



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

Chi è a rischio? Percezione e gestione del rischio ostetrico in un contesto rurale della Sierra Leone

Relatore: Dott.ssa Boffo Elisabetta

LAUREANDO: Stroea Dida Diana

ANNO ACCADEMICO 2024/2025



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI SALUTE DELLA DONNA E DEL BAMBINO

CORSO DI LAUREA IN OSTETRICIA

Presidente Prof.ssa Alessandra Andrisani

TESI DI LAUREA:

Chi è a rischio? Percezione e gestione del rischio ostetrico in un contesto rurale della Sierra Leone

Relatore: Dott.ssa Boffo Elisabetta

LAUREANDO: Stroea Dida Diana

ANNO ACCADEMICO 2024/2025

INDICE

ABSTRACT.....	
ABSTRACT IN LINGUA INGLESE.....	
INTRODUZIONE.....	
CAPITOLO 1: Contesto e cornice teorica.....	
1.1 Il contesto sanitario: Sierra Leone e il distretto di Pujehun.....	
1.2 Il concetto di rischio ostetrico: definizioni e principi.....	
1.3 Strumenti di triage e prioritizzazione: evidenze e adattamento.....	
1.4 Dal divario alla proposta: “percepire–registrare–agire”.....	
CAPITOLO 2: Materiali e metodi.....	
2.2 Disegno di studio e setting.....	
2.2 Variabili e fonti dati – componente documentale.....	
2.3 Strumenti.....	
2.4 Procedura di raccolta dati.....	
2.4.1 Etica.....	
2.5 Analisi dei dati.....	
2.5.1 Componente documentale – cartelle cliniche.....	
2.5.2 Componente qualitativa – interviste.....	
2.5.3 Integrazione dei risultati – triangolazione narrativa.....	
2.6 Limiti dello studio.....	
CAPITOLO 3: Le voci del personale.....	
3.1 Scopo del capitolo.....	
3.2 I profili professionali degli intervistati.....	
3.3 Come viene inteso il rischio: definizioni operative.....	
3.4 Identificazione e classificazione del rischio nella pratica quotidiana.....	
3.5 Barriere percepite.....	
3.6 Proposte degli intervistati.....	

CAPITOLO 4: Risultati.....	
4.1 Profilo del campione.....	
4.2 All'ingresso: motivo di ricovero e marcatori intrapartum.....	
4.3 Processo assistenziale: interventi e complicanze.....	
4.4 Espletamento del parto e indicazioni.....	
4.5 Esiti neonatali immediati.....	
4.6 Comorbidità e storia ostetrica.....	
4.7 Triangolazione narrativa.....	
CAPITOLO 5: Discussione.....	
5.1 Sintesi interpretativa.....	
5.2 Cosa dicono i dati documentali.....	
5.3 Cosa dicono le voci del personale.....	
5.4 Triangolazione: corrispondenze e scarti.....	
5.5 Confronto con il quadro teorico e linee essenziali.....	
5.6 Implicazioni pratiche per il PGH.....	
5.7 Punti di forza e limiti - lettura critica.....	
5.8 Prospettive.....	
CAPITOLO 6: Conclusione.....	
BIBLIOGRAFIA.....	
APPENDICE.....	
Allegato n.1.....	

ABSTRACT

BACKGROUND: La mortalità e la morbilità materna e neonatale rimangono tra le principali sfide nei contesti a basse risorse, come la Sierra Leone. In questi scenari la percezione e la documentazione del rischio ostetrico risultano spesso disomogenee, con effetti sulla tempestività e sulla coerenza dell'assistenza.

SCOPO DELLO STUDIO: Esplorare come il rischio ostetrico sia percepito e gestito presso il Pujehun Government Hospital (PGH) e descrivere se e come tale rischio venga registrato nella documentazione clinica; mettere in evidenza le criticità di sistema e riflettere su strategie pragmatiche di miglioramento.

MATERIALI E METODI: Studio qualitativo descrittivo-interpretativo con approccio misto condotto tra aprile e luglio 2025: (1) revisione documentale delle cartelle cliniche appartenenti alle donne ricoverate, e che abbiano successivamente partorito, nell'ospedale preso in analisi, per valutare frequenza e modalità di registrazione del rischio – sono state prese in considerazione tutte le cartelle create dal 01/04 al 01/07 – ; (2) interviste semi-strutturate al personale di maternità, comprensivo di ostetriche, infermiere, infermieri specializzati e medico ginecologo, per indagare consapevolezza, pratiche quotidiane e difficoltà percepite. È stata effettuata un'analisi descrittiva, con dati raccolti in maniera sistematica attraverso tabella Excel, per quanto riguarda la revisione delle cartelle cliniche; ed un'analisi interpretativa per le interviste effettuate, con successiva unione dei dati raccolti. Tutti i dati epidemiologici presenti, riguardanti il PGH, sono stati raccolti dal dataset riassuntivo appartenente all'archivio di Medici con l'Africa CUAMM messo a disposizione.

RISULTATI: Durante il periodo preso in considerazione dallo studio, all'interno del PGH, sono stati effettuati 586 ricoveri, dei quali, solamente 379 cartelle cliniche sono state prese in considerazione in quanto adatte secondo i criteri di inclusione prestabiliti; nessuna di esse riportava una classificazione formale del rischio ostetrico al momento del ricovero. Dall'integrazione dei dati emerge assenza di sistematicità nella classificazione e nella traccia del rischio in cartella, un uso intermittente degli strumenti che permettono il monitoraggio dell'evoluzione del rischio clinico (es. partogramma) e una gestione clinico-pratica che non differenzia i percorsi per i casi ad alto rischio. Le barriere riportate sono di tipo formativo, organizzativo e culturale (carichi di lavoro, turn-over, disponibilità di risorse, percorsi di trasferimento da altra unità, scarsa conoscenza e documentazione riguardanti la storia ostetrica pregressa da parte delle pazienti stesse). Tali elementi possono incidere negativamente sugli esiti materni e neonatali.

CONCLUSIONE: Valorizzare il concetto di rischio come strumento di prevenzione e rafforzarne la documentazione minima essenziale può favorire decisioni più tempestive e coerenti. Si propongono azioni a basso costo e contestualizzate: check-list di ammissione con criteri di allerta/azione, centralità del partogramma come strumento clinico e comunicativo, formazione mirata in servizio e protocolli minimi per l'identificazione e il monitoraggio delle gravidanze a maggior priorità.

ABSTRACT IN LINGUA INGLESE

BACKGROUND: Maternal and neonatal mortality and morbidity remain among the foremost challenges in low-resource settings such as Sierra Leone. In these contexts, the perception and documentation of obstetric risk are often inconsistent, with implications for the timeliness and coherence of care.

OBJECTIVE: To explore how obstetric risk is perceived and managed at Pujehun Government Hospital (PGH) and to describe whether and how such risk is recorded in clinical documentation; to highlight system-level bottlenecks and reflect on pragmatic, context-appropriate improvement strategies.

MATERIALS AND METHODS: Descriptive-interpretive qualitative study with a mixed-methods approach conducted from April to July 2025: (1) documentary review of the medical records belonging to the hospitalized women, and who subsequently gave birth, in the hospital under analysis, to evaluate the frequency and methods of recording the risk – they were taken into consideration all the charts created between 1 April and 1 July –; (2) semi-structured interviews with maternity staff, including midwives, nurses, specialised nurses and the gynaecologist, to investigate awareness, daily practices and perceived challenges. Regarding the review of medical records, a descriptive analysis was carried out through data collected in a systematic spreadsheet on Excel; an interpretive analysis was applied to interviews transcripts, followed by integration of findings. Epidemiological data pertaining to PGH were extracted from the summary dataset made available from the Doctors with Africa CUAMM archive.

RESULTS: During the study period, PGH recorded 586 admissions; of these, only 379 charts met predefined inclusion criteria. None contained a formal obstetric risk classification at the time of admission. Integrated findings indicate a lack of systematisation in risk classification and charting, intermittent use of tools to monitor the evolution of clinical risk (ex. the partograph), and clinical-practical management that does not differentiate care pathways for high-risk cases. Reported barriers were educational, organisational, and cultural (workload, turnover, resource availability, inter-facility transfers pathways, and limited patient knowledge and documentation of obstetric history). These factors may adversely affect maternal and neonatal outcomes.

CONCLUSION: Recognising risk as a preventive instrument and strengthening its essential documentation can support more timely and coherent decision-making. Low-cost, context-sensitive actions are proposed: an admission checklist with alert/action criteria; reinstating the partograph as both a clinical and communicative tool; targeted in-service training; and minimum protocols for identifying and monitoring higher-priority pregnancies.

INTRODUZIONE

Questa tesi nasce da una missione clinico-formativa svolta presso il Pujehun Government Hospital (PGH), in Sierra Leone, come borsista dell'Università di Padova in collaborazione con Medici con l'Africa CUAMM. Tra aprile e luglio 2025 ho partecipato alle attività del reparto maternità e sala parto, sotto la supervisione della caposala delle ostetriche locali e del ginecologo responsabile, lavorando a stretto contatto con il team ostetrico-pediatrico e contribuendo sia all'assistenza (triage, travaglio/parto, post-partum, rianimazione neonatale, supporto in sala operatoria), sia ad attività organizzative (registri, dimissioni, contraccettazione post-partum, gestione farmacia CUAMM).

IL CONTESTO: La Sierra Leone rimane tra i paesi con gli esiti materno-infantili più sfavorevoli: mortalità materna 443 per 100.000 nati vivi, mortalità sotto i 5 anni 105 per 1.000 nati vivi, mortalità neonatale 31 per 1.000 nati vivi; un sistema sanitario fragile, aggravato da inflazione e shock climatici, rende essenziali i programmi di rafforzamento di servizi e percorsi di emergenza [1]. Nel 2024 CUAMM ha sostenuto il PCMH di Freetown e le HDU (High Dependency Unit) di Makeni, Bo e Pujehun, oltre a sistemi di trasporto d'emergenza (ambulanze, moto e barche) per i trasferimenti dalle aree rurali; nel solo ambito materno-infantile si contano 24.722 parti assistiti e 4.245 trasporti per emergenze ostetriche. Il distretto di Pujehun dispone di 1 ospedale e 30 centri di salute; a Pujehun CUAMM garantisce invio di personale, farmaci e attrezzature essenziali, spesso non disponibili per via governativa [1].

Dentro questo quadro, la pratica quotidiana al PGH ha mostrato vincoli ricorrenti che incidono direttamente sulla gestione del rischio: disponibilità

intermittente di farmaci salvavita (es. ossitocina, vasopressori), un solo dispositivo per la valutazione dell'emoglobina spesso non operativo, assenza di cardiocografi con monitoraggio fetale affidato al solo stetoscopio, carenze di anestesia tali da imporre trasferimenti anche per cesarei non procrastinabili. La documentazione è interamente cartacea; il partogramma, pur presente, risulta spesso compilato a posteriori; per molte donne la ricostruzione anamnestica si basa su colloqui mediati da colleghe locali, con inevitabili limiti di accuratezza. A differenza di molti contesti italiani, mancano strumenti visivi standardizzati (es. poster/flow-chart) che mappino fasce di rischio con codifica colore immediatamente riconoscibile dal team: un'assenza non solo organizzativa, ma comunicativa, che riduce la tempestività delle decisioni. Su questo punto, la letteratura internazionale suggerisce che sistemi di triage a colori (rosso-giallo-verde) migliorino la prioritizzazione e la chiarezza cognitiva nei contesti di emergenza e maternità (es. BSOTS [3]; WHO Interagency Integrated Triage Tool [4]), stabilendo standard di urgenza immediatamente condivisi.

DEFINIZIONE DI “RISCHIO OSTETRICO”: In letteratura il rischio ostetrico viene inteso come probabilità che, durante gravidanza, parto o puerperio, si verifichino esiti avversi per madre e/o neonato, superiore a quella attesa nella popolazione generale; tale probabilità si modula dinamicamente in base a fattori clinici preesistenti, complicanze insorte e contesto assistenziale. Le raccomandazioni OMS sull'assistenza prenatale (AnteNatal Care) definiscono l'ANC come presa in carico che include identificazione del rischio, prevenzione/gestione di condizioni associate, educazione e promozione della salute, all'interno di un modello di contatti programmati per rilevare precocemente complicanze e indirizzare i percorsi (anche trasferimenti) [5].

La OMS – Managing Complications in Pregnancy and Childbirth (MCPC), riferimento per gli ospedali distrettuali, ribadisce che, sebbene la maggior parte delle gravidanze decorra senza eventi, “tutte le gravidanze sono a rischio” e ~15% può sviluppare complicanze potenzialmente letali che richiedono personale competente e, in alcuni casi, interventi maggiori: ciò impone sistemi di riconoscimento precoce, classificazione e attivazione (fino al trasferimento) proporzionati al livello di cura disponibile [6].

Le linee guida NICE per il travaglio in donne con condizioni mediche o complicanze ostetriche inquadrano come “alto rischio” le situazioni in cui la probabilità di esiti avversi materno-fetali è incrementata per condizioni preesistenti o complicanze evolutive, raccomandando percorsi con identificazione del rischio e planning personalizzati. In parallelo, il consenso ACOG sui Levels of Maternal Care promuove la regionalizzazione dell’assistenza con invio al livello appropriato in base al profilo di rischio [7-8].

RAZIONALE DELLA TESI: Alla luce di missione e contesto, il lavoro si propone di: (i) descrivere come il rischio venga oggi percepito e documentato al PGH (cartelle, partogrammi, registri); (ii) ascoltare sistematicamente la voce del personale (triage, travaglio, post-partum) su ciò che “fa segno” e orienta le decisioni; (iii) ricostruire le principali lacune del sistema (farmaci, monitoraggio, anestesia, trasferimenti) e la loro relazione con la tempestività del riconoscimento del rischio; (iv) discutere se l’introduzione di strumenti essenziali e sostenibili (es. una scheda di triage ostetrico con codifica colore e criteri minimi condivisi) possa migliorare la proattività e la continuità dell’assistenza nel contesto distrettuale di Pujehun.

Ci si aspetta un'incongruenza tra percezione, gestione teorica e gestione effettivamente attuata nella pratica quotidiana per l'identificazione del rischio.

Le interviste sono state condotte in inglese, con consenso informato scritto e registrazione, garantendo anonimato e finalità esclusivamente scientifiche.

CAPITOLO 1

Contesto e cornice teorica

1.1 Il contesto sanitario: Sierra Leone e il distretto di Pujehun

La Sierra Leone ha attraversato negli ultimi decenni shock storici che hanno inciso profondamente sul sistema sanitario: la guerra civile (1991-2002), con distruzione di infrastrutture e dispersione del personale; la grande epidemia di Ebola (2014-2016); e, più di recente, le conseguenze di crisi economica e vulnerabilità climatica. In questo quadro la resilienza dei servizi - in particolare lungo il percorso nascita - dipende da reti territoriali, logistica dei trasporti e disponibilità minima di farmaci e competenze [2].

Gli indicatori materno-infantili sono tra i più sfavorevoli dell'Africa occidentale: mortalità materna 443 per 100.000 nati vivi, mortalità sotto i 5 anni 105 per 1.000 nati vivi e mortalità neonatale 31 per 1.000 nati vivi [1]; questi esiti si inseriscono in un quadro di elevata povertà, inflazione e vulnerabilità climatica, con un sistema sanitario nazionale fragile.

Nel 2024, il supporto di Medici con l'Africa CUAMM ha incluso il Princess Christian Maternity Hospital (PCMH - Freetown) e le High Dependency Units (HDU) a Makeni, Bo e Pujehun, insieme al rafforzamento dei trasporti d'emergenza (ambulanze, moto e barche) e alla fornitura di personale, farmaci ed equipaggiamenti essenziali. Nel solo ambito materno-infantile sono registrati 24.722 parti assistiti e 4.245 trasporti per emergenze ostetriche nel 2024, volumi che testimoniano un'attività rilevante nonostante le fragilità strutturali. Nel distretto di Pujehun la rete del percorso nascita ruota attorno al Pujehun Government Hospital (PGH) e a circa trenta strutture periferiche. Il sostegno CUAMM comprende personale dedicato, scorte e attrezzature essenziali, oltre a sistemi di

trasferimento su ambulanze, moto e barche per collegare le aree rurali all'ospedale.

Questa tesi nasce all'interno della Borsa di Studio "Michele Mega" promossa dall'Università di Padova in collaborazione con Medici con l'Africa CUAMM: documenta un'esperienza clinico-formativa di tirocinio pratico svolta nel reparto maternità del Pujehun Government Hospital ed include anche un'osservazione diretta sulle pratiche e sui vincoli organizzativi del contesto.

La pratica quotidiana per il percorso nascita a Pujehun è condizionata da vincoli ricorrenti: disponibilità intermittente di farmaci e presidi salvavita (es. ossitocina, cook balloon), limitato accesso a diagnostica (un solo dispositivo per Hb, spesso non operativo), assenza di cardiocografi (presenza di un solo ecografo utilizzato principalmente per accertare aborti spontanei, talvolta non fruibile per mancanza di corrente elettrica - monitoraggio fetale affidato allo stetoscopio di Pinard), e criticità anestesologiche che possono condizionare l'accesso a tagli cesarei non procrastinabili.

La documentazione è interamente cartacea; il partogramma è spesso compilato a posteriori; per molte donne l'anamnesi si ricostruisce tramite colloquio mediato, con inevitabili limiti di accuratezza.

Queste condizioni rendono centrale la capacità di riconoscere in tempo i quadri a maggiore priorità e di attivare percorsi adeguati, anche tramite trasferimento.

1.2 Il concetto di rischio ostetrico: definizioni e principi

Per rischio ostetrico si intende la probabilità che durante gravidanza, parto o puerperio si verifichino esiti avversi per madre e/o neonato in misura superiore alla popolazione a basso rischio. Tale probabilità è dinamica (cambia con fattori materni, ostetrici e fetali) e contestuale (dipende dalla capacità del sistema).

Le raccomandazioni OMS sull'assistenza prenatale considerano l'identificazione del rischio parte integrante dei contatti che si occupano della madre durante la gravidanza, con invio a percorsi appropriati e pianificazione delle decisioni [6].

Il manuale OMS Managing Complications in Pregnancy and Childbirth (MCPC, 2^a ed., 2017), destinato agli ospedali distrettuali, ribadisce che tutte le gravidanze sono a rischio e che circa il 15% può sviluppare complicanze potenzialmente letali, a supporto di sistemi che garantiscano riconoscimento precoce, classificazione ed attivazione tempestiva (compreso il trasferimento) [7].

Le linee guida NICE NG121 attestano la necessità di percorsi risk-appropriate, con criteri chiari di escalation e pianificazione del setting; l'ACOG promuove la regionalizzazione e i Levels of Maternal Care, traducibili, nei contesti a risorse limitate in: checklist di ammissione, call-tree, criteri di trasferimento essenziali [8].

1.3 Strumenti di triage e prioritarizzazione: evidenze e adattamento

L'Interagency Integrated Triage Tool (IITT) dell'OMS, sviluppata con ICRC e MSF, fornisce schemi rosso-giallo-verde per il triage intra-ospedaliero di adulti/ ≥ 12 anni e di bambini/ < 12 anni, con reference card e poster operativi per l'area di triage; è trasferibile a contesti diversi e utile a prioritizzare e organizzare i flussi con risorse minime [5].

Nei sistemi ad alta disponibilità di risorse, il Birmingham Symptom-specific Obstetric Triage System (BSOTS [4]) è adottato da numerose Health Boards del NHS: prevede valutazione breve, algoritmi sintomo-specifici e codifica a colori con tempi-obiettivo di rivalutazione; la Maternity Triage Guideline 991 (Versione 2, 2025) dell'Hywel Dda University Health Board ne illustra l'implementazione [3].

Per Pujehun, dunque adattandosi, si potrebbe proporre un triage a tre colori con soglie essenziali e azioni predefinite:

- Rosso (immediato: instabilità, emorragia massiva, eclampsia, sepsi con deterioramento, parto ostruito, prolasso di funicolo, compromissione fetale);
- Giallo (urgente ≤ 60 min: ipertensione non severa, febbre/PROM senza sepsi, FCF anomala intermittente, travaglio pretermine stabile, presentazioni anomale senza compromissione);
- Verde (routine).

In assenza di CTG, il monitoraggio fetale si basa su auscultazione intermittente con frequenze proporzionate al rischio [5-7-8].

1.4 Dal divario alla proposta: “percepire–registrare–agire”

Le osservazioni nel PGH evidenziano un divario tra percezione del rischio (spesso tardiva) e scrittura del rischio (partogramma e note a posteriori), in un contesto privo di strumenti visivi standardizzati. Questa tesi propone di colmare tale discrepanza con una scheda di triage ostetrico a colori adattata, sostenuta da checklist di ammissione, call-tree e poster: (i) Percepire: triage a 3 colori all’arrivo e re-triage ai cambiamenti; (ii) Registrare: scheda breve, partogramma avviato prima della fase espulsiva; (iii) Agire: protocolli specifici per i “rossi” (PPH, eclampsia, sepsi, compromissione fetale), piani per i “gialli” con attivazione trasporti (ambulanza/moto/barca) secondo disponibilità locale [3-5-8].

CAPITOLO 2

Materiali e metodi

2.1 Disegno di studio e setting

Studio qualitativo descrittivo-interpretativo con approccio misto (componente documentale ed interviste), condotto presso il Pujehun Government Hospital (PGH), Distretto di Pujehun, Sierra Leone.

Il setting comprende l'area di triage ostetrico, la sala travaglio/parto, i reparti di degenza post-partum e gli spazi di lavoro del personale.

L'integrazione dei dati documentali con le narrazioni del personale mira a collegare percezione - registrazione - azione nella gestione del rischio ostetrico.

Periodo di studio: dal 01 aprile 2025 al 01 luglio 2025.

Componente documentale (cartelle): sono state incluse tutte le cartelle cliniche delle donne ricoverate in maternità e che hanno partorito in PGH nel periodo indicato. Esclusioni: tutte le cartelle prive di frontespizio essenziale, prive dell'esito del parto e/o dell'esito neonatale di base, trasferimenti in ingresso senza parto registrato in PGH, duplicati, donne dimesse contro volontà medica e non più presentate.

Componente qualitativa (interviste): campione scelto del personale di maternità con ≥ 1 anno di anzianità in PGH e che abbia espresso il proprio consenso a partecipare allo studio: 1 medico (ginecologo), 2 infermieri specializzati, 4 ostetriche; totale 7 interviste. Lingua: inglese. Durata prevista: 20-40 minuti.

2.2 Variabili e fonti dati: componente documentale

I dati sono stati estratti da cartelle cliniche cartacee e registri di reparto su foglio Excel strutturato. Le variabili chiave comprendevano:

- Identificativi minimi: numero unico di registro, età anagrafica dichiarata;
- Profilo ostetrico: parità/gravidezze precedenti (se riportate anche pregresse complicanze ostetriche), età gestazionale – prestabilita secondo misurazione sinfisi-fondo –; condizioni all’ingresso (es. ipertensione, febbre, PPRM, sospetta preeclampsia, MEF, malaria; HIV);
- Traccia di rischio in cartella: presenza/assenza di marcatura all’interno della casella dedicata al rischio ostetrico situata sulla facciata della cartella clinica (Pregnancy Risk Level - PRL);
- Assistenza erogata: principali interventi e/o procedure eseguiti (es. MgSO₄, trasfusioni, gestione crisi eclamptiche);
- Esiti materni: esito del parto con indicazione dei tagli cesarei, eventuali complicanze maggiori documentate;
- Esiti neonatali essenziali: Apgar (1’/2’/5’, se disponibile), necessità di rianimazione neonatale, ricovero in TIN (Terapia Intensiva Neonatale).

Le celle vuote sono state codificate come “non riportato in cartella” e considerate come mancanti per l’analisi dei dati.

2.3 Strumenti

Scheda di estrazione: foglio Excel con campi predefiniti per le categorie sopra elencate.

Guida all’intervista semistrutturata – redatta in italiano/inglese semplificato – articolata in cinque aree: conoscenze/definizioni, classificazione e gestione, pratica quotidiana, formazione e risorse, percezione personale.

La guida è riportata integralmente in Appendice – Allegato 1.

2.4 Procedura di raccolta dati

Cartelle cliniche: Sono state esaminate tutte le cartelle create tra 01/04/2025 e 01/07/2025; per ciascuna cartella eleggibile, i dati sono stati trascritti su Excel. I registri di reparto sono stati utilizzati per controlli incrociati (es. coerenza dati/esiti) quando disponibili.

Interviste: Il personale eleggibile è stato contattato a inizio turno o al cambio turno; dopo spiegazione dello studio e raccolta del consenso scritto (con possibilità di rifiutare/ritirarsi in qualunque momento), l'intervista è stata condotta in spazi tranquilli del reparto, in lingua inglese, con registrazione audio su dispositivo portatile e presa di note di campo sintetiche. Le registrazioni audio sono state trasferite su supporto informatico protetto; le trascrizioni sono state realizzate in lingua inglese, in forma quasi-verbatim – ripetizioni e interiezioni non informative sono state rimosse –, e anonimizzate mediante codici alfanumerici indicanti ruolo e progressivo (es. MW-01 ostetrica, CHO-02 infermiere specializzato, GD-01 medico). Ogni riferimento a nomi propri, luoghi specifici o elementi identificativi è stato rimosso/mascherato. I file digitali (Excel, trascrizioni, audio) sono stati conservati in cartelle protette accessibili esclusivamente alla candidata ed ai supervisor accademici, per la sola finalità scientifica/accademica dichiarata al consenso.

2.4.1 Etica

Tutti/e i/le partecipanti hanno firmato il consenso informato; il modulo riporta informazioni su finalità, volontarietà, anonimato, durata (20-40 min), assenza di rischi/compensi e diritto al ritiro senza conseguenze. Il trattamento dei dati è

limitato alla tesi di laurea. Eventuali autorizzazioni/permessi locali sono state raccolte secondo la prassi del progetto in collaborazione con Medici con l'Africa Cuamm.

2.5 Analisi dei dati

Impostazione generale: L'analisi è di tipo descrittivo e mira a rendere trasparente quali informazioni sono state considerate e come queste sono state organizzate. La lettura dei dati avviene su due piani complementari – componente documentale (cartelle cliniche) e componente qualitativa (interviste) – con una fase conclusiva di integrazione narrativa dei risultati.

2.5.1 Componente documentale – cartelle cliniche

Unità di analisi: ogni cartella clinica eleggibile è stata trattata come unità indipendente.

Variabili considerate: sono state sintetizzate le variabili minime identificative (età, n. registro), il profilo ostetrico (parità/gravidanze precedenti, età gestazionale stimata sinfisi-fondo, condizioni cliniche in ingresso), la traccia di rischio sul frontespizio (presenza/assenza di marcatura nella casella "Pregnancy Risk Level"), gli interventi/procedure chiave (es. $MgSO_4$, trasfusione), gli esiti materni (via di parto, complicanze maggiori) e gli esiti neonatali essenziali (Apgar, rianimazione, ricovero in TIN). Le celle vuote sono state codificate come "non riportato in cartella" e trattate come mancanti. Non si effettuano confronti statistici tra sottogruppi.

Produzione di tabelle di sintesi: al solo scopo di chiarezza espositiva, i risultati saranno presentati con tabelle descrittive (conteggi assoluti e proporzioni semplici, laddove significativo).

Coerentemente con gli obiettivi della tesi, non è prevista un'analisi specifica dell'utilizzo del partogramma oltre al suo eventuale riscontro documentale.

2.5.2 Componente qualitativa – interviste

Approccio analitico: è stata condotta un'analisi tematica descrittivo-interpretativa su trascrizioni quasi-verbatim anonimizzate (codici alfanumerici per ruolo progressivo). Dopo una lettura esplorativa, sono state individuate categorie iniziali guidate dagli obiettivi (definizioni operative di rischio; identificazione e classificazione nella pratica; barriere percepite; proposte migliorative), quindi consolidate successivamente in temi ricorrenti.

Organizzazione dei risultati: i temi sono presentati nel Capitolo 3, con estratti esemplificativi brevi a supporto, riformulati quando necessario per garantire chiarezza e anonimato. L'obiettivo è rendere visibile il passaggio percepire – registrare – agire nella quotidianità del reparto, senza quantificazioni forzate su un campione numericamente limitato.

2.5.3 Integrazione dei risultati – triangolazione narrativa

La discussione incrocia i riscontri documentali (es. assenza di una classificazione formale del rischio a frontespizio; eterogeneità delle annotazioni cliniche) con le voci del personale (es. riconoscimento “a segni”, escalation tramite clinician, barriere formative, organizzative e culturali). L'integrazione è presentata attraverso mappe di corrispondenza e joint displays narrativi che collegano:

- Ciò che manca/è disomogeneo in cartella,
- Come il rischio viene riconosciuto e comunicato,
- Quali azioni ne conseguono o vengono ostacolate.

Questa scelta è coerente con la natura descrittiva dell'elaborato e con la funzione esplorativa del campione qualitativo.

La guida all'intervista è riportata in Appendice.

2.6 Limiti dello studio

Questo studio presenta alcuni limiti che è opportuno esplicitare per una corretta interpretazione dei risultati.

Completezza e qualità della documentazione clinica: La raccolta dati sulle cartelle è stata condotta su documentazione esclusivamente cartacea, spesso incompleta o eterogenea. In particolare, alcune variabili chiave (es. segnali d'allarme, piano di azione attuato) risultano assenti, riportate in modo non standardizzato o talvolta persino discordante tra i diversi documenti. Tali mancanze possono aver sottostimato la reale frequenza di pratiche e condizioni cliniche. Per ridurre il bias, i campi non presenti sono stati codificati come "non riportato" e mantenuti in analisi come mancanti.

Disegno e contesto (generalizzabilità): Si tratta di uno studio monocentrico, condotto in un arco temporale limitato (aprile - luglio 2025) e in un contesto operativo specifico (PGH, Sierra Leone). I risultati sono quindi trasferibili ad ambienti con caratteristiche organizzative simili, ma non generalizzabili in senso statistico.

Componente qualitativa: Il numero di interviste ($n = 7$) è adeguato allo scopo esplorativo, ma contenuto. È possibile un social desirability bias (tendenza dei partecipanti a descrivere pratiche attese) e un possibile power dynamics bias (risposte influenzate dall'asimmetria di ruolo) nelle risposte. Per mitigare: guida semistrutturata, interviste effettuate in spazi neutrali senza presenza di superiori,

anonimizzazione rigorosa e integrazione dei dati qualitativi con la componente documentale.

Barriere linguistiche e operative: Interviste svolte in inglese in un contesto multilingue e raccolta dati in condizioni di lavoro gravose possono avere limitato la profondità di alcune risposte e la precisione di alcune annotazioni.

Implicazioni interpretative: Nel loro insieme, questi limiti suggeriscono che i risultati vadano letti come prove pragmatiche utili a identificare aree di miglioramento (documentazione essenziale del rischio, registrazione univoca e coerente dei dati, criteri minimi di triage) più che come stime definitive di efficacia.

CAPITOLO 3

Le voci del personale

3.1 Scopo del capitolo

Questo capitolo restituisce in forma descrittivo-interpretativa i principali temi emersi dalle interviste al personale del Pujehun Government Hospital (PGH), con particolare attenzione al modo in cui il rischio ostetrico venga pensato, riconosciuto e tradotto in decisioni nella pratica quotidiana.

Le citazioni integrali e la guida all'intervista sono collocate in Appendice; nel testo riporto, quando opportuno, brevi estratti riformulati per chiarezza (ripetizioni e interiezioni non informative sono state rimosse), mantenendo l'anonimato dei partecipanti come descritto in Metodi.

Il capitolo si collega al disegno di studio già illustrato (componente qualitativa svolta tra aprile e luglio 2025) e all'analisi documentale delle cartelle, la quale ultima ha evidenziato l'assenza di una classificazione formale del rischio ostetrico in frontespizio.

3.2 I profili professionali degli intervistati

Il campione include quattro ostetriche, due infermieri specializzati – Community Health Officers (CHO) – e un medico ginecologo. La composizione riflette l'organizzazione minima del reparto: le ostetriche presidiano triage, travaglio, parto e post-partum; i CHO fungono da professionista di riferimento, soprattutto nei turni in cui il medico non è presente; il ginecologo assicura la supervisione specialistica e la decisione finale quando presente.

Ostetriche – Midwives: Le ostetriche in Sierra Leone sono formate in scuole accreditate e regolate dal Nurses & Midwives Council [10]: curricula competency-

based con tirocinio clinico esteso ed esami di pratica prima della registrazione. Questo modello punta molto sulle abilità pratiche: progetti recenti descrivono curricula con alta quota di apprendimento sul campo e programmi di preceptorship per consolidare la qualità della supervisione clinica [11]. Nella routine del PGH, oltre all'assistenza al parto fisiologico e alla gestione di molte urgenze, le ostetriche possono fungere da secondo operatore, all'interno della sala operatoria, durante l'esecuzione di tagli cesarei in quanto il personale è lo stretto necessario.

Infermieri specializzati – Community Health Officers (CHO): Accanto agli infermieri professionali, la Sierra Leone ha sviluppato la figura dei Community Health Officers: ovvero clinici di livello intermedio con formazione dedicata alla gestione di condizioni comuni e di emergenze a livello distrettuale [12]. In contesti a basse risorse, una parte dei CHO accede a programmi post-base di surgical task-sharing – infatti la figura viene anche spesso chiamata Surgical Assistant SACHO – con training biennale su chirurgia di base ed emergenze ostetriche, compreso il taglio cesareo, supervisionati e integrati con l'equipe dei district hospitals. La letteratura nazionale mostra esiti non inferiori rispetto ai medici non specialisti per i cesarei, se inseriti in percorsi formativi standardizzati e con supporto organizzativo adeguato [13]. Nel PGH questo si traduce in equipe ristrette a due operatori (esempio: CHO + ostetrica), scelta dettata dal bilanciamento tra carenza di personale e continuità dei servizi.

Medico ginecologo – Gynaecologist: Il ginecologo intervistato fa parte dello staff Cuamm espatriato – è di origine etiopica – dunque, sebbene la sua prospettiva sia preziosa, va contestualizzata perché non impersonifica la voce dello staff locale stabile e nasce da formazione differente.

Nel lavoro quotidiano dichiarato, la catena decisionale funziona spesso così: l'ostetrica valuta e, solo qualora lo ritenga necessario, attiva il clinician (CHO o

medico) per la decisione finale; all'eventualità si costituisce rapidamente un'equipe operatoria ridotta.

Riferimenti a formazione, ruolo clinico, equipe snella, compaiono in modo ricorrente nelle interviste CHO – MW.

3.3 Come viene inteso il rischio: definizioni operative

Dalle interviste emerge che, soprattutto tra le ostetriche, il rischio è definito più per marcatori clinici che tramite una definizione formalizzata: si riconosce il rischio “a segni”, a partire da quadri concreti (ipertensione/preeclampsia, grande multiparità, pregresso taglio cesareo recente, gemellarità, anemia) e da elementi narrativi raccolti all'ingresso; questo fa sì che, inevitabilmente, ci sia disomogeneità nei parametri considerati ed anche un fattore soggettivo, operatore dipendente, importante.

CHO (2/2): il rischio è lungo l'intero percorso (gravidanza – travaglio – parto – puerperio) e si basa su storia + segni; non esiste un codice formale applicato in reparto, si scrive in cartella e si allerta il clinician. «...we don't have a specific system, we alert the other clinicians and write on the charts.»¹ (CHO-01). Un solo partecipante, fra tutti quelli compresi nelle interviste, ha accennato ad un metodo nazionale di codifica e identificazione del rischio ostetrico: «There's like a kind of national coding system, but here for our facility the grade is usually based on the symptoms and as well the history. There is no specific code system we are using in our clinic.»² (CHO-02).

¹ «...noi non abbiamo un sistema specifico, avvisiamo gli altri medici e scriviamo sulle cartelle cliniche.»

² «Esiste una sorta di sistema di codifica nazionale ma qui, per la nostra struttura, il giudizio si basa solitamente sui sintomi e sulla storia clinica. Nella nostra clinica non utilizziamo alcun sistema di valutazione specifico.»

Ostetriche (3/4 con esempi specifici, 4/4 in generale): indicano marcatori ricorrenti (preeclampsia/eclampsia, grande multiparità, pregresso taglio cesareo recente, ipertensione, anemia, gemellarità) come criteri operativi di “alto rischio”; 1/4 richiama esplicitamente l’ANC come sede di identificazione precoce: «*Doing ANC, history taking, so you identify them.*»³ (MW-03).

Ginecologo (1/1, espatriato): propone una visione molto prudente, utile come monito ma che va contestualizzata per non annullare la stratificazione tra “potenzialmente a rischio” e “rischio elevato”: se tutto è “alto”, diventa difficile prioritizzare e allocare correttamente personale e strumenti. «*All pregnancies have to be at high risk, no? There is no pregnancy levelled to be free of risk.*»⁴ (GD-01).

In sintesi, la definizione operativa è segnale-centrica (marcatori clinici + storia), poco codificata sul piano documentale, e fortemente operatore-dipendente.

Ne discende un bisogno di consolidamento linguistico-concettuale e di maggiore allineamento su soglie condivise.

3.4 Identificazione e classificazione del rischio nella pratica quotidiana

Nella pratica osservata e narrata, raccontata in maniera molto simile da ostetriche e CHO, l’identificazione del rischio segue una traiettoria clinico-narrativa: anamnesi (spesso complessa, data la frequente incompletezza documentale), esame obiettivo, talora dipstick e Hb se disponibili; quindi, allerta al clinician (CHO/GD) e definizione di diagnosi finale con pianificazione dell’azione. Dove una complicanza cambia la gestione della pratica, l’escalation prevista per la presa in carico non viene rispettata: «*...if [a woman] is complaining severe symptoms those*

³ «*Facendo l’ANC, la raccolta della storia clinica, le puoi riconoscere così.*»

⁴ «*Tutte le gravidanze devono essere ad alto rischio, no? Non esiste gravidanza esente da rischi.*»

*must change the management.»*⁵ (CHO-01); *«We do our findings and then we call the physician... [final findings].»*⁶ (MD-03).

I colleghi riferiscono l'assenza di una marcatura formale del livello di rischio sulla cartella d'ingresso, fatto già emerso nella revisione documentale del capitolo precedente e quindi ora confermato.

In questo quadro la comunicazione di team resta la leva principale: l'escalation verso il clinician e i brevi briefing al cambio turno sono percepiti come la misura più concreta per non perdere segnali d'allarme. *«Teamwork is the best.»*⁷ (CHO-01; MW-01/02/04).

Ostetriche e CHO riferiscono di annotare nei registri e in cartella quanto rilevante ma la "marcatura" del rischio rimane implicita: *«...we write specific for them [high risk pregnancies] so clinicians quickly recognise... .»*⁸ (CHO-01).

La richiesta di counselling antenatale accurato per identificare il rischio emerge più volte: *«Properly history taking.»*⁹ (MW-03).

3.5 Barriere percepite

Le barriere emergono con chiarezza e convergenza tra i ruoli:

- Storia clinica poco chiara e strumenti diagnostici limitati (CHO 2/2, 1/1 GD): *«...problem is ... unclear history... lack of diagnostic tools for detailed evaluations.»*¹⁰ (CHO-02); *«...when you see people working, they don't usually ask, especial in developing countries. Diagnose is reached in more than 80% on the cases based on the history and physical*

⁵ *«...se [una donna] lamenta sintomi gravi, è necessario cambiare la gestione.»*

⁶ *«Traiamo le nostre conclusioni e dopo chiamiamo il medico...[per la diagnosi finale].»*

⁷ *«Il lavoro di squadra è la cosa migliore.»*

⁸ *«...scriviamo dettagli specifici per loro [gravidezze ad alto rischio] in modo che i medici li riconoscano rapidamente....»*

⁹ *«Adeguata raccolta della storia clinica.»*

¹⁰ *«...il problema è...la storia clinica poco chiara... la mancanza di strumenti diagnostici per valutazioni dettagliate.»*

examination, but if you see people here, they don't ask, they don't take properly physical examination, so sometimes diagnose miss.»¹¹ (GD-01).

- Sottorganico e carico di lavoro (MW 3/4 con esempi concreti): *«...because of the inadequate staff, so there are times when we have three or four patients and just two or three nurses taking care of them.»¹² (MW-03); «Here we do take care of the labour ward, we take the patients for the theatre and then we take care of them at the post-natal ward, it's really hard... so the time, is not enough, if we have emergencies.»¹³ (MW-03).*
- Ritardi extra-clinici ($\geq 1/4$ MW): necessità di consenso da parte dei familiari con conseguente posticipo della decisione: *«...if there is a problem the doctor tells the patient or the relatives, or if there's a cap, we will wait for the husband to come.»¹³ (MW-03); indisponibilità di sangue: «...we recently had a patient anaemic Onegative and no Onegative blood in the bank....»¹⁴ (MW-03).*
- Sottovalutazione della situazione clinica (2/2 CHO, 3/4 MW e 1/1 GD): *«...we had a patient that told us of having vaginal bleeding. The patient came, the nurses call not on us, not knowing that the patient had this rupture of an ectopic pregnancy. The patient was anaemic, ... »¹⁵ (CHO-01); «All risks are risks, you have not to ignore them. Underestimating yes, it happens.»¹⁶*

¹¹ «...quando vedi le persone che lavorano, spesso non domandano, soprattutto nei paesi in via di sviluppo. La diagnosi viene raggiunta oltre l'80% dei casi in base all'anamnesi e all'esame fisico, ma se vedi le persone qui, queste non chiedono, non fanno un esame fisico adeguato; quindi, a volte la diagnosi viene a mancare.»

¹² «...a causa del personale inadeguato, a volte abbiamo tre o quattro pazienti e solo due o tre infermieri che si prendono cura di loro.»

¹³ «Qui ci prendiamo cura della sala parto, portiamo le pazienti in sala operatoria e poi ci prendiamo cura di loro nel puerperio, è davvero dura...quindi il tempo non è sufficiente se abbiamo delle emergenze.»

¹⁴ «...di recente abbiamo avuto una paziente anemica, Onegativo e nessuna sacca Onegativo nella banca del sangue....»

¹⁵ «...abbiamo avuto una paziente che ci ha raccontato di aver avuto un sanguinamento vaginale. La paziente è venuta, le infermiere non ci hanno chiamato non sapendo che la paziente aveva avuto un'emorragia data da una gravidanza ectopica. La paziente era anemica....»

¹⁶ «Tutti i rischi sono rischi, non devi ignorarli. Sottovalutarli sì, succede.»

- (MW-02); «...the high-risks cases more like the grand multi, so, that's really underestimated here.»¹⁷ (MW-03); «Even when she tells us she urinated with blood but we don't see it: we will ignore her.»¹⁸ (MW-04).
- Counselling alla dimissione non sempre adeguato: «...you will see that the ladies will be discharged without being properly counselled.»¹⁹ (GD-01).
 - Formazione eterogenea ($\geq 2/4$ MW, $2/2$ CHO riferiscono training ma non soddisfacenti o non uniformi): richiesta esplicita di in-service training sulle emergenze e sul riconoscimento, precoce e non, del rischio. «...the people will not understand to the level that you understand those risks. Sometimes, if you think that this woman is at risk, you think that the midwives will also consider her at high risk and they will engage closely to monitor or...? No, you already know.»²⁰ (GD-01); «...we just discuss about the cases, maybe the cases presenting more, then we try to have training on them but we don't normally have [trainings based on evaluation of the obstetric risk].»²¹ (MW-03); «...so for our facility here, sometimes even the available staff, not all of them are well trained to identify high risk pregnancies, and we have few that are not really trained, so it's a challenge.»²² (CHO-02).
 - Mancanza di comunicazione efficace con prevalenza di una logica basata sulla deresponsabilizzazione e delega decisionale: «We talk but not

¹⁷ «...i casi ad alto rischio come ad esempio le grandi multipare, questi sono davvero sottostimati qui.»

¹⁸ «Anche quando ci dice di aver avuto ematuria, se noi non l'abbiamo visto la ignoriamo.»

¹⁹ «...vedrai che le donne vengono dimesse senza essere state adeguatamente informate.»

²⁰ «...le persone non capiranno allo stesso modo, in cui comprendi tu, quei rischi. A volte, se pensi che questa donna sia a rischio, pensi che anche le ostetriche la considereranno ad alto rischio e si impegneranno a fondo per monitorarla o...? No, lo sai già.»

²¹ «...solo discutiamo dei casi, magari di quelli che si presentano più frequentemente, poi cerchiamo di avere una formazione su di essi, ma normalmente non ne abbiamo [formazione basata sulla valutazione del rischio ostetrico].»

²² «...quindi per la nostra struttura, a volte anche il personale disponibile non è tutto adeguatamente formato per identificare le gravidanze ad alto rischio, e ne abbiamo alcuni che non sono per niente formati, quindi è una sfida.»

*always.»*²³ (MW-03); «...*the person that decides if a case is severe, we do it but we are not the person. The doctor will decide.»*²⁴ (MW-04).

Queste barriere sono coerenti con il contesto descritto nei capitoli introduttivi – diagnostica limitata, criticità anestesiológicas, documentazione cartacea non completamente affidabile, fattori culturali importanti – e con i risultati della componente documentale – assenza di classificazione formale del rischio all'ingresso.

3.6 Proposte degli intervistati

Le indicazioni del personale sono pragmatiche, a basso costo e soprattutto ricorrenti su più voci:

1. Formazione mirata, regolare ed uniforme su riconoscimento precoce del rischio e delle emergenze (preeclampsia/eclampsia, emorragia post-partum, sepsi, sofferenza fetale) con rafforzamento della diagnosi antenatale e dell'esame obiettivo sistematico (MW-03; CHO-02);
2. Implementare gli strumenti minimi disponibili quali dipstick, Hb strips, ecografia affidabile: «*Very good diagnostic tools will help a lot.»*²⁵ (CHO-02).
3. Standard minimi di triage e documentazione all'ingresso e alla dimissione, con azioni predefinite per i casi a priorità maggiore (CHO 2/2; MW 3/4);
4. Counselling più strutturato (GD-01);
5. Teamwork formalizzato, già percepito come determinante di esito: tutti i ruoli lo citano, con espressioni dirette in $\geq 3/7$ interviste.

²³ «*Parliamo ma non sempre.»*

²⁴ «*...la persona che decide se un caso è grave: noi lo facciamo ma non siamo noi le addette. Deve decidere il medico.»*

²⁵ «*Buoni strumenti diagnostici sarebbero di grande aiuto.»*

Queste proposte convergono sull'esigenza di un linguaggio condiviso del rischio –
come potrebbero essere la codifica a colori e dei criteri minimi di valutazione.

CAPITOLO 4

Risultati

4.1 Profilo del campione

Il profilo materno restituisce un'utenza prevalentemente giovane, con una presenza non marginale di grandi multipare; la presa in carico avviene soprattutto a termine, con una quota significativa di accessi in epoca pretermine. Questi elementi compongono un quadro misto: una base fisiologica ampia e, accanto, nuclei con potenziale maggiore complessità ostetrica.

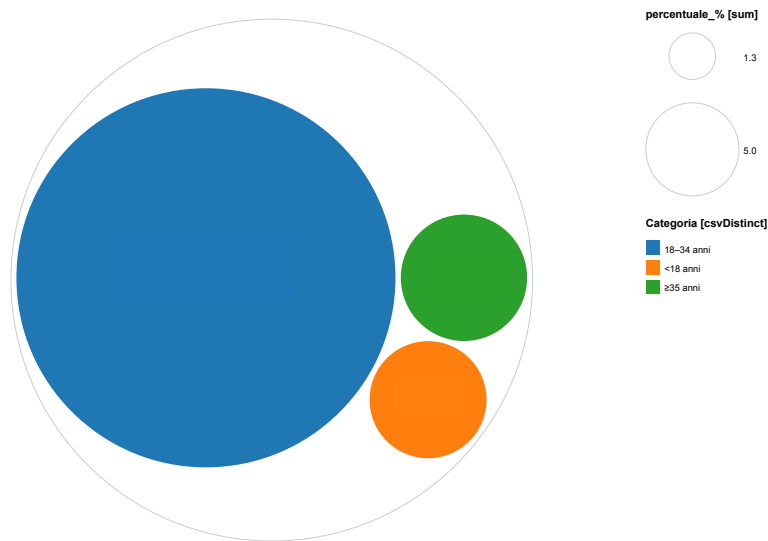


Figura 4.1 Età materna

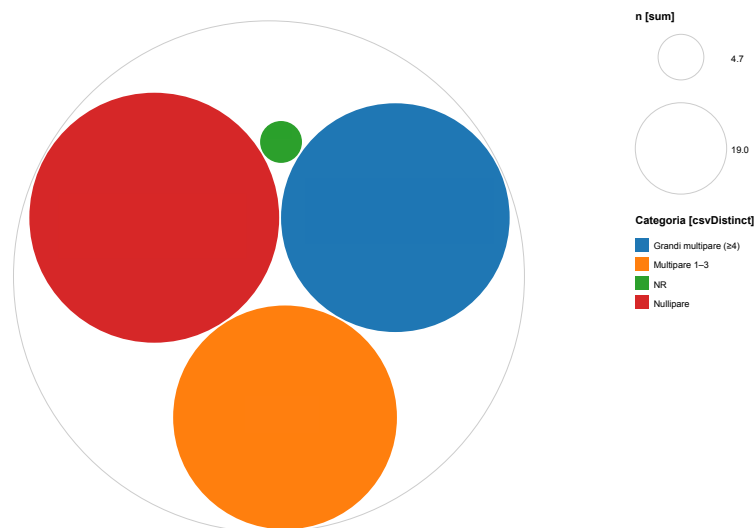


Figura 4.2 Parità

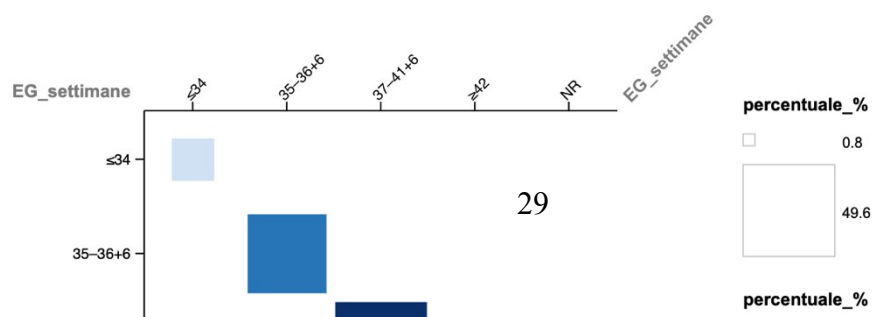


Figura 4.3 Età gestazionale alla presa in carico

Mapa di corrispondenza 4.A - “Chi arriva e con quali premesse”

- 18-34 anni: accessi per lo più fisiologici.
- Grandi multipare (≥ 4): rischio intrinseco più alto (ipertensivo/emorragico).
- Presa in carico < 37 sg: maggiore probabilità di percorsi non programmati.

Borsa 4.1 - Joint display “Premesse assistenziali”

Cosa mostrano i dati (Figure 4.1 - 4.3): prevalenza 18-34, quota rilevante di multiparità e una porzione di pretermine.

Cosa significa per il percorso: la sala parto intercetta sia fisiologia sia complessità; serve triage clinico tempestivo per differenziare precocemente i flussi.

4.2 All'ingresso: motivo di ricovero e marcatori intrapartum

Il motivo di accesso è dominato dal travaglio a termine, ma il travaglio pretermine è consistente. Tra i marcatori di rischio si osservano quadri ipertensivi ed emorragici; la rilevazione del liquido tinto appare discontinua, suggerendo lacune documentali in elementi intrapartum utili alla decisione.

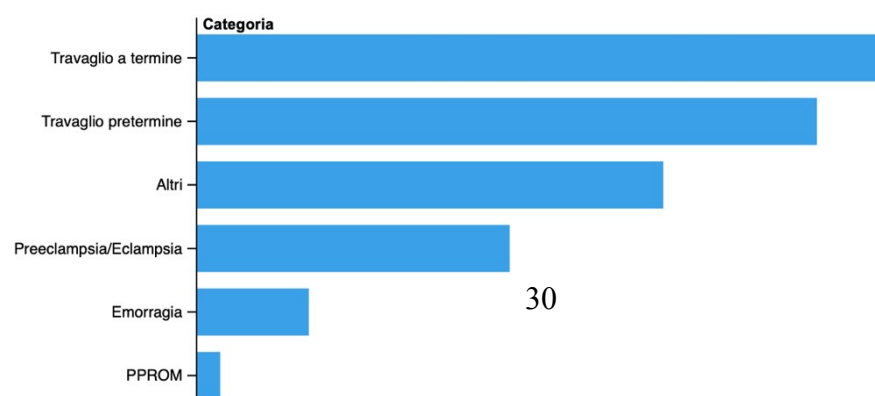


Figura 4.4 Motivo prevalente di ricovero

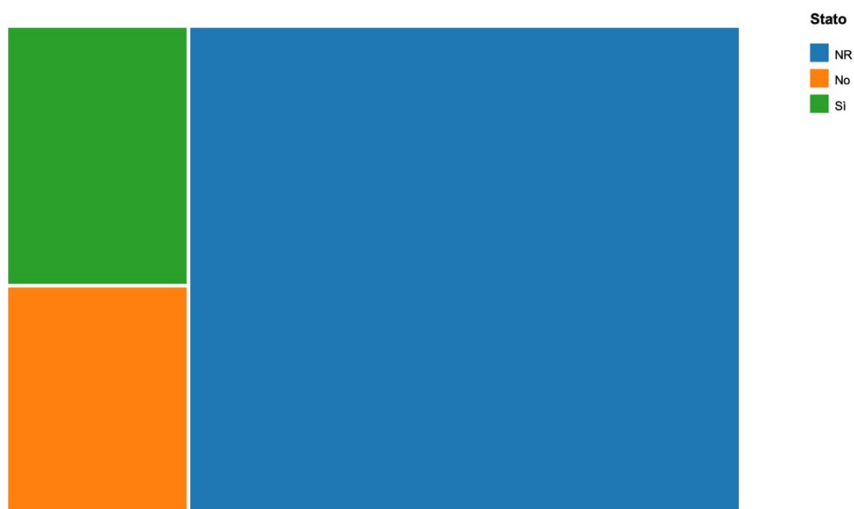


Figura 4.5 Liquido amniotico tinto

Mapa di corrispondenza 4.B - “Segnali di rischio già al frontespizio”

- PE/E ed emorragia: indicatori di rischio all’ingresso.
- Liquido tinto: informazione clinica utile ma spesso non riportata (NR).
- Pretermine: aumenta la necessità di valutazioni dinamiche.

Borsa 4.2 - Joint display “Ingresso: decisioni iniziali”

Dati (Figure 4.4 - 4.5): rischio presente già al triage; liquor tinto scarsamente tracciato.

Implicazione operativa: gli indicatori ci sono, ma la tracciabilità non è uniforme; questo può ostacolare l’escalation ordinata tra triage-travaglio-parto.

4.3 Percorso assistenziale: interventi e complicanze

Nel campione si osservano interventi tempo-dipendenti coerenti con i quadri clinici (MgSO₄ nei contesti ipertensivi; trasfusione nei sanguinamenti). Le principali complicanze (PPH, eclampsia) confermano la presenza di casi a rischio. Resta, in controluce, una discontinuità di registrazione che rende talvolta frammentaria la ricostruzione della sequenza decisionale.

Mapa di corrispondenza 4.C - “Segnali - azioni”

- PE/E: MgSO₄.
- Emorragia/PPH: trasfusione.
- Documentazione disomogenea: difficoltà a seguire il “filo” clinico.

Borsa 4.3 - Joint display “Dal rischio all’intervento”

Dati: eventi ipertensivi/emorragici presenti; interventi tempo-critici eseguiti nei sottogruppi.

Implicazione: appropriatezza tendenziale; margine di miglioramento nella tracciabilità dei passaggi (chi fa cosa e quando).

4.4 Espletamento del parto e indicazioni

La maggior parte dei parti si conclude per via vaginale; i tagli cesarei rappresentano circa un quarto degli esiti, con indicazioni in linea con i segnali clinici osservati all’ingresso (fase latente prolungata, ipertensione, meconio), accanto a motivazioni tempo-critiche e a condizioni note (pregresso TC, presentazioni non cefaliche). Gli AVD sono rari.

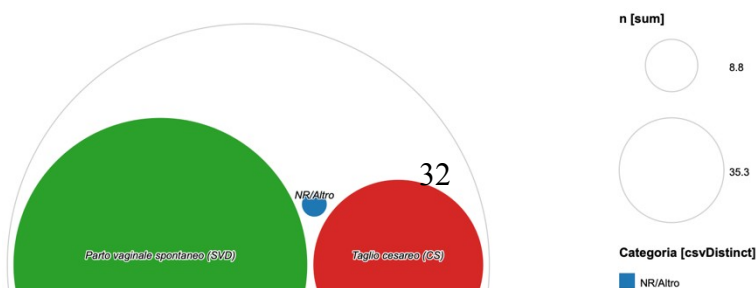


Figura 4.6 Vie di parto

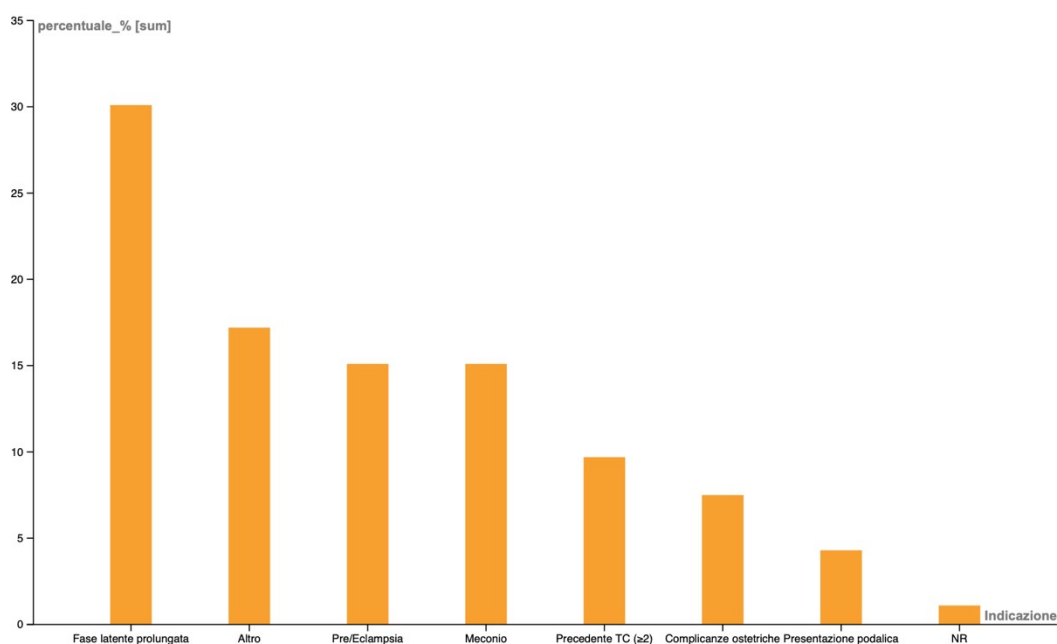


Figura 4.7 Indicazioni al TC

Mapa di corrispondenza 4.D - “Coerenza rischio: via di parto”

- Pretermine/PE/E/meconio: maggiore probabilità di TC.
- Storia ostetrica (pregresso TC): indicazioni programmate o anticipate.
- AVD: uso selettivo e poco frequente.

Borsa 4.4 – Joint display “Scelte di espletamento”

Dati (Figure 4.6 - 4.7): distribuzione vie di parto; pattern delle indicazioni.

Implicazione: la via di espletamento appare per lo più coerente con il profilo di rischio; rimane cruciale la tempestività dell’escalation per evitare urgenze tardive.

4.5 Esiti neonatali immediati

L'andamento dell'Apgar dal 1' al 2' suggerisce il miglioramento atteso; al 5' la quota di NR è molto ampia, verosimilmente per mancata registrazione routinaria oltre il secondo minuto. Rianimazione in sala parto e TIN compaiono in una minoranza di neonati, ma la lettura di processo è limitata da NR estesi.

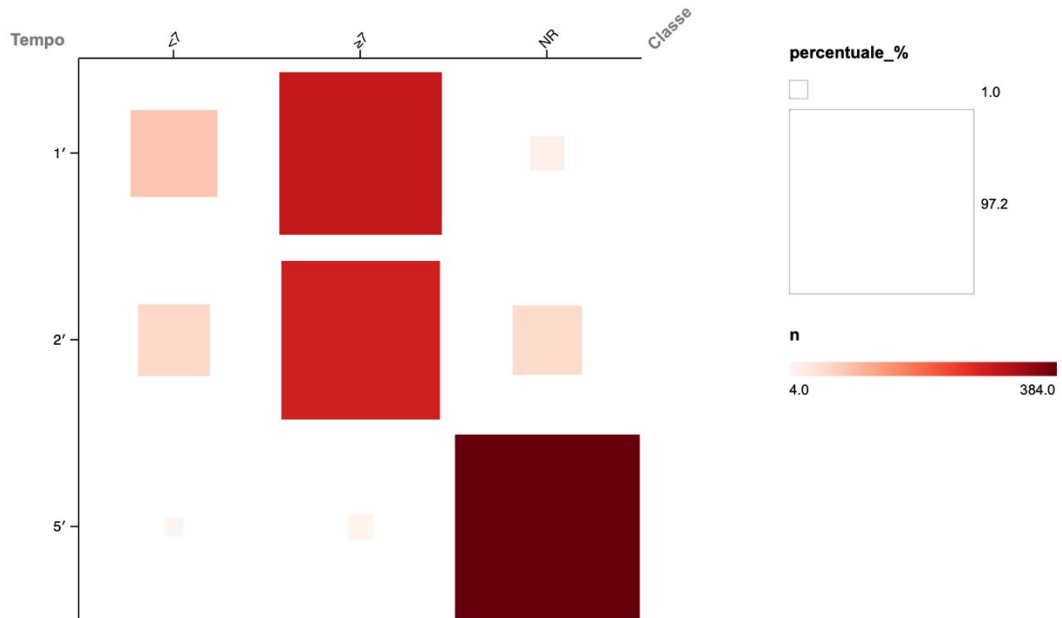


Figura 4.8 Apgar

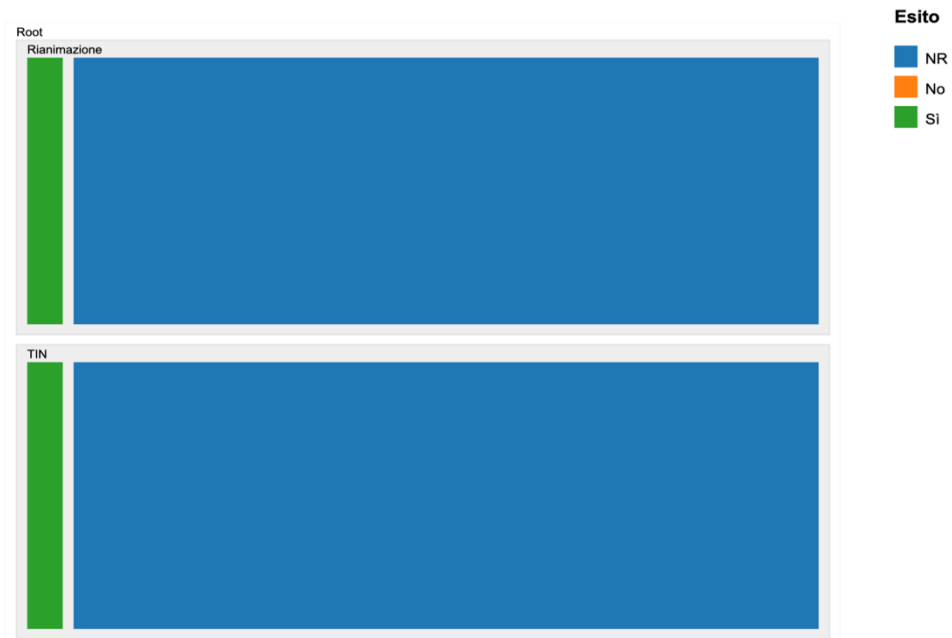


Figura 4.9 Rianimazione e TIN

Mappa di corrispondenza 4.E - "Neonato e tracciabilità"

- 1' - 2': miglioramento documentato.
- 5': vuoto informativo (NR elevato).
- Rianimazione/TIN: presenti ma parzialmente non tracciati.

Borsa 4.5 - Joint display “Cosa accade vs cosa resta scritto”

Dati (Figure 4.8 - 4.9): pochi casi critici; NR molto alti su 5', rianimazione e TIN.

Implicazione: probabile sottostima documentale del processo clinico; utili routine minime di registrazione nei minuti post-parto.

4.6 Comorbidità e storia ostetrica

La raccolta anamnestica appare selettiva: alcune variabili (es. HIV) sono registrate in modo più sistematico, mentre malaria e storia ostetrica negativa presentano ampie zone di NR. Le patologie preesistenti compaiono con frequenza contenuta ma clinicamente non trascurabile.



Figura 4.10 Comorbidità e storia ostetrica

Mappa di corrispondenza 4.F - “Anamnesi: dove si scrive e dove no”

- HIV: prevalenza di “No” documentato.
- Malaria/BOH: NR estesi (informazione potenzialmente persa).
- Preesistenze: dati presenti, utili a rischio intrapartum.

Borsa 4.6 - Joint display “Informazione in entrata”

Dati (*Figura 4.10*): tracciabilità eterogenea tra item.

Implicazione: il riconoscimento clinico può non tradursi sempre in classificazione formale del rischio; ciò incide sulla continuità e sulla comunicazione intra-team.

4.7 Triangolazione narrativa (sintesi dei nessi)

Mettendo insieme le evidenze: coerenza rischio-processo: ciò che emerge all’ingresso (pretermine, PE/E, emorragia) si riflette nelle scelte di espletamento e negli interventi tempo-critici; tracciabilità diseguale: variabili tempo-sensibili (Apgar 5’, rianimazione, TIN) e alcuni item anamnestici mostrano lacune documentali che limitano l’analisi di processo.

Punti di miglioramento: standard minimi e “brevi” di registrazione (triage e post-parto precoce) potrebbero rendere visibile ciò che già accade, senza gravare sull’operatività.

Nota metodologica - in coerenza con il capitolo 2.5.3, la triangolazione qui adottata collega: (i) i vuoti/eterogeneità in cartella; (ii) le modalità di riconoscimento e comunicazione del rischio; (iii) le azioni conseguenti o ostacolate. Le mappe di corrispondenza rendono trasparenti i nessi, mentre le borse sintetizzano “dato - implicazione”.

CAPITOLO 5

Discussione

5.1 Sintesi interpretativa

L'integrazione tra revisione documentale e interviste conferma un divario sistematico tra riconoscimento clinico del rischio e sua formalizzazione - documentazione. Le cartelle non riportano una classificazione formale del rischio in frontespizio; la valutazione è prevalentemente “a segni”, attivata dall'operatore e veicolata tramite escalation informale al clinician. Questa configurazione produce variabilità operatore-dipendente e discontinuità di tracciabilità, soprattutto per gli elementi tempo-critici del percorso nascita.

5.2 Cosa dicono i dati documentali

I risultati descrittivi mostrano assenza di una marcatura formale del rischio in tutte le cartelle eleggibili del periodo di studio e ampie quote di “non riportato (NR)” per vari item clinici (es. Apgar al 5', rianimazione neonatale, ricovero in TIN), con conseguente limite nella lettura dei processi. Pur in questo quadro, gli interventi tempo-dipendenti (es. $MgSO_4$ nei quadri ipertensivi; trasfusione nei sanguinamenti) risultano coerenti con i marcatori clinici osservati e le indicazioni al taglio cesareo riflettono, nella maggioranza, le condizioni di rischio emerse (ipertensione, meconio, pretermine, pregresso TC).

In sintesi: appropriatezza tendenziale delle decisioni cliniche, ma visibilità parziale dei passaggi decisionali.

5.3 Cosa dicono le voci del personale

Ostetriche e CHO descrivono un percorso pratico centrato su anamnesi + segni e su briefing/escalation come principali leve di sicurezza. Le barriere ricorrenti sono: (i) storia clinica spesso incompleta, strumenti diagnostici limitati; (ii) sottorganico e carico di lavoro; (iii) ritardi extra-clinici (consenso familiare; disponibilità sangue); (iv) eterogeneità formativa e comunicazione non sempre strutturata; (v) tendenza alla sottostima di alcuni rischi (es. grande multiparità).

Le proposte convergono su formazione in-service mirata, standard minimi di triage/documentazione e strumenti di monitoraggio essenziali.

5.4 Triangolazione: corrispondenze e scarti

Le mappe di corrispondenza e i joint displays narrativi aiutano a vedere il nesso “percepire-registrare-agire”: ciò che viene riconosciuto al letto della paziente (es. ipertensione, pretermine, meconio) tendenzialmente guida le azioni (es. MgSO₄, decisione di TC), ma non sempre lascia una traccia standardizzata capace di sostenere la continuità assistenziale tra triage, travaglio, post-partum (specialmente nella micro transizione parto-neonato dove l’Apgar a 5’ e l’eventuale rianimazione risultano spesso NR). Questo scarto documentale indebolisce la memoria organizzativa e rende più fragile l’apprendimento dal caso.

5.5 Confronto con il quadro teorico e con linee essenziali

Il tuo impianto teorico richiama modelli che stratificano la priorità (trriage a colori) e regionalizzano l’assistenza (percorsi appropriati al rischio individuato). I risultati locali sono coerenti con l’idea che “tutte le gravidanze hanno un rischio potenziale”, ma ribadiscono la necessità di differenziare le priorità per non appiattare il sistema

su un “alto rischio” indifferenziato. In un contesto a risorse limitate, poche regole chiare, visibili e ripetibili (triage rosso-giallo-verde con soglie/azioni minime; checklist di ammissione; call-tree per le emergenze; promemoria per i minuti post-parto) possono stabilizzare il riconoscimento e accorciare i tempi decisionali senza introdurre complessità ingestibile.

5.6 Implicazioni pratiche per il PGH

1. Triage ostetrico a 3 colori (scheda breve, frontespizio cartella): soglie essenziali e azioni predefinite (es. rivalutazione $\leq 15'$ per gialli; attivazione immediata risorse per rossi). Poster e flow-charts in sala triage.
2. Checklist di ammissione con 10–12 item minimi (anamnesi mirata; marcatori ipertensivi/emorragici; liquido amniotico tinto; pregresso TC; pretermine) e spazio “Pregnancy Risk Level” compilato obbligatorio.
3. Setting post-parto precoce (0–10 minuti): Apgar 1'-2'-5', “rianimazione: sì/no” e flag TIN in un riquadro unico per ridurre i NR.
4. Briefing di cambio turno strutturato (≤ 5 minuti): elenco “rossi e gialli” con piano di azione scritto (chi fa cosa; quando rivedere).
5. Formazione in-service mirata (preeclampsia/eclampsia, PPH, sepsi, sofferenza fetale): micro-sessioni mensili di 30' con casi reali del reparto e audit leggibili.
6. Strumenti essenziali e affidabilità: priorità a dipstick, Hb strips, referenti per disponibilità sangue; eventuale registro non punitivo delle near-miss per apprendimento.

5.7 Punti di forza e limiti - lettura critica

Punti di forza: (i) triangolazione tra dati documentali e voci del personale; (ii) focus pragmatico su azioni a basso costo; (iii) restituzione dei nessi tramite mappe e joint displays discorsivi, utile all'implementazione locale.

Limiti: (i) monocentrico e finestra temporale ristretta; (ii) qualità documentale eterogenea con NR estesi (possibile sottostima di processi/complicanze); (iii) campione qualitativo contenuto, con potenziale social desirability e power dynamics bias non eliminabili; (iv) barriere linguistiche/operative che possono aver ridotto la profondità di alcune risposte. Tali limiti raccomandano una lettura di trasferibilità, più che di generalizzabilità.

5.8 Prospettive

Tre piste concrete e misurabili:

- Pilota di 3 mesi del triage a colori + checklist, con indicatori di processo (compilazione "Pregnancy Risk Level"; % NR Apgar 5'; tempo escalation) e audit mensile;
- Pacchetto formativo breve (4 moduli da 30') con casi-reparto e simulazioni low-cost (preeclampsia/PPH/sepsi/sofferenza fetale);
- Sostegno e diffusione: standard minimi, poster e pocket-card replicabili anche nelle strutture periferiche del distretto, con call-tree condiviso.

CAPITOLO 6

Conclusione

Questo lavoro mostra che al PGH il rischio ostetrico viene riconosciuto nella pratica clinica, ma non è reso “visibile” da una classificazione e da una documentazione essenziale e uniforme. Ne consegue una buona coerenza clinica delle decisioni nei casi gravi, ma una limitata tracciabilità che ostacola continuità e apprendimento organizzativo. In un contesto a risorse limitate, standard minimi, chiari e a basso costo possono produrre un guadagno sostanziale di sicurezza e tempestività.

Conclusioni chiave:

1. Divario percezione-documentazione-azione: i segnali clinici attivano azioni appropriate, ma senza una marcatura formale e routine minime di registrazione, molti passaggi restano invisibili.
2. Documentazione essenziale come leva di sistema: ridurre i NR su item chiave (es. Apgar 5', rianimazione, TIN; frontespizio “Risk level”) è prioritario e fattibile.
3. Stratificazione semplice delle priorità: un triage a tre colori con soglie/azioni predefinite è adatto al contesto e favorisce l’escalation ordinata.
4. Formazione breve e continua: micro-training e audit leggeri, costruiti su casi locali, possono allineare linguaggio e soglie operative.
5. Teamwork visibile: briefing di cambio turno con elenco “rossi/gialli” e responsabilità assegnate rende la sicurezza un fatto di squadra.

Raccomandazioni finali:

- Avviare un pilota di tre mesi (trriage + checklist + bundle post-parto) con indicatori di processo e revisione mensile.
- Definire un kit di implementazione (poster, pocket-card, checklist, moduli di 30') e un call-tree essenziale per rossi.
- Documentare i risultati e pianificare l'estensione alle strutture periferiche del distretto.

Queste azioni sono coerenti con i dati raccolti, sostenibili nel contesto del PGH e scalabili all'intero distretto: piccole regole chiare per rendere il rischio visibile, condiviso e agibile lungo tutto il percorso nascita.

BIBLIOGRAFIA

1. Medici con l’Africa CUAMM. Scheda Paese – Sierra Leone, Bilancio Sociale 2024 (indicatori, reti HDU, trasporti d’emergenza; risultati 2024; dotazione distrettuale).
2. Medici con l’Africa CUAMM. Piano di Sicurezza – Sierra Leone. Rev. 01/2021. Padova: CUAMM; 2021.
3. Hywel Dda University Health Board, 2025. *Maternity triage guideline*. Guideline No. 991, Version 2. Approved 30 Jan 2025; active 7 Feb 2025.
4. Women’s Health & Paediatrics, Maternity Unit. *Maternity triage & BSOTS (Birmingham Symptom Specific Obstetric Triage System): Clinical guideline*. Version 1. 2024 Aug.
5. World Health Organization (2025) *Interagency Integrated Triage Tool (IITT)*. doi: <https://www.who.int/tools/triage>
6. World Health Organization (2016) *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-154991-2.
7. World Health Organization (2017) *Managing complications in pregnancy and childbirth: A guide for midwives and doctors*. 2nd ed. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-156549-3.

8. National Institute for Health and Care Excellence (2019) *Intrapartum care for women with existing medical conditions or obstetric complications and their babies* (NG121). Last updated 25 April 2019. doi: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng121>

9. American College of Obstetricians and Gynecologists (2019) *Levels of Maternal Care (Obstetric Care Consensus No. 9)*. Available at: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/obstetric-care-consensus/articles/2019/08/levels-of-maternal-care>

10. Government of Sierra Leone, Ministry of Health and Sanitation (2016) *Standards for initial basic nursing and midwifery education for Sierra Leone*. doi: https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/operational-guidance/SLE-CH-14-01-OPERATIONAL-GUIDANCE-2016-eng-FINAL-standards-nursing-and-midwifery-education.pdf?utm_source=chatgpt.com

11. Raposo, N. M., Yang, O., Konyani, A., Owoko, C., Debrah, A., Viera, J. R., Sonnie, M., Mann, J., & van de Water, B. J. (2025). *Implementation of a midwifery preceptor program in Sierra Leone: A qualitative evaluation using the Consolidated Framework for Implementation Research*. BMC Global and Public Health. 2025 Sep. doi: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12421757/?utm_source=chatgpt.com

12. Bolkan HA, van Duinen A, Waalewijn B, Elhassein M, Kamara TB, Deen GF, Bundu I, Ystgaard B, von Schreeb J, Wibe A. Safety, productivity and predicted contribution of a surgical task-sharing programme in Sierra Leone. *Br J Surg*. 2017 Sep. doi: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5574034/?utm_source=chatgpt.com

13. van Duinen AJ, Kamara MM, Hagander L, Ashley T, Koroma AP, Leather A, Elhassein M, Darj E, Salvesen Ø, Wibe A, Bolkan HA. Caesarean section performed by medical doctors and associate clinicians in Sierra Leone. *Br J Surg*. 2019 Jan. doi: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6590228/?utm_source=chatgpt.com

APPENDICE

Allegato n.1

Traccia guida per: Intervista al personale sanitario

1. Conoscenze e definizione
 - Hai mai sentito parlare di “rischio ostetrico”?
 - Cosa significa per te “una gravidanza a rischio”?
 - Secondo te, quando una donna incinta è a rischio?
2. Classificazione e gestione
 - Esiste una modalità con cui voi classificate le donne a rischio qui in ospedale?
 - In quali casi sentite il bisogno di segnare qualcosa in cartella?
 - Se una donna ha un problema (es. preeclampsia, emorragia), cambia il modo in cui viene gestita?
 - Quali sono le difficoltà pratiche che incontri quando devi attribuire una categoria di rischio ad una paziente?
 - Come valuti il carico di lavoro e il tempo a disposizione per riflettere su ciascuna ammissione nello specifico?
3. Pratica quotidiana
 - Chi decide se una paziente è “grave” o “non grave”? Su cosa vi basate?
 - Vi capita di discutere tra colleghi su quanto sia rischioso un caso?
4. Formazione e risorse
 - Avete ricevuto una formazione specifica sulla valutazione del rischio ostetrico?
 - Cosa potrebbe aiutarvi a riconoscere meglio le donne a rischio?
5. Percezione personale
 - Ti capita di avere paura o preoccupazioni quando gestisci casi difficili?
 - Secondo te, quali sono i rischi più sottovalutati nella maternità?
 - Vuoi aggiungere qualcosa che ritieni importante che non ci siamo detti?

Guide track in English

1. Knowledge and Definition

- Have you ever heard of “Obstetric risk?”
- What does “High risk pregnancy” mean for you?
- When do you feel that a pregnant woman is officially at risk?

2. Classification and Management

- Is there a scale/legend by which you classify different stages of pregnancy within the clinic?
- Do you ever feel the need to make a specific consideration about something in the charts?
- If a woman has a complaint or issue, does it change the way in which she is treated?
- What are the practical difficulties which you encounter when determining whether a person is “at risk”?
- To what extent do you feel the workload and time available is sufficient when admitting or eventually discharging new patients?

3. Daily Practice

- Who decides whether or not a patient is in “severe” or “not severe” conditions? On what basis?
- Do you ever discuss questions relating to risk with other colleagues before starting a specific treatment?

4. Training and Resources

- Have you received any formal teaching or instruction regarding how to analyse risk in midwifery? Have you ever done training for it?
- What do you think could help recognize potential risks in pregnant women during their recovery or when you admit/discharge them?

5. Personal Perception

- Are you ever scared or worried when you handle difficult cases?
- What are, in your opinion, the most underrated risks for pregnant women?
- Is there anything important which you feel hasn’t been mentioned yet, and if so, what?

Simplified English guide track to present to staff

1. Knowledge and Definition
 - Have you heard of “obstetric risk”?
 - What does “high-risk pregnancy” mean to you?
 - When do you think a pregnant woman is at risk?
2. Classification and Management
 - Do you use any system to classify pregnancy risk in the clinic?
 - Do you ever add personal notes or comments in the patient charts?
 - If a woman has a complaint, does it change how you care for her?
 - What are the main problems when trying to decide if a woman is at risk?
 - Do you have enough time and staff to assess women well when they arrive or leave?
3. Daily Practice
 - Who decides if a case is severe or not? What do you base that on?
 - Do you talk with colleagues about risk before starting treatment?
4. Training and Resources
 - Have you received any training on how to recognize obstetric risk?
 - What would help you identify risks better when admitting or discharging women?
5. Personal Perception
 - Do you feel scared or worried in difficult cases?
 - What risks do you think are often ignored or underestimated?
 - Is there anything else you think is important to say?