Bologna 22 giugno 2005

La natimortalità: aspetti clinici ed epidemiologici.

Le ricadute sul piano del sistema informativo.

Dante Baronciani
Vittorio Basevi

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Modena

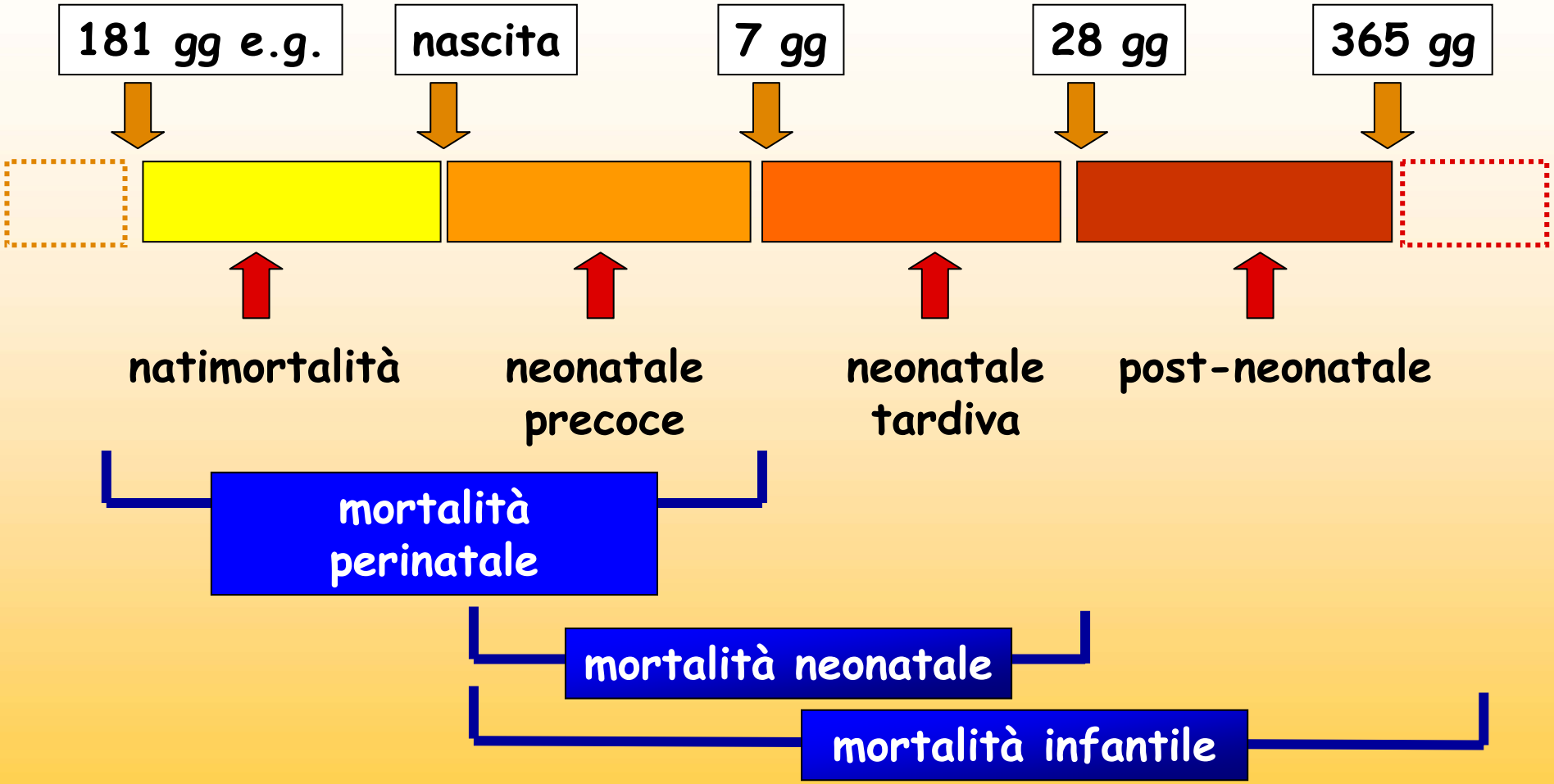
CeVEAS
Centro per la Valutazione
dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA
SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

Indice

- valutazione dei tassi e problemi nella definizione
- cause di morte e fattori di rischio
- ipotesi di intervento per migliorare l'iter diagnostico e ricadute sul piano del sistema informativo

La mortalità perinatale ed infantile: le definizioni

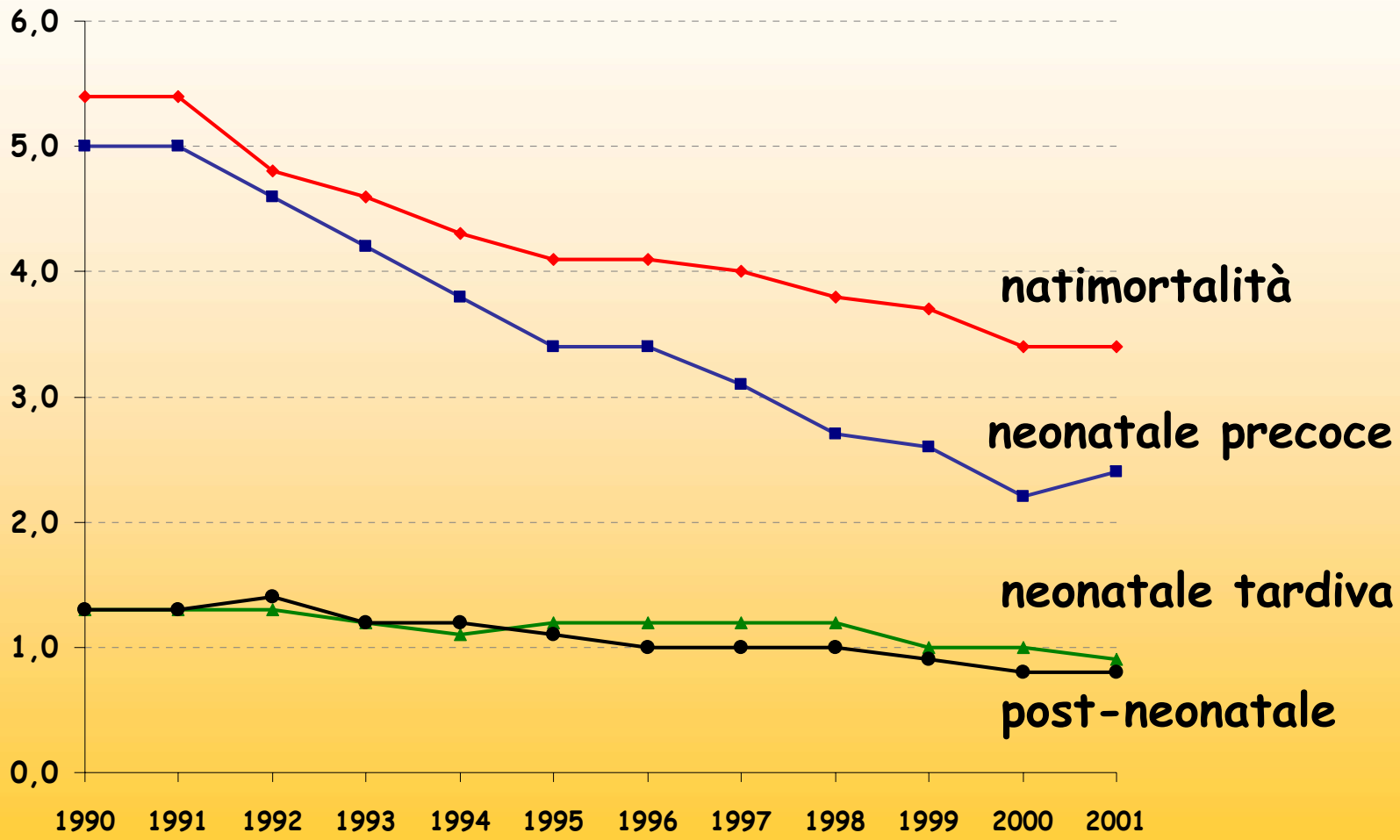


* 25 settimane e 6 giorni compiuti
* 168 ore

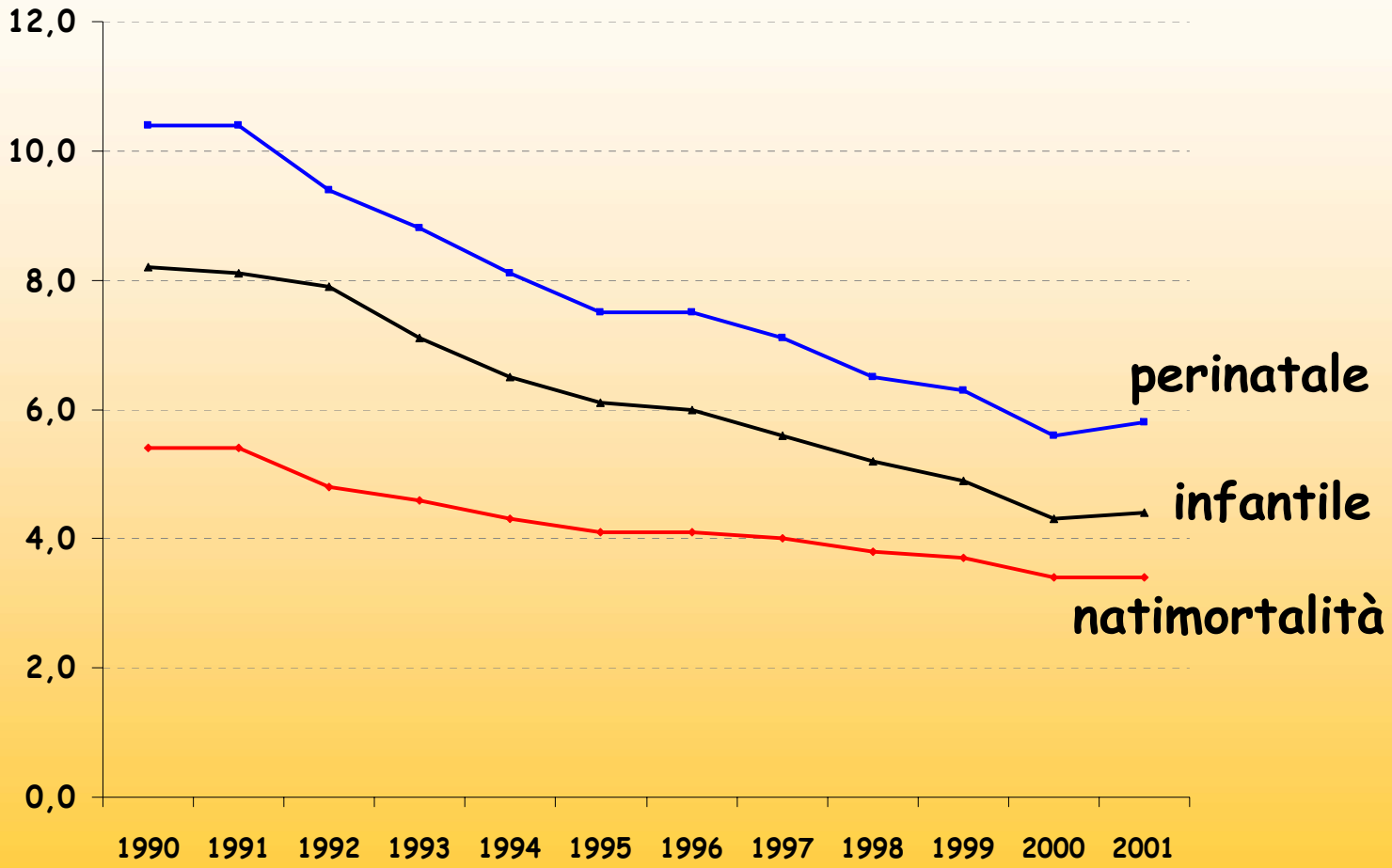
S.I.P. Gruppo Epidemiologia pediatrica – Guida alla raccolta ed elaborazione di dati perinatali. Pensiero Scientifico Editore 1987

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

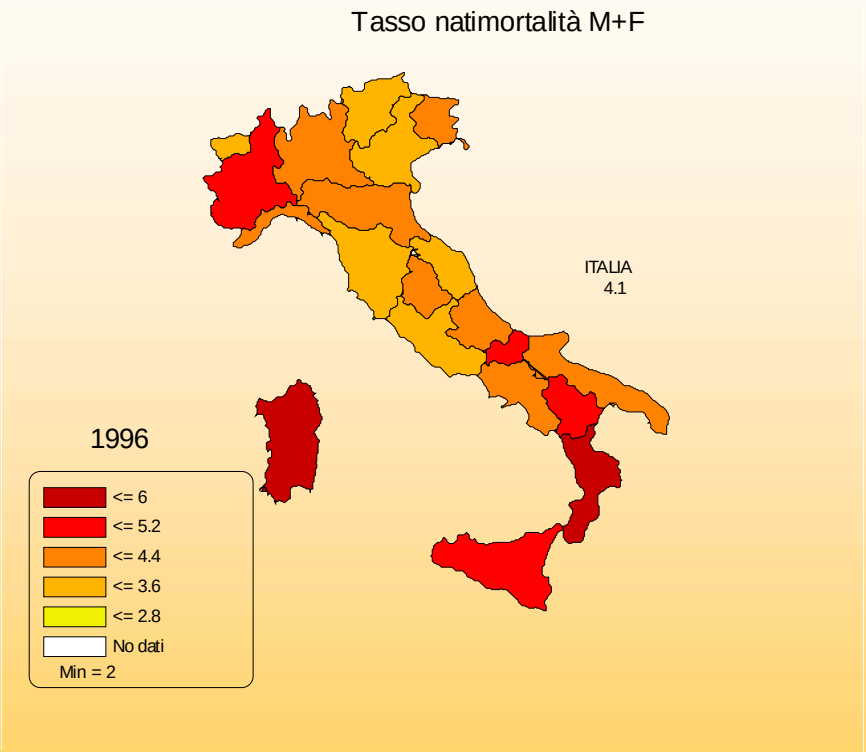
le diverse componenti della mortalità perinatale ed infantile

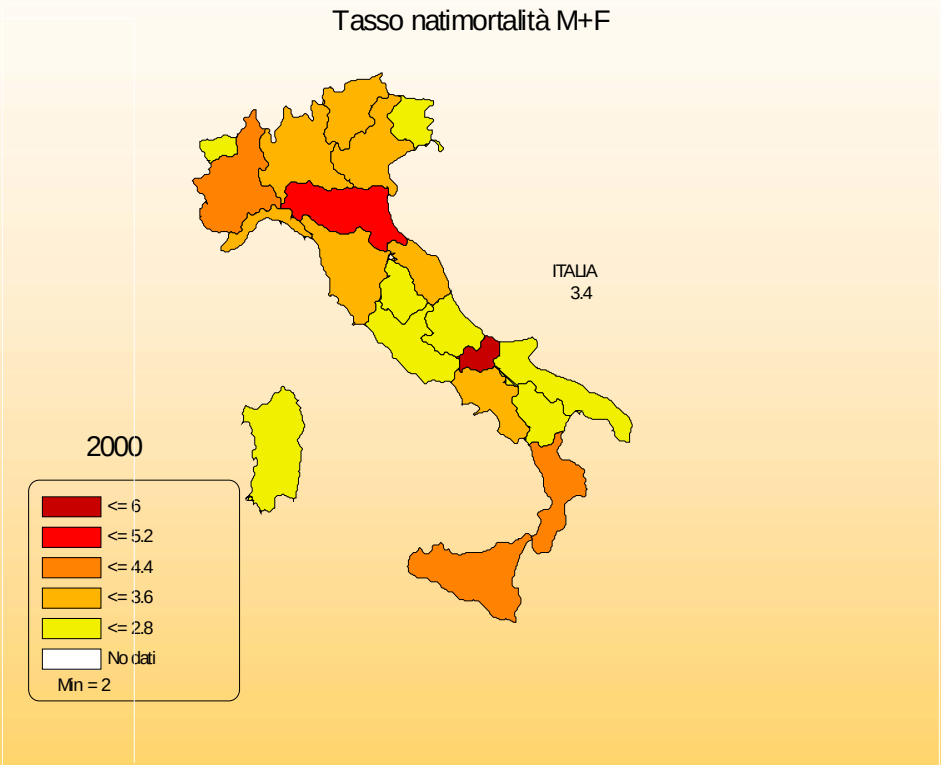


confronto tra natimortalità, mortalità perinatale ed infantile

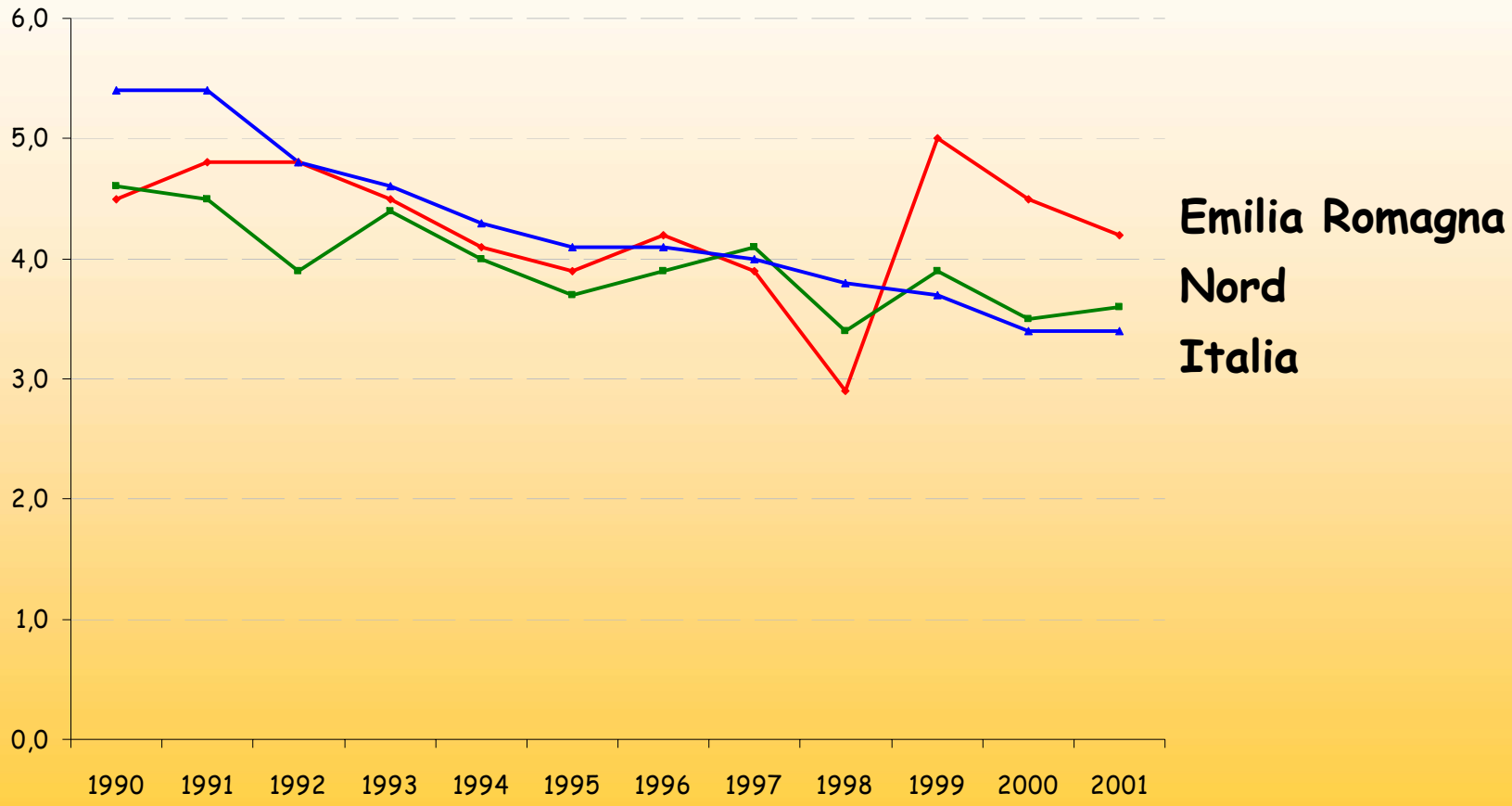


differenze regionali nel tasso di natimortalità

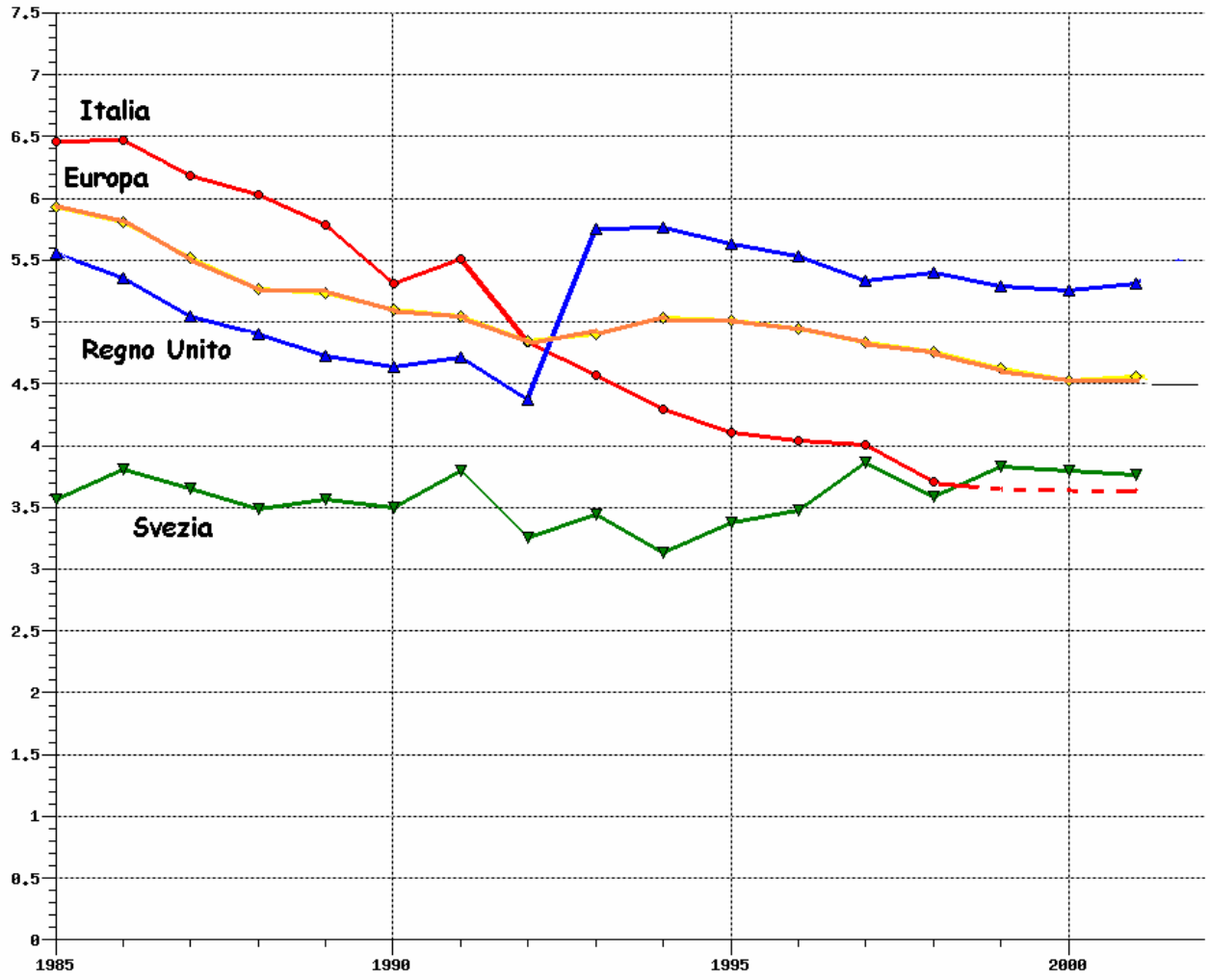




la natimortalità: dati di dubbia qualità



la natimortalità: i dati sono sottostimati



Svezia
28 settimane

Italia
25^{+6} settimane

Regno Unito
24 settimane
(dal 1992)

European health for all database (HFA-DB) *http://data.euro.who.int/hfadb/*

SaPeRiDoc

La natimortalità: i problemi nella definizione

differenziare il nato morto dall'aborto

differenti definizioni rendono problematici i confronti internazionali

USA:	20 sett.
Francia:	22 sett.
UK, Olanda:	24 sett.
Svizzera:	27 sett.
Danimarca:	28 sett.

proposta OMS

aborto: peso inferiore ai 500 grammi indipendentemente dall'età gestazionale

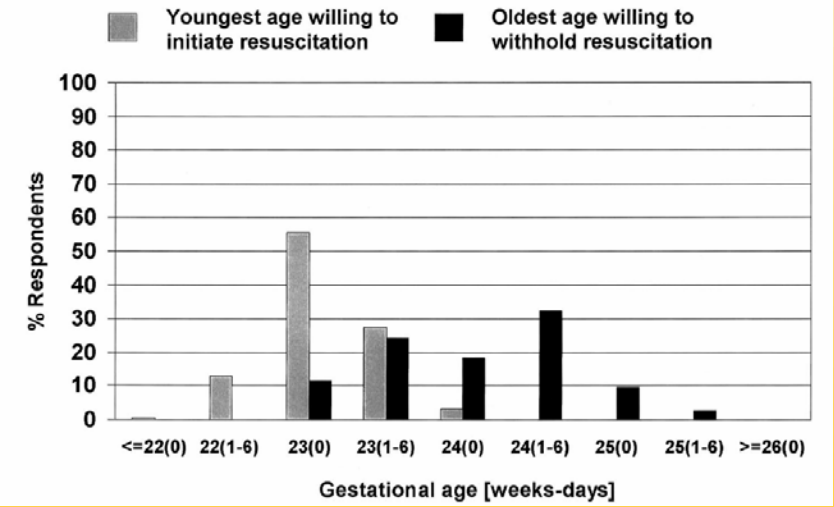
(già adottato in Germania)

La natimortalità: i problemi nella definizione

prodotto del concepimento completamente espulso o estratto dalla madre,che non mostri alcuna evidenza di vitalità, quali il respiro spontaneo o, dopo stimolazioni, pulsazioni cardiache o del cordone ombelicale, o quando l'autopsia non evidenzi aria nei polmoni

differenziare il nato morto dal nato vivo deceduto nei primi minuti

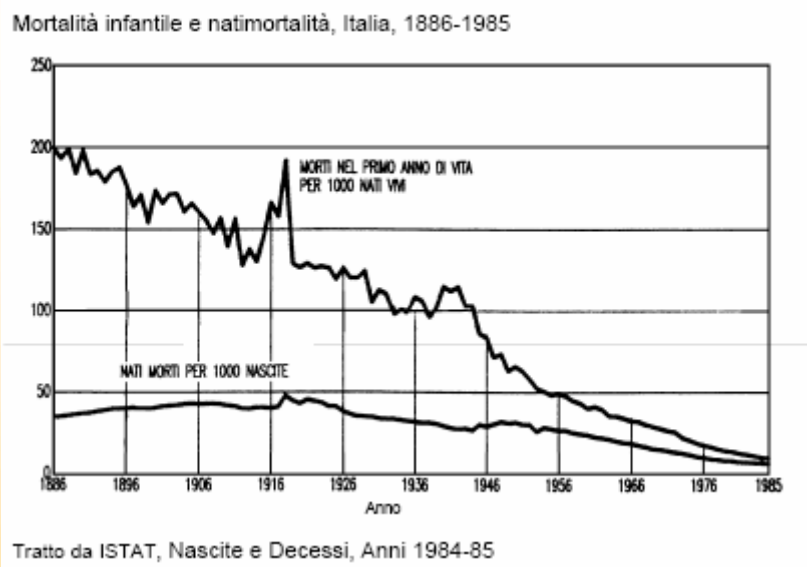
diversa disponibilità,
dei centri e dei professionisti
ad iniziare manovre di
rianimazione, specie alle età
gestazionali più basse



Peerzada JM. Delivery room decision making at the threshold of viability.
J Pediatr 2004;145:492-8

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

la natimortalità: i cambiamenti



sensibile riduzione della natimortalità a partire dal 1950:

- **miglioramento delle cure ostetriche, in particolare quelle relative a isoimmunizzazione Rh, diabete, preeclampsia e IUGR**
- **induzione del parto nelle gravidanze post-termine**
- **declino mortalità per malformazioni (diagnosi prenatale)**
- **miglioramento dell'assistenza intensiva neonatale**

Sue A Quan AK et al. Effect of labour induction on rates of stillbirth and cesarean section in post-term pregnancies. *CMAJ* 1999;160:1145-9

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

natimortalità, età gestazionale e epoca del decesso

	24-27	≥ 28	*totale*
antepartum	17.8%	74.4%	**92.2%**
intrapartum	2.1%	5.6%	**7.8%**
totale	**19.9%**	**80.1%**	*100.0%*

- **la maggior parte dei casi si verifica nel periodo che precede il travaglio di parto** ***(cambiamento negli ultimi decenni)***
- **il rischio maggiore è alle età gestazionali più basse ma non è indifferente la quota dei nati morti nelle gravidanze a termine** ***(cambiamento negli ultimi decenni)***

** 5165 nati morti*

Low JA. Reflections on the occurrence and significance of antepartum fetal asphyxia. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2004;18:375-82

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

…. le ricadute sulla mortalità perinatale

se cambia la definizione

età gestazionale > 22 settimane (o ≥ 24)
o peso ≥ 500 g. indipendentemente dall'età gestazionale

se cambia la popolazione

aumento prevalenza minoranze etniche
età materna più avanzata
aumento incidenza gravidanze multiple

si attende un aumento del tasso di natimortalità e del tasso di mortalità perinatale

…. riflessioni

"Portrait Du Dr Gachet"
by Vincent van Gogh

- la natimortalità, i cui tassi sono sottostimati, costituisce la componente della mortalità perinatale che presenta il minor decremento negli anni e rischia di aumentare nel futuro

- la necessaria revisione della definizione si accompagna alla necessità di garantire una differenziazione "clinica" tra nato morto e nato vivo deceduto nei primi minuti di vita dopo assistenza rianimatoria

- la introduzione della "sezione nato morto" nel CedAP può costituire un importante elemento per comprendere le cause di morte (patologia materna e fetale)

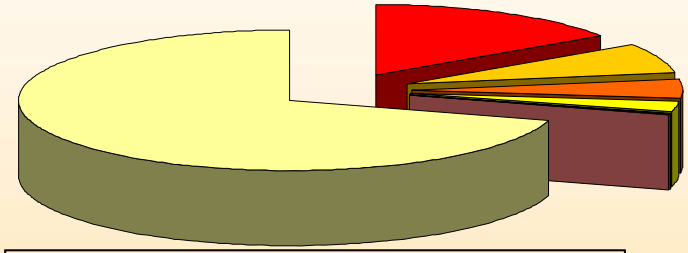
Indice

- valutazione dei tassi e problemi nella definizione
- cause di morte e fattori di rischio
- ipotesi di intervento per migliorare l'iter diagnostico e ricadute sul piano del sistema informativo

La natimortalità: le cause

10.190 decessi
(>24 sett)

Classificazione secondo Wigglesworth

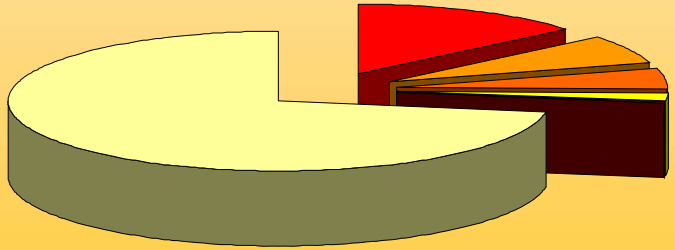


- malformazioni congenite (15.7%)
- cause intrapartum (6.9%)
- altre cause specifiche (4.3%)
- infezioni (2.1%)
- traumi (0.4%)
- inclassificabili (0.1%)

morte fetale antepartum non spiegata (70.4%)

Classificazione secondo Aberdeen

- emorragia antepartum (13.9%)
- malattie materne (6.7%)
- pre-eclampsia (4.7%)
- cause meccaniche (1.8%)
- altre cause (0.3%)



morte fetale antepartum non spiegata (72.6%)

Stillbirth, neonatal and post neonatal mortality 2000-2002 - England, Wales and Northern Ireland. *www.cemach.org.uk*

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

natimortalità e gravità della patologia materna

Tassi di natimortalità specifici per le diverse patologie materne, secondo la gravità delle stesse.

Table 1. Maternal Medical Disease: Current Stillbirth Rates*

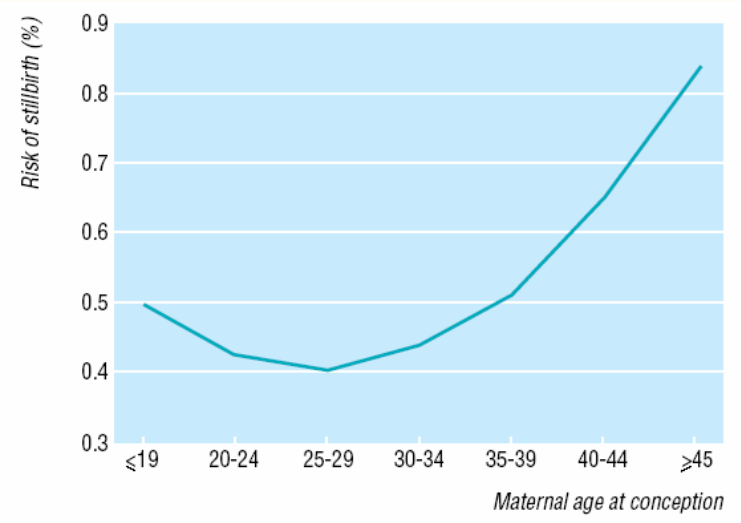
Condition	*Estimated Stillbirth Rate†*
All pregnancies	6-7/1,000
Hypertensive disorders	
Chronic hypertension	5-25/1,000
Superimposed preeclampsia	52/1,000
PIH/mild preeclampsia	9/1,000
Severe preeclampsia	21/1,000
Eclampsia	18-48/1,000
HELLP Syndrome	51/1,000
Diabetes mellitus	
Gestational diabetes	5-10/1,000
Type 1 diabetes	6-10/1,000
Type 2 diabetes	35/1,000
Obesity	15-20/1,000
Systemic lupus erythematosus	40-150/1,000
Chronic renal disease	
Mild renal insufficiency	15/1,000
Moderate and severe renal insufficiency	32-200/1,000
Thyroid disorders	
Stable treated hyperthyroidism	0-36/1,000
Uncontrolled thyrotoxicosis	100-156/1,000
Subclinical hypothyroidism	0-15/1,000
Overt hypothyroidism	15-125/1,000
Cholestasis of pregnancy	12-30/1,000

Abbreviations: PIH, pregnancy induced hypertension; HELLP, hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets.
* See text for references for estimated stillbirth rates.
† Number of stillbirths at ≥20 weeks gestation per 1,000 births in patients with the condition.

Simpson LL Maternal medical disease: Risk of antepartum fetal death. Seminars in Perinatology 2002;26:42-50

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

fattori di rischio: età materna



- l'associazione con l'età materna sembrerebbe a carico dei decessi avvenuti prima del travaglio (antepartum)
- ipotesi di una maggiore incidenza di: anomalie cromosomiche, pre-eclampsia (specie in nullipare) e diabete
- pur persistendo un rischio relativo più elevato si riduce anche per le donne di età più avanzata il rischio assoluto

Andersen A-MN et al. Maternal age and fetal loss: population based register linkage study. BMJ 2000;320:1708–12

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

fattori di rischio: disagio socio economico

prevenibile ??

livello socio economico lavoratrici	OR (CI)
high level white-collar	1.0 gruppo di riferimento
intermediate level white-collar	1.4 (0.9-2.4)
low level white-collar	1.9 (1.2-3.2)
skilled blue-collar	2.4 (1.3-4.1)
unskilled blue-collar	2.2 (1.3-3.7)

incremento di natimortalità rimane sostanzialmente invariato dopo "aggiustamento"

- per fumo e sovrappeso materni
- epoca della prima e numero di visite in gravidanza
- maggior frequenza di IUGR e patologia materna

Stephansson O et al. The influence of socioeconomic status on stillbirth risk in Sweden Int J Epid 2001;30:1296-01

SaPeRiDoc CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

fattori di rischio: obesità

studio caso-controllo:
649 nati morti antepartum,
690 controlli

	BMI	OR (CI)
magre	<19.9	1.0 gruppo di riferimento
normale	20-24.9	1.2 (0.8-1.7)
sovrappeso	25-29.9	1.9 (1.2-2.9)
obese	≥ 30.0	2.1 (1.2-3.6)

- i valori di odds ratio sono più elevati per i nati morti (antepartum) da gravidanza a termine
- dopo "aggiustamento" per diabete gestazionale e pre-eclampsia si riduce l'associazione per le donne obese
  (ruolo dell'iperlipidemia nel ridurre secrezione prostacicline, aumento produzione perossidasi, vasocostrizione e aggregazione piastrinica)
- non si evidenzia associazione tra incremento ponderale in gravidanza e natimortalità

prevenibile

Stephansson O et al. Maternal weight, pregnancy weight gain, and the risk of antepartum stillbirth. Am J Ostet Gynecol 2001;184:463-9

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

fattori di rischio: fumo materno

rischio relativo di natimortalità per esposizione al fumo: valori compresi tra 1.2 e 1,8

- l'incremento di natimortalità è quasi completamente attribuibile all'associazione tra fumo materno e: IUGR, distacco intempestivo di placenta, placenta previa per ipossiemia e aumento delle resistenze vascolari
- effetto dose dipendente
- effetto quasi totalmente reversibile con cessazione del fumo nel I trimestre

prevenibile

Cnattingius S. The epidemiology of smoking during pregnancy: smoking prevalence, maternal characteristics, and pregnancy outcomes. Nicotine Tob Res. 2004;6 Suppl 2:S125-40

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

fattori di rischio: caffè

studio prospettico:
18.478 gravidanze,
82 nati morti

N° tazzine	OR (CI) *°
0	1.0 gruppo di riferimento
1-3	0.6 (0.3-1.1)
4-7	1.4 (0.8-2.5)
>8	2.2 (1.0-4.7)

prevenibile

- il valore di OR senza "aggiustamento" è pari a 3 (1.5-5.9).
- possibile aumentata incidenza di ipossia fetale da rilascio catecolamine o effetti diretti sul feto determinanti disturbi ritmo cardiaco.

** aggiustato per alcool, fumo, età materna. parità, stato civile, scolarità, lavoro in gravidanza, BMI

Wisborg K. et al. Maternal consumption of coffee during pregnancy and stillbirth and infant death in first year of life: prospective study. BMJ 2003;326:420-3

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

fattori di rischio: alcool

studio prospettico:
24.768 gravidanze,
116 nati morti

N° drinks* /sett.	OR (CI) *°
< 1	1.0 gruppo di riferimento
1-2	1.1 (0.6-2.0)
3-4	1.8 (0.9-3.9)
≥ 5	3.7 (1.5-9.1)

prevenibile

- il danno sarebbe determinato da una disfunzione feto-placentare (infarto placentare, complicanze relative al funicolo, IUGR, asfissia antepartum)
- modelli animali hanno evidenziato che un aumentato consumo di alcool è associato ad una riduzione del flusso placentare

* una bottiglia di birra / un bicchiere di vino/ un superalcoolico

** aggiustato per caffeina, fumo, età materna. parità, stato civile, scolarità, lavoro in gravidanza, BMI

Kesmodei U et al. Moderate Alcohol Intake during Pregnancy and the Risk of Stillbirth and Death in the First Year of Life. Am J Epidemiol 2002;155:305-12

SaPeRiDoc

fattori di rischio: pregressa storia ostetrica

Registro nascita Svezia:
410.021 gravidanze,
1062 nati morti II gravidanza

esito precedente gravidanza	OR (CI) *°	
a termine, non SGA	1.0	gruppo di riferimento
a termine, SGA	2.1	(1.6-2.8)
32-36 sett., SGA	3.4	(2.1-5.6)
<32 sett., SGA	5.0	(2.5-9.8)

- il valore di odds ratio per le donne con una precedente gravidanza esitata in nato morto è pari a 2.5 (CI 1.4-4.7)

- il tasso di natimortalità nella seconda gravidanza va dal
  - 2.4‰ primo figlio nato a termine, non SGA
  - 19.0‰ primo figlio pretermine (<32 sett.), SGA

** aggiustato per età, fumo, scolarità, stato civile, intervallo tra gravidanze, emorragia antepartum e ipertensione

Surkan PJ et al. Previous preterm and small-for-gestational-age births and the subsequent risk of stillbirth. N Engl J Med. 2004;350:777-85.

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

fattori di rischio: pregressa storia ostetrica

Registro nascita Svezia:
410.021 gravidanze,
1062 nati morti II gravidanza

intervallo tra le gravidanze *	OR (CI) *°	
0-3 mesi	1.3	(0.8-2.1)
4-7 mesi	1.0	(0.7-1.3)
8-11 mesi	1.0	(0.8-1.2)
36-71 mesi	1.2	(1.0-1.4)
≥ 72 mesi	1.5	(1.1-2.1)

non si conferma il rischio associato ad un breve intervallo dalla precedente gravidanza allorché si "aggiusta" per l'esito della prima gravidanza

* valore di riferimento 12-35 mesi

** aggiustato per caratteristiche materne e esito della prima gravidanza

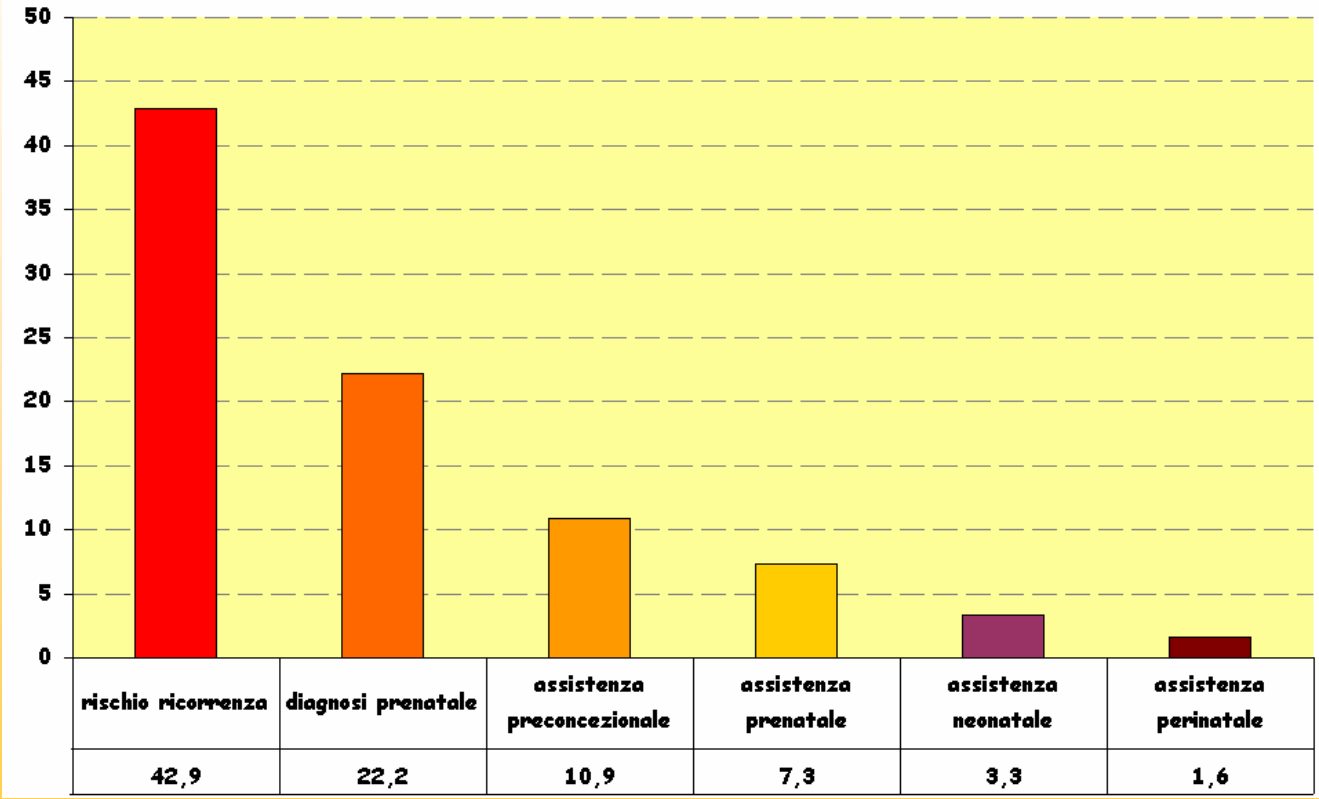
Stephansson O. The influence of interpregnancy interval on the subsequent risk of stilllbirth and early neonatal death. Obst Gynecol 2003;102:101-8

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

.. è possibile migliorare la capacità diagnostica

Wisconsin Stillbirth Service Program

- 678 (65.3%) diagnosi definita
- 361 (34.7%) segni significativi



1039 nati morti:

Michalski ST et al. Costs and consequences of comprehensive stillbirth assessment. Am J Obstet Gynecol 2002;186;1027-34

SaPeRiDoc
CENTRO DI DOCUMENTAZIONE SULLA SALUTE PERINATALE E RIPRODUTTIVA

…. riflessioni

"Portrait Du Dr Gachet"
by Vincent van Gogh

- si evidenziano importanti difficoltà nel definire le cause di natimortalità, soprattutto in epoca antepartum
- sono identificati alcuni fattori di rischio che determinano la possibilità di interventi di prevenzione
- un miglioramento dell'assistenza per alcune patologie materne può influire sulla riduzione della natimortalità

…. riflessioni

"Portrait Du Dr Gachet"
by Vincent van Gogh

- la insufficiente qualità dei dati sulla mortalità perinatale è determinata dalla scarsa attenzione assistenziale al tema della natimortalità:
  - assenza di documentazione
  - carenza accertamenti diagnostici

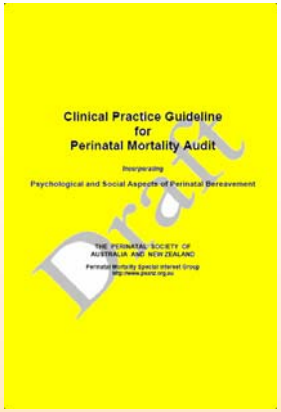
difficoltà nel definire la comunicazione con i genitori
(rischio ricorrenza, sostegno)

difficoltà nel definire la causa di morte

Indice

- valutazione dei tassi e problemi nella definizione
- cause di morte e fattori di rischio
- ipotesi di intervento per migliorare l'iter diagnostico e ricadute sul piano del sistema informativo

la natimortalità: approccio clinico e raccolta dati



- definire il protocollo di indagine del nato morto
- definire piano di implementazione del protocollo
- definizione misure di sostegno alla famiglia

solo una maggiore attenzione clinica agli aspetti diagnostici ed assistenziali può garantire un miglioramento nella qualità delle informazioni

ipotesi di intervento

- introduzione di una cartella clinica del nato morto

- formazione dei professionisti:
  - conduzione esame clinico
  - accertamenti diagnostici
  - misure sostegno ai genitori

- Progetto di ricerca MIUR: 10 Università italiane

- Progetto regionale ambito Commissione nascita
  (adattamento linee guida e implementazione raccomandazioni)

per rafforzare la validità dei dati

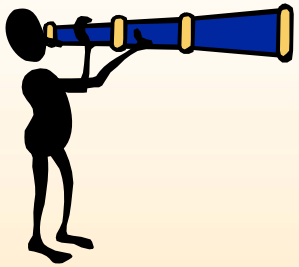
trattandosi di eventi relativamente rari, il contributo degli statistici è quello di definire:

- i tassi con i relativi intervalli di confidenza
- le medie mobili (finestra di 3 anni)
- la tendenza attraverso la misura del <u>p trend</u>

quale può essere il contributo
dei professionisti clinici?

gli obiettivi della rilevazione

registrazione del numero dei decessi



categorizzazione delle cause di morte

identificazione dei potenziali fattori evitabili

comprendere le principali cause della mortalità attraverso un processo di audit clinico

Pattinson RC, Makin JD. Critical incident audit and feedback to improve perinatal and maternal mortality and morbidity. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 2001, Issue 1.

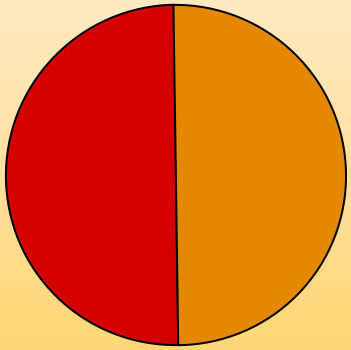
SaPeRiDoc

il processo di audit clinico

il processo di audit [clinico] confronta
la pratica attuale con la (migliore) pratica standard,
basata su prove di efficacia desunte dalla ricerca
scientifica o su consenso di esperti

la revisione di
procedure assistenziali
in casi esitati in un
pre-definito
esito sfavorevole

evento sentinella



la revisione di
specifiche
prestazioni assistenziali

topic audit

Mancey-Jones M, Brugha RF. Using perinatal audit to promote change: a review.
Health Policy Plan 1997;12:183-92

SaPeRiDoc

l'indagine confidenziale

registrazione
dati di mortalità
su scheda di sintesi

un responsabile
regionale assicura
l'anonimato dei casi

discussione caso da
parte di panel regionale
multidisciplinare

classificazione del
decesso secondo:
Wigglesworth,
Aberdeen e neonatal

centralizzazione
dei dati

Weindling AM. The confidential enquiry into maternal and child health (CEMACH).
Arch Dis Child. 2003;88:1034-7

SaPeRiDoc

esempio: classificazione nati morti

Classificazione nati morti secondo Wigglesworth

1. malformazioni letali o anomalie biochimiche severe
2. morte fetale antepartum non spiegata
3. morte fetale intrapartum da "asfissia" "anossia" o trauma
5. infezioni
6. altre cause specifiche
9. inclassificabili

Classificazione ostetrica (Aberdeen)

Isoimmunizzazione

3. da antigene Rh (D)
4. da altro antigene

Pre-eclampsia

5. senza emorragia antepartum
6. con emorragia antepartum

Emorragia antepartum

7. con placenta previa
8. con distacco di placenta
9. di origine incerta

Cause meccaniche

10. Prolasso funicolo o compressione
11. Altre presentazioni di faccia o vertice
12. Presentazione podalica
13. Altra presentazione obliqua o trasversa, rottura utero

Problemi materni

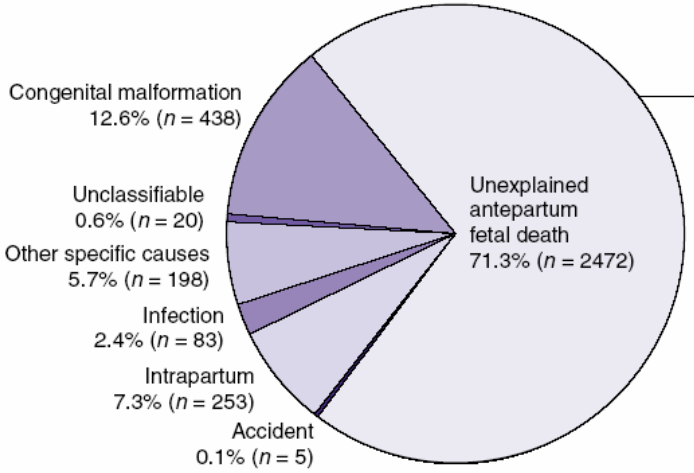
14. Malattia ipertensiva
15. Altra malattia
16. Infezione materna

Inspiegabile

20. Peso ≥2.5 Kg
21. Peso <2.5 Kg
22. Inclassificabile

l'indagine confidenziale: i risultati

Figure 2.2 Stillbirths in England, Wales and Northern Ireland in 1999 grouped according to the Wigglesworth classification



Obstetric Aberdeen classification	Unexplained deaths Number	(%)
Antepartum haemorrhage	404	16.3
Maternal disorder	162	6.6
Pre-eclampsia	121	4.9
Mechanical	39	1.6
Miscellaneous	11	0.4
Unexplained	1735	70.2
Total	**2472**	**100.0**

n = 3469

Source: RRF 1999

- ENQUIRY COMMENTS ON 422 STILLBIRTHS OCCURRING 1996-97
- THE USE OF INTRA-PARTUM ELECTRONIC FETAL MONITORING IN ENGLAND,WALES AND NORTHERN IRELAND – A CROSS-SECTIONAL SURVEY
- SURVIVAL RATES OF BABIES BORN BETWEEN 27 AND 28 WEEKS' GESTATION IN ENGLAND,WALES AND NORTHERN IRELAND 1998-2000 83

8th Annual Report of the Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI); 2001

www.cemach.org.uk

SaPeRiDoc

l'indagine confidenziale: fattori evitabili

Table 3.1 Suboptimal care factors most frequently cited by assessment panels

Nature of suboptimal care	No. of comments
Risk recognition	
Failure to recognise high-risk woman at booking	30
Growth	
Inadequate monitoring of growth	33
Failure to recognise intra-uterine growth restriction	16
Failure to act on intra-uterine growth restriction	19
Fetal movement	
Failure of professional to act on decreased fetal movements	21
Importance of changes in fetal movement not explained to woman	19
Decreased fetal movements not reported by mother until after delivery	29
Management	
Failure to act on high-risk situation/history	60
Failure to act on raised blood pressure and/or proteinuria	30
No plan of care/management	19
Failure to act on suspicious antenatal cardiotocograph	13
Failure to do or to repeat glucose tolerance test	13
Poor diabetic management	14
Inappropriate grade of staff involved in care	28
Communication	
Poor documentation	62
Poor communication – oral and written	33
Lifestyle	
Maternal smoking	23
Poor attendance for antenatal checks	16
Post-delivery	
Inadequate screening following stillbirth	11
Postmortems – quality issues, failure to send samples	66
Bereavement support	7

CESDI – 8th Annual Report - Enquiry comments on 422 stillbirths occurring 1996-97

www.cemach.org.uk

SaPeRiDoc

l'indagine confidenziale

- nell'indagine tra gruppi di pari, inclusi esperti nel settore, sulle cause e fattori sottostanti il decesso deve essere garantita una stretta confidenzialità in tutti gli stadi del processo.

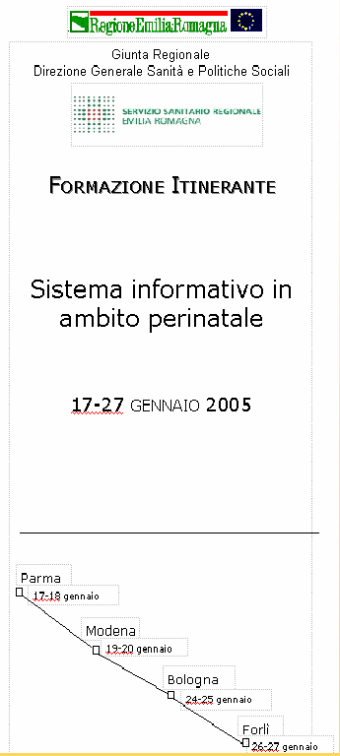
- è una forma di clinical audit, con l'importante differenza che il feedback (la "chiusura del cerchio" dell'audit) avviene attraverso l'analisi di schede relative al caso e non attraverso un coinvolgimento diretto dei professionisti coinvolti nei casi sottoposti all'indagine

8th Annual Report of the Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy (CESDI); 2001
www.cemach.org.uk

il punto di partenza: i dati correnti

- il link tra Scheda di morte ISTAT e CedAP fornisce numerose informazioni fino ad ora non analizzate
- la sezione del CedAP relativa al nato morto fornisce nuove importanti informazioni sul decesso

il primo passo: migliorare la qualità del CedAP



- semplificare il modello di rilevazione riducendo il numero di item "stabili"
- garantire una riduzione del carico di lavoro assicurando vantaggi "gestionali"
- garantire la possibilità di una elaborazione ed analisi decentrata dei dati

maggiore integrazione tra professionisti clinici, epidemiologi e Direzioni

SaPeRiDoc

la natimortalità: integrazione delle informazioni

possibile flusso informativo
di integrazione al CedAP

- patologie in gravidanza (precodificate)
- fattori di rischio in gravidanza (dipendenze, farmaci, febbre,..)
- sintomatologia in decessi prima o durante il travaglio
- accertamenti effettuati

- classificazione secondo Wigglesworth e Aberdeen

carico di lavoro previsto — 6-7 casi/anno (>24 sett) ogni 1000 nati

mortalità infantile: integrazione delle informazioni

possibile flusso informativo
di integrazione alla Scheda
di morte e al CedAP

- dati del Registro Regionale pretermine
- dati derivati dalla Scheda Dimissione Ospedaliera
- dati derivati dal Registro Regionale Malformazioni (IMER)
- fattori di rischio SIDS (posizione, fumo, mancato allattamento,..)

- classificazione secondo Wigglesworth, Aberdeen e neonatale

carico di lavoro previsto | 3-5 casi/anno ogni 1000 nati vivi

SaPeRiDoc

come analizzare le informazioni "aggiuntive"

costituzione gruppo multisciplinare

- a livello provinciale o interprovinciale
- ostetrici, pediatri, anatomo patologi, (genetista, laboratorista, radiologo,..)

riunioni periodiche precedute - di almeno un mese - da raccolta e esame della casistica (a cura di un sottogruppo)

iscrizione di ogni singolo caso nelle classificazioni Confidential Enquiry

identificazione dei casi con difficoltà di classificazione o che contengono elementi, clinici o organizzativi, meritevoli di approfondimento

discussione del gruppo multisciplinare

tra indagine confidenziale e audit clinico

indagine confidenziale

la preoccupazione che la valutazione del caso non si trasformi in una ricerca del colpevole:

- l'anonimato consente di dare una lettura d'insieme identificando le aree critiche
- la compilazione della scheda non richiede necessariamente una discussione del gruppo di professionisti che opera perifericamente
- la lettura del report complessivo non sempre si traduce in audit clinico (confronto con criteri standard e individuazione criticità)

tra indagine confidenziale e audit clinico

audit clinico

la preoccupazione che la valutazione del caso sia occasione di audit clinico a livello periferico:

- il coinvolgimento dei professionisti interessati può determinare tensioni (colpevole vs. errore)
- il confronto tra la valutazione effettuata a livello periferico e centrale può facilitare la trasparenza del ritorno dell'informazione

sull'utilizzo dei dati

Vi è il pericolo che il "non spiegato" diventi sinonimo di "inevitabile"; portando erroneamente alla conclusione che nulla può essere fatto.
Il maggiore obiettivo di un sistema di classificazione dovrebbe essere quello di far luce sugli eventi e fornire informazioni sui trattamenti futuri.

un maggior coinvolgimento dei professionisti clinici può determinare un miglioramento della qualità dei dati e, nel contempo, una maggiore ricaduta sul piano assistenziale

CESDI – 8th Annual Report - Enquiry comments on 422 stillbirths occurring 1996-97
www.cemach.org.uk

I SATELLITI-SPIA VEDONO TUTTO. PURTROPPO NON CAPISCONO UN CAZZO.
ALTAN.