

Sintesi dell'esperienza di Audit & Feedback del gruppo Interbrianteo

- Nel 1985 11 ospedali limitrofi hanno adottato lo stesso partogramma con copia autocopiante staccabile
- La modalità di compilazione è stata discussa in ciascun ospedale alla presenza di tutti i medici e ostetriche attivi in sala parto
- Un medico e un'ostetrica in ogni ospedale avevano la responsabilità di staccare le copie dei partogrammi di tutti i parti da inviare a epidemiologa che ha elaborato i dati

Punti chiave di questa prima fase:

- Il polo universitario è andato a discutere in tutti gli ospedali di zona in modo capillare: dal centro alla periferia e non dalla periferia al centro, con medici e ostetriche che hanno discusso assieme
- Introdotto l'uso di un partogramma comune che fungeva anche da scheda raccolta dati, superando in questo modo lo scarto tra pratica clinica e dati
- Si è messo a tema l'importanza di avere un linguaggio semeiotico comune e consistente: es. come definire stazione della PP, gradazione LA tinto, come riportare BCF
- I partogrammi prevedevano oltre alle usuali variabili la compilazione dei fattori di rischio, la segnalazione del numero di manovre di Kristeller, se effettuate: il rischio doveva essere specificato/nominato, la manovra di Kristeller da allora è uscita dall'invisibilità

- Nel 1987 sono stati organizzati 5 incontri assembleari di presentazione dei dati elaborati da un'epidemiologa: presentati dai responsabili di ogni ospedale evidenziando similitudini e differenze
- Ogni partecipante agli incontri (medici, ostetriche, infermiere) aveva copia dei risultati
- Alla fine della descrizione fotografica vi era una breve sintesi delle conoscenze derivate dalla letteratura sul tema

Punti chiave della seconda fase:

- I risultati dei dati clinici prodotti sono stati restituiti a breve termine e non sono finiti nel nulla o in registri nazionali o di ricercatori, non accessibili a chi li aveva prodotti
- I dati clinici sono stati differenziati per ospedale in modo anonimo permettendo di evidenziare la differenza di comportamento in un'area simile
- I dati sono stati raggruppati per dimensione dell'ospedale valorizzando la differenza di risorse
- La ricerca delle evidenze scientifiche è derivata dalla necessità di capire come affrontare disomogeneità clinica, dalla pratica alla teoria per ritornare a una scelta pratica cosciente

- Nel 1988 sono stati organizzati diversi gruppi di lavoro per approfondire le maggiori criticità riscontrate:
 - Il rischio in sala parto
 - Distocia: definizione ed intervento
 - Indicazioni al taglio cesareo
 - Lettura dei tracciati cardiotocografici

- Il parto operativo vaginale (compresa manovra di Kristeller)
- Quale assistenza nella fisiologia

Punti chiave della terza fase

- Il gruppo sul rischio ha prodotto una guida pratica articolata sul rischio in sala parto: il rischio per chi, di cosa, di quanto
 - Si è presa coscienza di come il taglio cesareo per distocia fosse “Refugium peccatorum” di indicazioni che avevano come comune denominatore criticità cliniche, un’attesa insufficiente, motivazioni sociali, motivazioni organizzative
 - Il gruppo sulla lettura dei CTG ha analizzato CTG controversi negli ospedali promuovendo una lettura omogenea dei CTG, evidenziando il valore relativo dei CTG nel complesso della gestione del caso clinico, valorizzando il dubbio come elemento di conoscenza
 - Le ostetriche hanno lavorato tra di loro sull’assistenza al travaglio e parto fisiologico con una sociologa rendendosi conto dell’importanza di uno sguardo multidisciplinare nell’organizzazione dell’assistenza, favorendo la presa in carico delle ostetriche della fisiologia, sottolineando la produzione sociale delle procedure
- Dai lavori di gruppo è emersa l’importanza non solo di leggere articoli, evidenze EBM, linee guida, ma anche di visitare i luoghi in cui venivano prodotti gli articoli e le linee guida per cui tra il 1988 e il 1990 sono stati organizzati
 - Stage di più medici e ostetriche a Dublino al Maternity Hospital dal prof. O’ Driscoll
 - Stage di più medici e ostetriche a Oxford al John Radcliff Hospital e al National Perinatal Epidemiology Unit dal prof. Chalmers
 - Stage di più ostetriche in Francia per seguire assistenza parto a domicilio

Punti chiave della quarta fase

- Osservare le buone pratiche incide in modo determinante sul desiderio di cambiamento
 - Confrontarsi con pratiche diverse allarga la mente
 - Parlare sul campo con operatori che agiscono in modo differente dal tuo contribuisce alla crescita professionale
- Dal 1990 sono stati organizzati incontri sui risultati dei diversi gruppi di lavoro e è stata formalizzata una rete di collaborazione tra gli ospedali
 - E’ iniziata una serie di audit su temi più specifici (uso dell’episiotomia, valutazione dei tagli cesarei successivamente articolata per classi di Robson, analisi dei CTG)
 - Alcuni ospedali hanno iniziato a pubblicare annualmente un Rapporto Annuale dei dati dell’assistenza in sala parto e degli esiti neonatali
 - E’ stata avviata una riflessione sui corsi di accompagnamento alla nascita come momento centrale di relazione/ informazione con le donne
 - Sono stati organizzati incontri pratici con fisioterapista, riflessologo, osteopata, ostetrica con cui è stato attivato parto in acqua e uso dell’aromoterapia, chinesioterapista

Punti chiave di quest'ultima fase

- La pratica ostetrica non può basarsi solo sullo sviluppo di conoscenze mediche, ma anche di diverse pratiche corporee
- La valutazione costante del proprio operato attraverso la raccolta dati e la sua analisi annuale è fondamentale per radicare un monitoraggio continuo della qualità dell'assistenza
- La qualità dell'informazione data alle donne su percorsi e procedure intorno alla nascita è un pilastro per garantire una buona pratica assistenziale