



FORMAZIONE

Expertise della sala parto

L'Aogoi e la Fondazione Confalonieri Ragonese, facendo proprie le disposizioni della Legge n°24 del 08/03/2017 "disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", hanno ritenuto di mettere in pratica un percorso formativo, per gli specialisti in ostetricia e ginecologia, che ambiscono alla "leadership" organizzativa e clinica della sala parto



RICCARDO MORGERA
Ginecologo
Direttore Sanitario
Responsabile Casa di Cura
"Ospedale Internazionale"
Napoli
Consulente Scientifico
Ufficio Legale Associazione
Ostetrici Ginecologi
Ospedalieri Italiani

LA SALA PARTO è un luogo dove diverse figure professionali sono impegnate a costituire un "team" coeso ed efficiente che deve accompagnare i due principali attori (feto che deve nascere – madre) nel percorso della nascita. La fisiologia può, però, rapidamente evolvere in patologia ed una situazione di normalità può divenire un'emergenza ed è proprio di fronte alle criticità che spesso gli operatori incontrano le difficoltà maggiori, sia dal punto di vista decisionale che comunicativo. È di fondamentale importanza, in tema di responsabilità professionale, distinguere una condizione di "maloccurrence", intesa come un "outcome" negativo di una procedura ma non correlata alle qualità delle cure effettuate, in quanto espressione dei rischi di una procedura non prevedibili, dalla "malpractice" dovuta alla negligenza.

L'"Expertise" di sala parto deve essere quella figura professionale con un'elevata esperienza e conoscenza nella clinica ostetrica che lo rende abile all'applicazione gestionale e procedurale degli "standards of care" in sala parto. Il suo scopo è gestire e controllare il rischio clinico, relativamente a tutte le possibili complicanze ostetriche che possono verificarsi in sala parto o nelle fasi immediatamente precedenti/successive al par-

to. Contestualmente, questa figura professionale deve implementare un sistema che assicuri l'applicazione dei protocolli clinici e delle raccomandazioni emanate dalle Società Scientifiche e periodicamente provvedere all'implementazione e diffusione delle nuove "routine" assistenziali.

UN'INTERESSANTE PUBBLICAZIONE scientifica ha valutato l'efficacia di un programma di "training" per "leadership", con simulazioni che vedevano coinvolti personale clinico e non clinico, attraverso scenari clinici ed ognuno dei partecipanti doveva prepararsi sulla modalità di gestione della situazione emergenziale; tale "training" si è dimostrato di fondamentale importanza per la figura del "leadership" nel "team-work" (Cooper JB.: Design and evaluation of simulation scenarios for a program introducing patient safety teamwork safety leadership and simulation to healthcare leaders; Simul. Health., 2011).

IL CORSO AVANZATO di Formazione per "expertise" in sala parto riguarda 4 grandi aspetti rappresentati da: 1) argomenti di base (sicurezza dei pazienti – epidemiologia – complessità dei processi di cura - comunicazione e lavoro in team – apprendimento dai fallimenti), 2) metodi e tecni-

che per la sicurezza delle cure, 3) prevenzione dei rischi in sala parto e controllo e gestione delle complicanze ed eventi avversi e 4) medicina legale ed organizzazione della sicurezza.

Un punto fondamentale di questa Scuola di Perfezionamento è il raggiungimento di un unico linguaggio ed azione dei medici di sala parto, che devono essere rispettosi delle regole da seguire e devono mettere in pratica tutti i comportamenti utili alla gestione dei casi.

Gli esperti concordano sul fatto che una comunicazione errata o incompleta, con le pazienti, potrebbe creare le basi per le possibili azioni legali in caso di errori. Un idoneo approccio comunicativo rappresenta il primo passo per instaurare una relazione di collaborazione ed empatia tra il medico e la paziente; la comunicazione efficace deve essere essenziale, comprensibile e deve utilizzare un linguaggio appropriato specifico per le circostanze del caso. Inoltre, per gestire in modo adeguato pazienti e familiari è essenziale sapere adattare il nostro linguaggio, prendendo in considerazione anche le variabili complesse della provenienza geopolitica, religiosa e culturale.

La discussione di uno scenario clinico "debriefing", immediatamente dopo l'evento riveste un ruolo di fondamentale importanza per l'apprendimento dell'intero "team" ed è fondamentale il ruolo comunicativo che il "leadership" deve avere nelle situazioni di crisi, motivo per il quale l'abilità ed il continuo "training" nella comunicazione si è dimostrato essere di fondamentale importanza nel migliorare la sicurezza delle cure delle pazienti, nelle situazioni di emergenza ostetrica (Huner B.: Reducing preventable adverse events in obstetrics by improving interprofessional com-

FORMAZIONE



munication skills; BMC Preg. Childbirth, 2023). È di estrema importanza quando si fa una scelta operativa, motivare tale azione e quali sono le conseguenze attese. Non è la fretta che deve guidare le decisioni cliniche ed i comportamenti relazionali ma la corretta comprensione della fisiologia e della patologia. Questo concetto è di fondamentale importanza, ad esempio, nell'interpretazione della Cardiotocografia (CTG), in quanto l'analisi basata sulla fisiologia mira a comprendere la fisiopatologia, che sta alla base delle caratteristiche osservate sul tracciato CTG, con l'obiettivo di mettere in atto un intervento tempestivo ed appropriato in caso di evidenza di scompenso fetale. Per contro, aiuta ad evitare interventi non necessari quando sono evidenti sul tracciato CTG segnali di compenso fetali di fronte ad uno "stress" meccanico o ipossico. Intervenire non sempre significa un parto operativo immediato o un cesareo di emergenza ma, al contrario, l'intervento deve essere sempre finalizzato a migliorare l'ambiente intra-uterino, per quanto possibile, in quanto tranne nei casi di eventi acuti "intrapartum", in cui è giustificato un parto immediato; pertanto, la distinzione tra una risposta fetale compensatoria e lo scompenso fetale è essenziale per la gestione del travaglio. La sicurezza delle cure deve prevedere una rapida risposta del "team" che configura un processo a più "step", sia clinico, sia da parte dello "staff" di supporto (banca del sangue - laboratorio analisi) ed un protocollo che designa il ruolo che ogni membro del "team" deve avere deve essere continuamente implementato e valutato mediante un continuo "training" (American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion - Preparing for Clinical Emergencies in Obstetrics and Gynecology, 2014).

IL RISCHIO CLINICO in gravidanza può essere dipendente dalla gestante, come pure dall'azione di un individuo (medico) o dall'intero "team". Il rischio clinico potrebbe anche dipendere da fattori interdipendenti, come ad esempio in caso di organizzazione scadente e/o in presenza di risorse economiche inadeguate. Da un punto di vista clinico l'evoluzione dei fattori di rischio è complicata, in quanto possono essere presenti delle variabili confondenti; ad esempio, l'età materna

“

La sicurezza delle cure deve prevedere una rapida risposta del "team" che configura un processo a più "step", sia clinico, sia da parte dello "staff" di supporto (banca del sangue - laboratorio analisi) ed un protocollo che designa il ruolo che ogni membro del "team" deve avere

avanzata può associarsi ad un aumentato rischio di obesità e di diabete di tipo 2, parto pretermine, basso peso e complicanze al momento del parto. La stratificazione del rischio in ostetricia è, inoltre, complessa anche a causa della duplice gestione, materna e fetale, così come è dipendente dal "setting" assistenziale nella quale viene erogata (Ireland National Maternity Strategy Report National Clinical Guideline - Stratification of Clinical risk in Pregnancy, 2020). In sanità il sistema di sicurezza dei pazienti si sviluppa attraverso lo studio di diverse fasi per l'identificazione delle strategie di supporto, necessarie affinché non si ripetano circostanze che possano portare agli errori. Di fatti, la cultura del "risk management" deve partire dalla considerazione che gli errori non sono eliminabili ma devono essere opportunamente analizzati, in modo da implementare tutte le strategie volte ad evitare una loro ripetizione. A riguardo delle cure della donna e del neonato, il "management" del rischio deve iniziare nella fase pre-concezionale e continuare durante tutta la gravidanza, fino al parto. Il momento del parto rimane, comunque, la fase maggiormente critica e le emergenze ostetriche come l'Emorragia del Post Partum, la pre-eclampsia, la sepsi, il tromboembolismo, le procedure anestesiologiche, sono tra alcuni degli aspetti clinici che necessitano di un attento monitoraggio, in modo da prevenire la mortalità materna e le severe complicanze. Durante il parto, il prolasso di cordone, la rottura d'utero, l'inversione uterina, la distocia di spalle sono tra le emergenze ostetriche che richiedono immediato ed adeguato trattamento che non solo richiede degli specifici protocolli ma anche un supporto organizzativo-gestionale, ruttinariamente monitorato (Ragusa A.: Obstetric Safety Patient - Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management, 2020).

UN RECENTE STUDIO SCIENTIFICO ha preso in analisi 33.720 parti di gravidanze singole, nel secondo stadio del travaglio valutando diversi fattori intrapartali (induzione del travaglio - implementazione delle contrazioni con ossitocina - lunghezza del travaglio - prolungata rottura delle membrane - liquido tinto di meconio - epoca gestazionale) e si è riscontrata una severa morbidità materna in 498 casi (1.5%); si è evidenziato come una attenta valutazione del rischio, all'inizio del secondo stadio, attraverso un "Expanded Obstetric Comorbidity Score" possa migliorare la possibilità di prevedere una severa morbidità materna (Clapp MA.: The value of Intrapartum Factors in predicting Maternal Morbidity; Am. J. Obstet. Gynecol., 2021).

UN ULTIMO ASPETTO da considerare, riguarda la capacità di attuare un'immediata analisi medico-legale su un evento avverso verificatosi. Il ragionamento medico-legale porta ad intraprendere delle azioni tecniche fondamentali ed irripetibili che devono comprendere la dettagliata descrizione degli eventi in cartella clinica, con le azioni intraprese per contrastare la situazione emergenziale, i tempi di chiamata dell'intero "team-worker" assistenziale (laboratorio analisi - banca del sangue - neonatologi - anestesisti) ed in tutte le condizioni di morbidità/mortalità materno-fetale, provvedere ad inviare la placenta per esame isto-patologico e richiedere l'autopsia nei casi di mortalità materno-fetale. In questi casi l'intero "team" deve essere coeso e parlare un unico linguaggio ed il "leader" della sala parto è colui che deve sapere come relazionarsi e comunicare con la paziente ed i familiari.