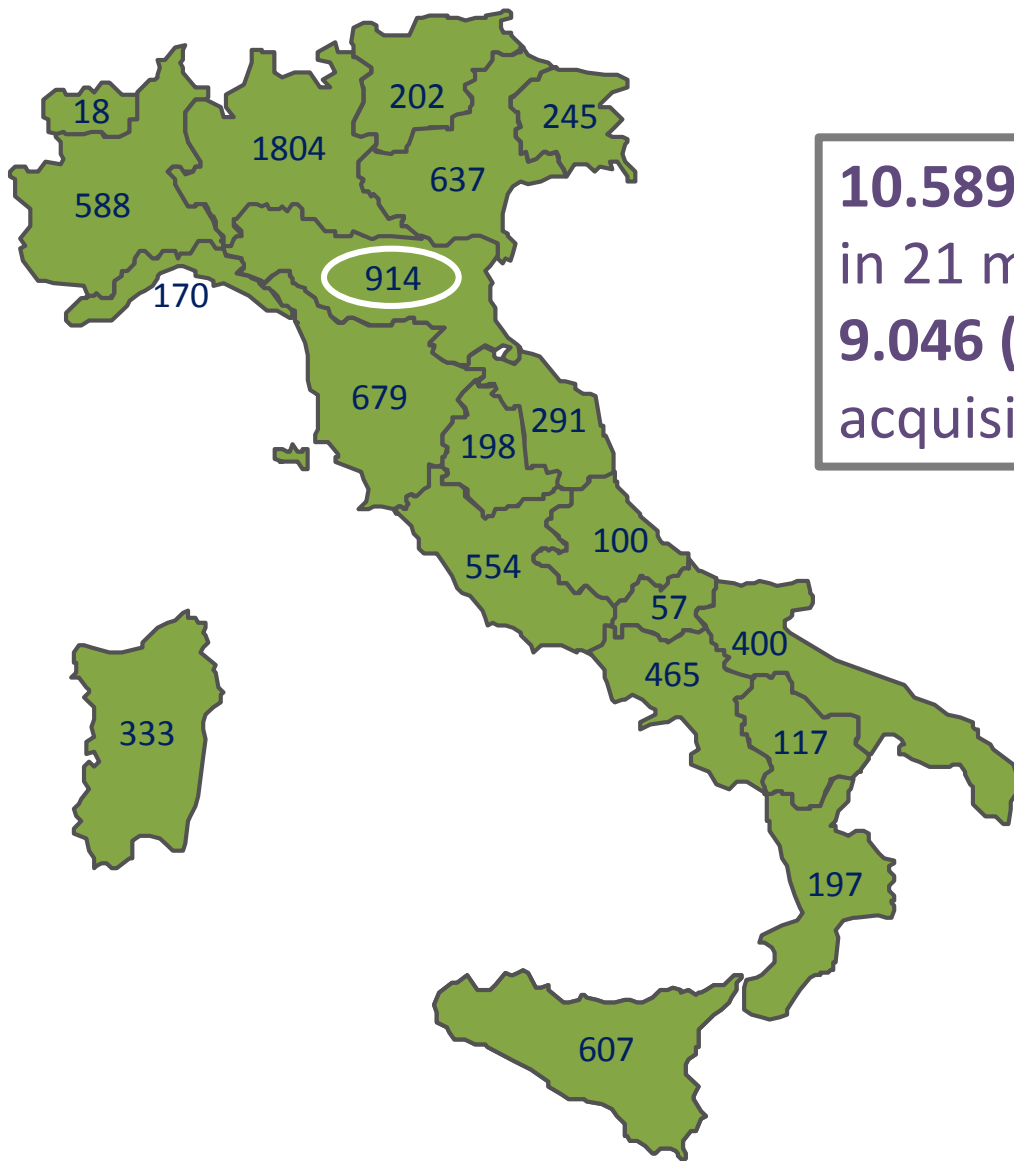
ISS: attività di ricerca-intervento sull'emorragia ostetrica:

- Ricerca: “Near miss ostetrici in Italia: l'emorragia grave del post partum”, **TUTTI I PN HANNO PARTECIPATO ALLA RICERCA**
- Corso di Formazione a Distanza (FAD) “Italian Obstetric Surveillance System (ItOSS): la prevenzione e la gestione dell'emorragia del post-partum” **914 OPERATORI HANNO ADERITO ALLA FAD**
- Linea Guida “Emorragia post partum: come prevenirla, come curarla”

Impatto in regione Emilia-Romagna
(attualmente 24 PN in attività)

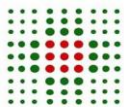


FAD EPP - 1^a e 2^a edizione: distribuzione dei partecipanti per Regione di appartenenza



10.589 partecipanti
in 21 mesi
9.046 (85,4%) hanno
acquisito i **crediti ECM**

*Regione non indicata N= 470



Implementare azioni / raccomandazioni per il cambiamento comporta un grande impegno a fronte di risultati a volte modesti

Studio sulla implementazione della LG WHO sulla EPP

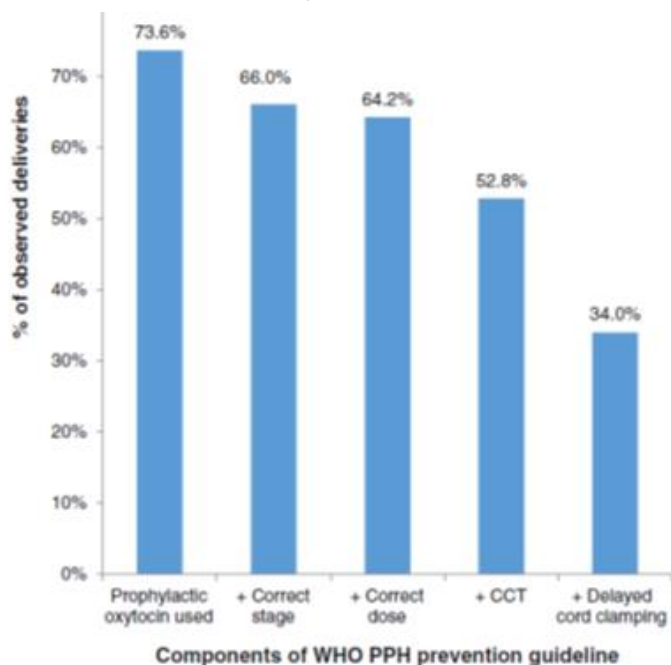
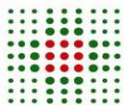
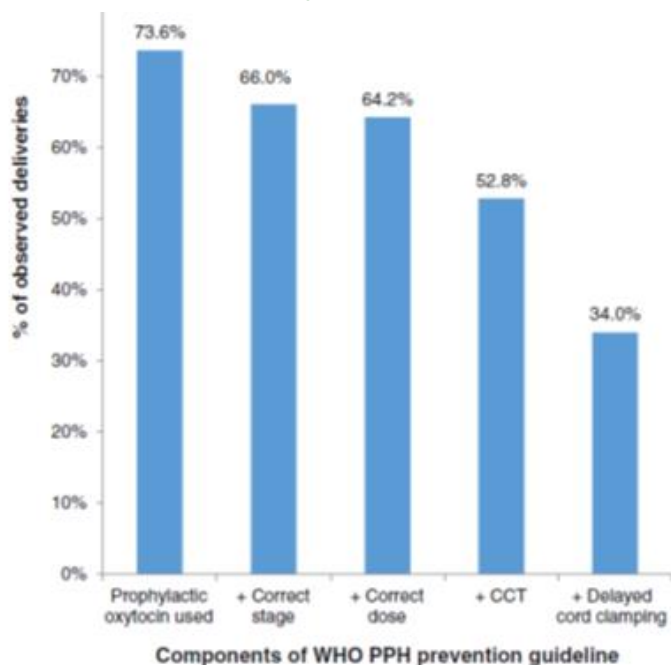


Fig. 1. Cumulative percentage of deliveries that adhered to components of the recommended WHO guidelines (n = 53). Abbreviations: CCT, controlled cord traction; PPH, postpartum hemorrhage.



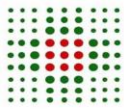
Implementare azioni / raccomandazioni per il cambiamento comporta un grande impegno a fronte di risultati a volte modesti

Studio sulla implementazione della LG WHO sulla EPP



Conclusioni: *nel complesso l'adesione alla LG è stata bassa. C'è la necessità di dare attenzione alle barriere specifiche del contesto perchè si possano diffondere le LG, assicurandone l'implementazione.*

Fig. 1. Cumulative percentage of deliveries that adhered to components of the recommended WHO guidelines (n = 53). Abbreviations: CCT, controlled cord traction; PPH, postpartum hemorrhage.



Implementare azioni / raccomandazioni per il cambiamento comporta un gran numero di fattori che influenzano l'aggiornamento delle pratiche cliniche

Studia Fattori Facilitanti

-Rendere disponibili programmi formativi (interni o esterni)

-Insegnamento indipendente

-Leadership di professionisti esperti

-Condivisione informale delle conoscenze

Barriere

-Non avere accesso a programmi formativi

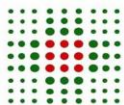
-Scarsa disponibilità di accesso alla "rete" per valutare la letteratura

-Preferire l'apprendimento passivo

% of observed deliveries

G è
one
si

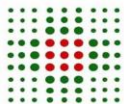
Fig. 1. Cumulative percentage of observed deliveries implementing recommended WHO postpartum hemorrhage guidelines



Interventi di identificazione delle barriere “su misura” hanno più probabilità di migliorare la pratica clinica che la semplice disseminazione di LL GG. ()*

(*) Baker R et al. **Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes.** Cochrane Database Syst Rev. 2010 Mar 17;(3):CD005470. doi: 10.1002/14651858.CD005470.pub2.

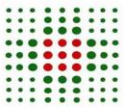
Per raggiungere il migliore adattamento dell'intervento e per migliorare l'implementazione delle LLGG per la pratica clinica, è necessaria l'identificazione delle strategie efficaci per il cambiamento e delle possibili barriere. In ambito ostetrico sono raccomandate strategie ad azioni multiple (audit e feedback, facilitatori locali riconosciuti come opinion leader) per modificare efficacemente i comportamenti. L'identificazione degli ostacoli al cambiamento è la chiave del successo. (§)



L'impatto delle attività di ricerca-intervento sull'emorragia ostetrica in regione Emilia-Romagna

Questionario, domande aperte, inviato ai Direttori dei Punti Nascita attualmente attivi in RER per una valutazione qualitativa delle tre «azioni» dell'ISS.

*Risposta da parte di **22** P. N. sui **24** attualmente in attività,
per un totale di 32141 parti dei 33408 assistiti nei PN della RER nel 2016
rappresentano il **96.2** % della totalità dei parti*

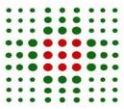


-Le iniziative dell'ISS hanno indotto a creare (o ad aggiornare) protocolli e/o procedure...

L'ISS con le sue iniziative ci ha obbligati a confrontarci con un tema rilevante per la salute delle donne.

La LG è stata un riferimento per quasi tutti i PN per aggiornamento o riscrittura di protocolli/ procedure/ istruzioni operative, salvo in due PN, che dichiarano di non avere modificato nulla dei propri protocolli (ma poi citano modifiche in alcuni comportamenti).

*Costante di tutti i PN: il lavoro di revisione/elaborazione è multidisciplinare (ginecologi, ostetriche, I.P., anestesisti, neonatologi). In alcuni PN non si citano le ostetriche nel percorso di elaborazione: **lapsus?***

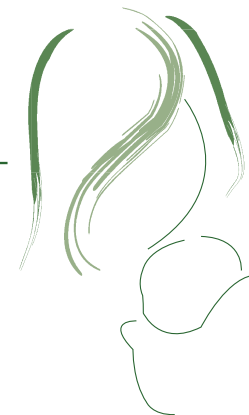


In tutti i P.N. le iniziative ISS hanno prodotto / indotto cambiamenti significativi:

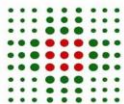
- *Elaborazione o aggiornamento del protocollo EPP multidisciplinare*
- *Introduzione del trattamento con l'acido tranexamico*
- *Utilizzo schede di rilevazione dati con parametri di allerta (MEOWS, Modified Early Obstetrics Warning System, o simili)*
- *Adozione griglia di selezione del rischio emorragico ante e intrapartum*
- *Inserimento in tutte le sale parto di una flow chart operativa multidisciplinare*
- *Attenzione alla valutazione delle quantità di sangue presenti nelle garze, nelle traverse, nelle sacche di raccolta. Utilizzo di tabelle visive affisse nelle sale parto.*
- *Introduzione di una modalità di quantifica della PE nel TC (bias L.A.)*
- *Predisposizione, nel carrello per emergenza, di un BOX dedicato all'EPP (o valigetta, o kit di assistenza) con il «materiale» necessario e con il dettaglio di posologie e modalità di preparazione dei farmaci.*



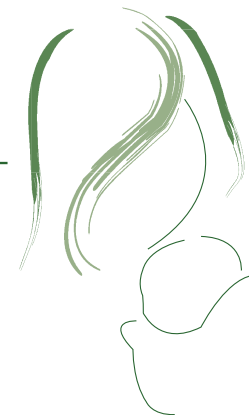
Scheda MEOWS Az USL Romagna



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna BAR-CODE		EG/gg puerperio:	Peso Kg:	EQUIPE ASSISTENZIALE				Cambio turno ore	
		DIAGNOSI:	1° ginecologo	2° ginecologo	1° ginecologo	2° ginecologo	1° ost/inf	2° ost/inf	Anestesista
Data:									
Ora:									
Temperatura	40	[Red/Yellow grid]							
	39								
	38								
	37								
	36								
Frequenza cardiaca	170	[Red/Yellow grid]							
	160								
	150								
	140								
	130								
	120								
	110								
	100								
	90								
	80								
Pressione sistolica	200	[Red/Yellow grid]							
	190								
	180								
	170								
	160								
	150								
	140								
	130								
	120								
	110								
Pressione diastolica	130	[Red/Yellow grid]							
	120								
	110								
	100								
	90								
	80								
	70								
	60								
	50								
	40								
SpO2	96-100%	[Red/Yellow grid]							
	91-95%								
	<92%								
	>30								
	21-30								
Respirazione	11-20	[Red/Yellow grid]							
	0-10								
	>0.5 ml/kg/h								
	<0.5 ml/kg/h								
	Vagite								
Liv. dolore	Voce/Dolore/Privo	[Red/Yellow grid]							
	Lieve/Moderato (0-4)								
	Severo (5 e 6)								
	Molto Sev/Pericoloso (>6)								
Tessuti	Gialli	[Red/Yellow grid]							
	Rossi								
Firma									

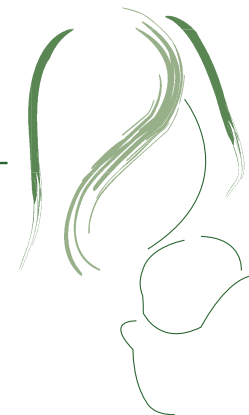


Scheda MEOWS Az USL Romagna



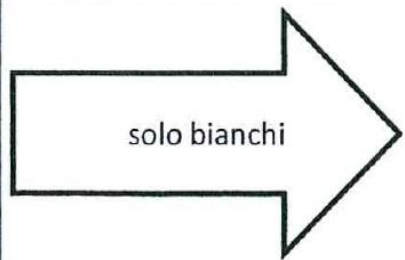
Data:							
Ora:							
Temperatura	40						
	39						
	38						
	37						
	36						
	35						
	Frequenza cardiaca	170					
160							
150							
140							
130							
120							
110							
100							
90							
80							
70							
Pressione sistolica	200						
	190						
	180						
	170						
	160						
	150						
	140						
	130						
	120						
	110						
	100						

PARAMETRI DI ALLERTA	
Temperatura	<35 o >38
Frequenza cardiaca (batt/m)	<40 o >120
Pressione sistolica (mm Hg)	<90 o >160
Pressione diastolica (mm Hg)	>100
SpO2 %	<95
Frequenza respiratoria (atti/min)	<10 o >30
Diuresi	0,5ml/kg/h
Livello coscienza	mancata risposta a stimoli verbali o dolorifici
Dolore	Molto Severo/Peggior Possibile >6
SHOCK INDEX OSTETRICO (ISO): FC/PS (frequenza cardiaca/pressione sistolica) >1	



Data:					
Ora:					

PROTOCOLLO D'AZIONE



solo bianchi

Continuare l'osservazione di routine



1 giallo

1. Informare l'ostetrica esperta
2. Ripetere l'osservazione entro un'ora (o in base al piano assistenziale stabilito dall'équipe)



≥ 2 gialli o 1 rosso

1. Informare l'ostetrica esperta
2. Contattare il ginecologo di guardia che deve valutare la pz **immediatamente**
3. Ripetere l'osservazione in 30 minuti (o in base al piano assistenziale stabilito dall'équipe)

RTA	
<35 o >38	
<40 o >120	
<90 o >160	
>100	
<95	
<10 o >30	
0,5ml/kg/h	
ncata risposta a stimoli verbali o dolorifici	
Severo/Peggior Possibile >6	
pressione sistolica) >1	



Stima perdite ematiche in corso TC

Fase I

Incisione cute-estrazione feto.
Il sangue si raccoglie con garze
fino all'apertura del sacco
amniotico/ cavità uterina

Aspirazione liquido amniotico
(eventualmente anche dalle
sacche laterali)

Posizionamento pinze ad anelli
a scopo emostatico sulla isterotomia

I operatore
comunica
Cambio raccogliitore



Fase II

Clampaggio e sezione del cordone

I operatore esegue
secondamento

Il operatore esegue
prelievo emogasanalisi

Isteroraffia e controllo
emostasi

I operatore chiede all'infermiera di
sala di effettuare:

Letture II raccogliitore
Perdite ematiche

Raccolta e peso garze
Valutazione perdite ematiche
vaginali

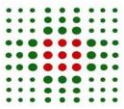
Fase III

Lavaggi

Chiusura a strati

Valutazione perdite
ematiche vaginali
anche a fine
intervento

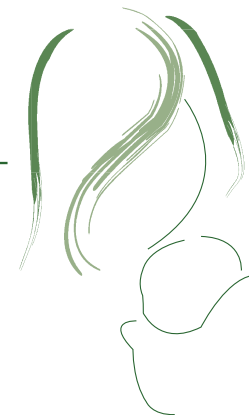
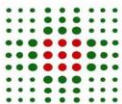
Perdite ematiche totali = lettura II raccogliitore + peso netto garze + perdite vaginali



-Le iniziative dell'ISS hanno indotto dei cambiamenti nei comportamenti clinici ?

I più significativi:

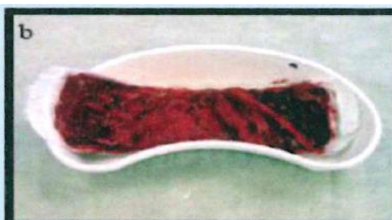
- *Maggiore conoscenza/consapevolezza/sensibilità nella gestione dell' EPP*
- *Maggiore attenzione alla corretta stima delle perdite ematiche, al controllo dei parametri vitali e dei cambiamenti emodinamici.*
- *Maggior sensibilizzazione ed allerta nel terzo stadio del travaglio*
- *Profilassi dell'emorragia post-partum (!!!)*
- *Utilizzo di infusione di liquidi caldi*
- *Maggiore attenzione all'individuazione dei fattori di rischio (tutti...) della EPP*
- *Maggiore tempestività nel riconoscimento dei primi segni di emorragia post-partum ed alla successiva rapida attivazione...*
- *Acquisita consapevolezza della necessità di muoversi con estrema rapidità, ma in sinergia*
- *Individuazione di una figura che «annota» in tempo reale TUTTO*



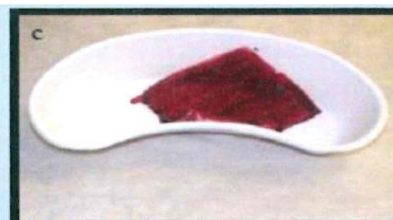
Stima della perdita ematica



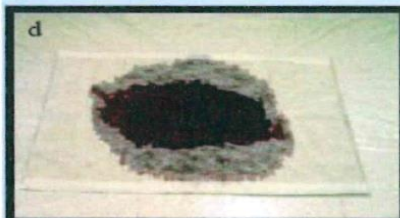
Assorbente macchiato **30 ml**



Assorbente inzuppato **100 ml**



Tampone piccolo (10x10 cm) **60 ml**



Traversa per incontinenza **250 ml**



Tampone grande inzuppato (45x45 cm) **350 ml**



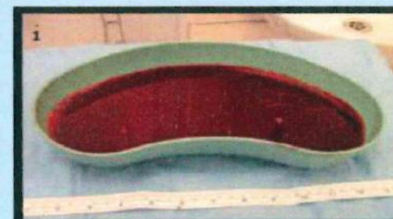
Versamento sul pavimento (diametro 100 cm) **1.500 ml**



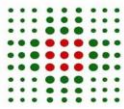
Emorragia post partum solo sul letto **1.000 ml**



Emorragia post partum con versamento sul pavimento **2.000 ml**



Arcella reniforme **500 ml**



-Le iniziative dell'ISS hanno indotto ad organizzare una formazione specifica?

Tutti i centri, salvo uno, hanno organizzato momenti di formazione, con varie modalità.

teorica frontale, sulle raccomandazioni della LG, sulla gestione pratica della prevenzione e dell'emergenza, sulle sequenze temporali delle azioni, sull'utilizzo degli strumenti; docenti opinion leader interni o docenti esterni;

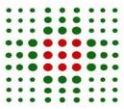
teorica come lavoro di gruppo per discussione delle raccomandazioni;

teorica, come audit sul caso, SEA, interni alla U.O. e/o multidisciplinari;

incontri di confronto multidisciplinari per analisi dei comportamenti (chi ha fatto, cosa ha fatto, in quale successione, in quali tempi, i materiali erano pronti, ...) e delle scelte cliniche;

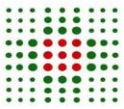
esercitazioni pratiche / simulazioni su manichino, con i precisi ruoli degli operatori (chi fa che cosa e come/quando); ogni operatore ha compiti noti;

incontri per definire la modalità di introduzione delle modifiche concordate
valore aggiunto: simulare una emergenza in sala parto, senza preavviso...



Qualche puntualizzazione sugli audit...

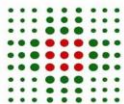
- *Messa in discussione la conduzione del singolo caso, ma anche le procedure nel loro insieme: validità ed efficacia dei comportamenti concordati.*
- *Il confronto tra gli operatori coinvolti nell'assistenza ha portato a valutare la gravidanza in toto: -elementi di rischio in gravidanza e al momento del ricovero ed in travaglio nei tre stadi; -tempi di diagnosi, di allerta e di operatività ostetrica; -sequenza e dosi dei farmaci; -richiesta ed utilizzo di emoderivati, ...).*
- *Audit strutturato multidisciplinare sia in caso di substandard care che in situazioni con condotta ineccepibile (rinforzo positivo della buona assistenza).*
- *Nella strutturazione dell'audit, per ogni steep dell'EPP, sono state poste tre domande:*
 - *a)cosa è stato fatto e non si sarebbe dovuto fare,*
 - *b)cosa non è stato fatto e si sarebbe dovuto fare,*
 - *c)cosa è stato fatto correttamente...*



-Ci sono stati momenti di condivisione della LG o della FAD, o sulle criticità che la patologia EPP propone... Tutti i centri hanno avuto momenti di...

Criticità evidenziate grazie al confronto su LG e FAD:

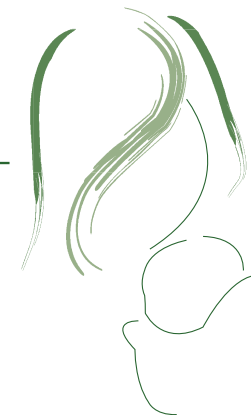
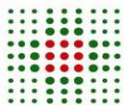
- *comunicazione interdisciplinare a volte (...spesso) inefficace, bisogno di un maggiore confronto tra le diverse professionalità,*
- *organizzazione dell'emergenza non sempre adeguata, bisognosa di training efficaci;*
- *ritardata identificazione del confine tra fisiologia e patologia;*
- *insufficiente attenzione alla modificazione dei parametri vitali e conseguente possibile ritardo nella diagnosi e nel trattamento;*
- *valutazione critica della I.O. sui casi più rilevanti: è adeguata? Viene utilizzata in modo corretto e adeguato?*
- *consapevolezza che la formazione pre FAD e ricerca near miss era insufficiente/ inadeguata sia in operatori senior che neo assunti*
- *non corretta valutazione della reale perdita ematica*



-Ci sono stati momenti di condivisione della LG o della FAD, o sulle criticità che la patologia EPP propone... Tutti i centri hanno avuto momenti di...

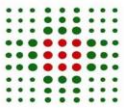
Criticità evidenziate grazie al confronto su LG e FAD:

- *comunicazione interdisciplinare a volte (...spesso) inefficace, bisogno di un maggiore confronto tra le diverse professionalità,*
- *necessità di estendere la valutazione del rischio pre parto ai professionisti che seguono le pazienti in gravidanza (selezione del rischio, attenzione alla correzione dell'anemia...)*
- *valutazione critica della I.O. sui casi più rilevanti: è adeguata? Viene utilizzata in modo corretto e adeguato?*
- *consapevolezza che la formazione pre FAD e ricerca near miss era insufficiente/ inadeguata sia in operatori senior che neo assunti*
- *non corretta valutazione della reale perdita ematica*



<i>Fattori di rischio</i>	<i>Eziologia</i>	<i>Odds ratio (95% CI)</i>	<i>Riferimenti bibl.</i>
Gravidanza multipla	Tono	3,3 (1,0-10,6) 4,7 (2,4-9,1)	Combs et al., 1991a Sosa et al., 2009
Precedente EPP	Tono	3,6 (1,2-10,2)	Combs et al., 1991a
Preeclampsia	Trombina, Tono	5,0 (3,0-8,5) 2,2 (1,3-3,7)	Combs et al., 1991a Combs et al., 1991b
Peso alla nascita >4.000 gr	Tono	2,11 (1,62-2,76) 2,4 (1,9-2,9)	Bais et al., 2004 Sosa et al., 2009
Mancata progressione del secondo stadio	Tono	3,4 (2,4- 4,7) 1,9 (1,2-2,9)	Sheiner et al., 2005 Combs et al., 1991b
Prolungamento del terzo stadio del travaglio	Tono	7,6 (4,2-13,5) 2,61 (1,83-3,72)	Combs et al., 1991a Bais et al., 2004

*Tabella 3 LG, pag 33
Fattori di Rischio per
EPP (dettaglio)*

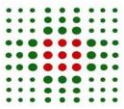


-Ci sono stati “tentativi” di approcciare il problema, ma... Difficoltà non superate, o solo in parte...

- *Comportamenti non sempre omogenei tra gli operatori*
- *Difficoltà ad organizzare incontri di U.O. per carenza di personale...*
- *Difficoltà di approccio al cambiamento da parte di alcuni operatori*
- *Disponibilità del personale di comparto operatorio solo in PD, limite superato (o in via di soluzione...) con la formazione delle ostetriche alla strumentazione in emergenza*
- *Non essere riusciti ad organizzare simulazioni di emergenze in reparto a sorpresa*
- *Presenza di un “senior” non garantita per la gestione dei casi complessi, soprattutto di tipo chirurgico (o una prontissima disponibilità...)*

Nota: *necessità di accordi di area per disponibilità di operatori esperti nell'emergenza (per gli Spoke); ma tutti gli operatori devono essere preparati ad affrontare le prime fasi (diagnosi rapida, capacità di monitoraggio “critico” dei parametri vitali, prime azioni da mettere in campo sempre...)*

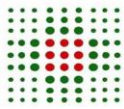
segue ...



... segue

-Ci sono stati “tentativi” di approcciare il problema, ma... Difficoltà non superate, o solo in parte.

- *personale giovane che ha scarsa esperienza, molte difficoltà e paure..*
- *elevato turn-over del personale che rende problematica la sinergia degli operatori (lavoro di squadra)*
- *la nuova procedura non è stata accettata in pieno da tutti gli operatori, (maggiori difficoltà dei medici). Dubbio: abbiamo condiviso i percorsi?*
- *la somministrazione di ossitocina al disimpegno della spalla anteriore è per ora di difficile attuazione (resistenze culturali, difficoltà nel praticare l'iniezione).*
- *scarso sostegno e considerazione della dimensione del problema da parte della Direzione Sanitaria (Responsabile del Rischio Clinico, cosa fare?)*
- *resistenza del singolo professionista al cambiamento o ignoranza delle modifiche introdotte (resistenza all'apprendimento...) No comment.*



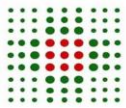
-Ritieni che la tua struttura presenti dei limiti (reperibilità sangue, ecc...) che possono condizionare le modalità di lavoro e la serenità degli operatori?

Risposte nettamente differenziate (ovvio...) tra HUB e Spoke di grandi dimensioni e Spoke piccoli... La solita storia dei ricchi e dei poveri...

HUB: no limiti, abbiamo: sala operatoria dedicata, anestesista dedicato H24, emoteca, dispositivi recupero sangue, in guardia sempre un ginecologo esperto (spesso... e comunque super reperibile esperto), almeno una ostetrica esperta in guardia, rianimazione, radiologia interventistica h 24.

Spoke di piccole dimensioni: diversi limiti. Difficoltà per sangue in tempi rapidi, solo disponibilità rapida di O Neg, no rianimazione, no emorecupero, scarsa esperienza della equipe chirurgica (pochi senior, medico e/o ostetrica poco esperti in guardia, non anestesista dedicato...), distanza dall'HUB di riferimento (necessità di trasferimento, necessità di rianimazione, necessità di emoderivati).

Non ci saremo mai chiesti abbastanza se questi limiti di struttura sono compatibili con una ragionevole sicurezza...



-Ritieni che la tua struttura presenti dei limiti (reperibilità sangue, ecc...) che possono condizionare le modalità di lavoro e la serenità degli operatori?

Risposte nettamente differenziate (ovvio...) tra HUB e Spoke di grandi dimensioni e Spoke piccoli... La solita storia dei ricchi e dei poveri...

HUB: no limiti, abbiamo: sala operatoria dedicata, anestesista dedicato H24,

es
es
es
NOTA: forse è necessario diffondere maggiormente la cultura:

- es*
Sp
ra
sa
• *della centralizzazione dei parti in situazioni di alto rischio emorragico*
- *di una attenta valutazione dei fattori di rischio emorragico preparto, anche in corso di gravidanza...*

poco esperti in guardia, non anestesista dedicato...), distanza dall'HUB di riferimento per possibili complicanze, necessità di rianimazione, necessità di emoderivati.

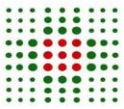
Non ci saremo mai chiesti abbastanza se questi limiti di struttura sono compatibili con una ragionevole sicurezza...



-Nella vostra U.O. sono accaduti eventi (near miss o eventi sentinella) che vi hanno indotto a confrontarvi sul tema della EPP? Se sì, quali supporti vi sono stati utili ...

Si, e queste sono alcune azioni

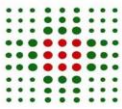
- abbiamo messo in discussione il “sistema ospedale” con un confronto con l'emergenza urgenza per la scarsa velocità di attivazione ...*
- abbiamo inserito in sala parto di una flow chart operativa per la gestione dell'EPP (con evidenziati tutti gli steps operativi)*
- la raccolta dati per l'ISS del near miss ci ha aiutato a scrivere e quantizzare il «processo» di un caso clinico*
- introduzione di un momento di confronto multidisciplinare preparto dei casi ad alto rischio EPP*
- su alcuni casi di particolare gravità SEA multidisciplinari, con verifica dell'utilizzo corretto di protocolli e procedure alla luce della LG*



-Quali sono i punti di forza nell'assistenza nella vostra U.O. per affrontare le emorragie ostetriche ?

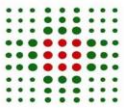
Risposte più frequenti

- *avere adottato la scheda MEOWS (valutazione parametri vitali)*
- *avere in sala parto le flow chart dei comportamenti nelle diverse situazioni*
- *disponibilità di SO dedicata nel comparto nascita*
- *ostetrica in grado di strumentare l'emergenza*
- *disponibilità di un kit/box dedicato all' EPP*
- *super reperibile esperto in grado di affrontare l'aspetto chirurgico*
- *esercitazioni/ simulazioni periodiche sul chi fa che cosa (ogni operatore ha un ruolo)*
- *presenza di anestesista dedicato H24*
- *valutazione multidisciplinare «a priori» dei casi a maggiore rischio*
- *turni medici con almeno un medico ed una ostetrica esperti*
- *figura del team leader che coordina l'emergenza*



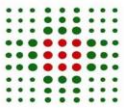
-Quali sono gli aspetti migliorabili ...

- *effettuare con maggiore regolarità e frequenza le simulazioni*
- *maggiore integrazione con gli anestesisti*
- *mantenere sempre alta l'attenzione per questo evento (nato il bimbo è festa...)*
- *formare i colleghi meno esperti a mettere in atto i «passaggi» chirurgici di base in attesa del senior reperibile*
- *ottenere la piena adesione della totalità degli operatori al protocollo*
- *maggiore attenzione ai fattori di rischio (durante tutta la gravidanza ed in tutti gli stadi del travaglio parto)*
- *tempestività nel praticare la profilassi per l'emorragia al parto*
- *maggiore stabilità degli organici*



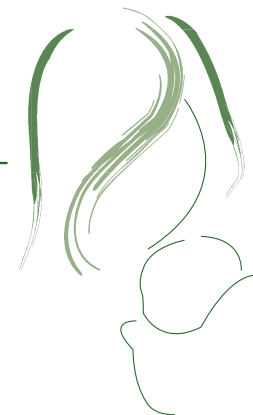
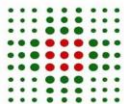
Conclusioni

- *La **FAD** ha portato tra di noi una conoscenza ampiamente diffusa (tra tutti i professionisti, grande miglioramento !)*
- *La **LG** ci ha fornito uno strumento concreto e fruibile (raccomandazioni ma anche presupposti scientifici e strumenti di approfondimento)*
- *La **ricerca near miss** ci ha obbligati a valutare la situazione di “casa nostra” aprendo gli occhi su situazioni “limite” (esempio P.E. > 1500 cc senza altre complicanze) che in precedenza passavano senza lasciare traccia*



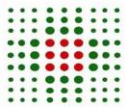
Prospettive

- *Lavorare sulle tante idee già messe in campo da tanti per migliorare: saggezza è copiare chi fa meglio di noi, non c'è il copyright.*
- *La rete del rischio clinico sta supportando il “sistema” per riuscire ad organizzare dei SEA sui nuovi near miss oggetto della ricerca 2017-18 (ma anche sui casi più complessi di EPP) >>> ipotesi di lavoro in RER, coordinato dal responsabile regionale rischio clinico). Obiettivo: mantenere alto il livello di attenzione e la qualità delle prestazioni!*
- *Audit strutturati o SEA multidisciplinari dovrebbero diventare la routine, anche ora che la ricerca è terminata, almeno per il consolidamento dei nuovi approcci proposti.*
- *Migliorare i percorsi con il territorio (anche LP, non solo consultori...) per le azioni efficaci in gravidanza*



GRAZIE dell'attenzione

GRAZIE ai Direttori dei PN della Regio Emilia Romagna per la disponibilità



GRAZIE dell'attenzione

GRAZIE ai Direttori dei PN della Regio Emilia Romagna per la disponibilità

**GRAZIE a Serena Donati ed al suo gruppo per il meraviglioso lavoro svolto
(e che continuano a svolgere con competenza e passione...)**