

Pronti al DECOLLO?

Strumento della gestione dell'errore nato nelle industrie ad alto rischio, in particolare l'aviazione, il crew resource management entra in sala parto per ridurre al minimo i rischi purtroppo ancora oggi spesso in agguato nel momento della nascita di un bambino

La gravidanza è spesso vissuta dalla coppia-famiglia e dai mass media come priva di rischi sostanziali, sebbene nell'immaginario collettivo sia immanente la paura del parto e della morte. Numerosi luoghi comuni e condotte mediche spingono a sottostimare i rischi della gravidanza e del parto, che nella maggioranza dei casi necessita per lo meno della presenza di una figura di medico. Come spiega Ilaria Liberali, infermiera ostetrica Capo Reparto Unità Operativa Madre-Bambino presso la Clinica Sant'Anna di Sorengo, «l'unica condizione che permette di non avere la necessità di avere un medico è una gravidanza fisiologica: nessuna problematica materno-neonatale riscontrata durante la gravidanza, parti precedenti per via vaginale, travaglio insorto spontaneamente, ecc...».

La sala parto può rappresentare un'area estremamente complessa, ad alto costo, elevato rischio clinico e contenzioso medico-legale, di notevole stress per il personale sanitario, richiedente una prestazione sanitaria ottimale. «Il rischio in sala parto, sia per la madre sia per il bambino, non è del tutto eliminabile, così come la probabilità di eventi avversi anche in relazione ai rapidi cambiamenti delle conoscenze mediche con continui aggiornamenti farmacologici, medici e tecnologici», segnala Jeffrey Pedrazzoli, specialista in ginecologia e ostetricia, attivo presso la Clinica Sant'Anna. «Dalla consapevolezza dei rischi si può provvedere alla riduzione degli stessi con interventi mirati sulla formazione di base e specialistica, con percorsi di diagnosi e cura costruiti nel rispetto dell'etica delle condotte, competenze

e valutazione del rischio costo-beneficio». Fino a poco tempo fa prevaleva l'idea che l'unico responsabile della sala parto fosse il ginecologo-ostetrico, ma oggi non è più così. Oggi si è preso atto del fatto che sono almeno quattro le figure di professionisti impegnati nella sicurezza in sala parto: oltre al ginecologo, l'anestesista, il neonatologo e l'infermiera ostetrica, i quali devono lavorare in team condividendo la leadership finché le eventuali problematiche emergenti conferiscono maggiore responsabilità decisionale a uno dei membri del team. «L'idea di leadership in sala parto si sta trasformando», conferma Cari Platis, anestesista accreditata presso la Clinica Sant'Anna. «Le decisioni vengono sempre prese in maniera congiunta dal responsabile della paziente, quindi l'anestesista e il pediatra comunicano in maniera continua con il ginecologo, offrendo la sinergia di competenze migliore per la paziente». «Nella gestione dell'urgenza il leader che "dirige la scena" è solo uno», precisa Ilaria Liberali, «ma non per forza è la figura del medico responsabile della paziente. Il leader lo si decide in corso d'urgenza e spesso non c'è bisogno di esplicitarlo».

È il concetto del "crew resource management", che nasce come strumento della gestione dell'errore nelle industrie ad alto rischio, in particolare l'aviazione, ma che, già da una quindicina d'anni, è stato fatto proprio dai professionisti che lavorano in molte sale parto d'eccezione, come quelle della Clinica Sant'Anna. Questo concetto si applica al lavoro in équipe, che presuppone la presenza di due o più persone con competenze altamente specializzate, che sappiano lavorare in un contesto mutevole

e spesso in situazioni di stress in urgenza. L'ottimizzazione del lavoro in équipe, che passa il rispetto e la conoscenza delle competenze altrui, porta a diminuire il numero di errori o incidenti, migliora la sicurezza e la presa a carico globale del paziente e aumenta il benessere dei collaboratori. «Le procedure che si adottano sono quelle delle diverse società nazionali e internazionali per ogni specialità», precisa Cari Platis. «Avere linee guida basate sull'evidenza medica è garanzia di una seria e buona qualità del lavoro. Per quanto mi riguarda, questo approccio mi fa sentire più tranquilla sul lavoro e questo si riflette sugli altri membri del team e sui pazienti. È importante promuovere sistematicamente questa cultura del cambiamento, che permette di cooperare accettando e rispettando il punto di vista differente nonché le competenze degli altri specialisti. La vera forza e sinergia viene soprattutto dal conoscere e riconoscere dove iniziano e terminano le proprie competenze e dove quelle dell'altro, aiutandosi così a fare la cosa più adatta per la paziente e il bebè. E qui la comunicazione ha un ruolo centrale». Un concetto ribadito anche da Ilaria Liberali: «La collaborazione è indispensabile e fondamentale per poter garantire un'assistenza efficace, efficiente e di qualità a 360 gradi. La triade mamma-papà-bambino deve essere sempre al centro così da poter garantire un'assistenza adeguata. La donna in travaglio ha bisogno delle diverse figure professionali per soddisfare i propri bisogni, e ciò è possibile solo lavorando in team».

Ovviamente le parole chiave sono coordinazione, condivisione di valori professionali, comunicazione e collaborazione. «La consapevolezza della situazione clinica, da parte del personale medico e infermieristico che ha in cura il paziente, attiva il team di emergenza poiché condivide percezioni e comprensione dei problemi clinici e capacità di proiettare la situazione attuale del paziente nello scenario clinico prossimo futuro», prosegue Pedrazzoli. «Si tratta, quindi, di un processo che ha alla base cognizioni condivise da parte del personale medico e non medico. In alcune realtà è stata quindi formalizzata la presenza del team di emergenza medica, attivato per trattare pazienti a rischio per eventi avversi in ospedale. La sopravvivenza di questi pazienti è determinata dalla severità della malattia acuta al momento del ricovero, dal livello e dalla qualità della cura prestata e dall'intervallo di tempo affinché questa cura specializzata sia somministrata. L'identificazione precoce e il trattamento tempestivo dei pazienti a rischio di un



ulteriore peggioramento possono influenzare il corso della malattia e ridurre sia la mobilità che la mortalità. L'attivazione ritardata di questo team è associata ad accresciuto rischio di morte».

Quali sono i principali rischi che si possono verificare in sala parto? Iniziando da quelli ginecologici, «si possono segnalare la gravidanza complicata d'ipertensione (pre-eclampsia), l'emorragia prima, dopo e durante il travaglio, la gestione del travaglio meccanico, l'utilizzo della ventosa o del forcipe, l'intolleranza fetale alle contrazioni uterine, le lacerazioni importanti, la distocia delle spalle etc.», elenca Pedrazzoli.

Un ruolo centrale, per la partorienti giova anche l'anestesista. «L'analgia in sala parto ha iniziato a prendere progressivamente piede negli anni Settanta», spiega l'anestesista Cari Platis. «Su questo trend hanno influito, da un lato l'evoluzione dei materiali tecnici (aghi e cateteri) e dall'altro il fenomeno posttossantottino che permetteva alla donna di rivendere, oltre all'interruzione di gravidanza e l'an-

SOPRA,
UNO DEI TEAM
DELLA SALA PARTO
DELLA CLINICA
SANT'ANNA DI
SORENGO: DALL'ALTO
A SINISTRA IN SENSO
ORARIO, ILARIA
LIBERALI, CAPO
REPARTO DELL'UNITÀ
OPERATIVA MADRE-
BAMBINO,
L'ANESTESISTA
CARI PLATIS,
LA NEONATOLOGA
PETRA DONATI
GENET E
IL GINECOLOGO
JEFFREY PEDRAZZOLI



SOPRA,
IN SALA PARTO
OGGI VENGONO
APPLICATE
PROCEDURE PER
RIDURRE AL MINIMO
I RISCHI POTENZIALI
SECONDO I PRINCIPI
DEL CREW RESOURCE
MANAGEMENT

ticoncezione, un parto senza dolore». Pionieri in Europa sono stati i francesi che presentano un tasso di peridurale fra i più elevati al mondo (oltre l'80%). La Confederazione Elvetica rispecchia le dinamiche delle nazioni confinanti, con la Svizzera romanda sul 60-80%, mentre la Svizzera tedesca si avvicina piuttosto al tasso della Germania con un 30-40%. «Alla Clinica Sant'Anna arriviamo a un tasso vicino al 70%», fa notare l'anestesista.

Con riferimento alla sicurezza e alla salute del neonato, come osserva la pediatra neonatologa attiva presso la Clinica Sant'Anna Petra Donati Genet, «le principali problematiche che posso insorgere in sala parto possono essere divise tra quelle più frequenti, legate a un adattamento protratto alla vita extrauterina, che possono essere risolte facilmente se messe nelle mani di una persona competente, e le problematiche meno frequenti, che sono quelle più pericolose per la sopravvivenza del neonato e implicano una rianimazione completa».

Per quanto riguarda la prima tipologia di problematiche, il periodo che porta dalla vita intrauterina, vale a dire dal feto al neonato, si chiama periodo di transizione ed è caratterizzato da un cambiamento nella circolazione, si passa dalla circolazione fetale, nella quale l'ossigeno arriva al feto tramite il cordone ombelicale che lo lega alla placenta, alla circolazione neonatale, dove l'ossigeno arriva nel sangue tramite i polmoni del neonato. Il cuore del neonato per funzionare necessita l'arrivo di ossigeno trasportato dal sangue che passa nei polmoni, che per la prima volta svolgono la loro funzione con il primo vagito alla nascita.

«Durante questa fase delicata qualsiasi problema legato alla respirazione può, se non riconosciuto in tempo, portare persino al decesso del neonato», osserva la neonatologa. «Dal punto di vista epidemiologico si può affermare che circa il 10% dei neonati necessitano una presa a carico respiratoria attiva, vale a dire un medico o un'infermiera che conoscano bene la rianimazione neonatale, dove occorre aspirare e accompagnare la respirazione del neonato tramite una ventilazione non invasiva. Alcune manovre semplici e di breve durata possono riportare il tutto alla normalità nell'arco di un minuto».

Le complicazioni più importanti sono meno frequenti, ma molto più impegnative dal punto di vista della presa a carico, spiega la dottoressa Donati Genet, segnalando che statisticamente una rianimazione impegnativa in sala parto avviene nell'1% delle nascite. «In questi casi non basta la presenza di una sola persona per occuparsi del neonato, ma occorrono come minimo due persone formate in questo tipo di problematica. Riconoscere la situazione d'urgenza e agire nel modo giusto in sala parto fa sicuramente la differenza sia per il bambino che i suoi genitori. Una rianimazione neonatale non fatta secondo le regole d'arte può portare al bambino delle conseguenze importanti per il suo sviluppo psicomotorio e una sofferenza per il resto della sua vita».

Insomma un lavoro di team delicato e complesso che è stato reso più efficace dai principi non solo medico-tecnici del crew resource management.

Elisabetta Calegari