



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA



DOCTORS  
WITH AFRICA  
CUAMM

*Corso di laurea in Ostetricia - sede di Treviso*

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

*Laureanda: Dida Diana Stroea  
Relatrice: Dott.ssa Elisabetta Boffo  
A.A. 2024/2025*





# Background

Sierra Leone, Pujehun Government Hospital

## PROFILO PAESE

**Freetown**  
capitale

**8.908.040**  
milioni  
popolazione

**71.740 km<sup>2</sup>**  
superficie

**19,2 anni**  
età media della  
popolazione

**57,5/60,7 anni**  
aspettativa  
di vita (m/f)

**3,7**  
numero medio  
figli per donna

**184°**  
su **191 paesi**  
indice  
di sviluppo  
umano



**443**  
ogni 100.000  
nati vivi  
mortalità  
materna



**105**  
ogni 1.000  
nati vivi  
mortalità  
bambini  
sotto i 5 anni



**31**  
ogni 1.000  
nati vivi  
mortalità  
neonatale

- Sierra Leone: esiti materno–neonatali sfavorevoli; risorse cliniche e diagnostiche limitate.
- Al PGH la percezione del rischio avviene spesso ‘a segni’; documentazione eterogenea e cartacea.
- Assenza di strumenti visivi condivisi per la prioritarizzazione (triage a colori).
- Rendere il rischio ‘visibile’ può accelerare decisioni e coerenza assistenziale.





# Introduzione

**Definizione:** probabilità che, durante gravidanza, parto o puerperio, si verifichino esiti avversi per madre e/o neonato, superiore a quella attesa nella popolazione generale.

## OMS - ANC

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.

## OMS - MCPC

“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.

## NICE

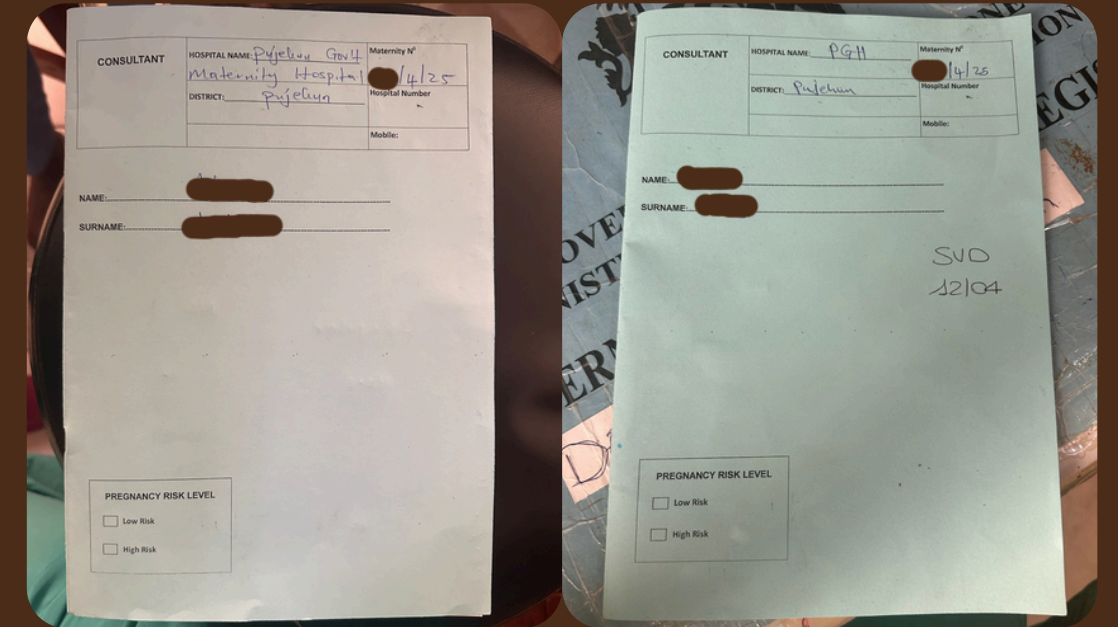
“alto rischio” le situazioni in cui la probabilità di esiti avversi materno-fetali è incrementata per condizioni preesistenti o complicanze evolutive, raccomandando percorsi con identificazione del rischio e planning personalizzati.



# Scopo del lavoro



**Esplorare come il rischio  
ostetrico è percepito e gestito al  
Pujehun Government Hospital**



**Descrivere se e come il rischio  
è registrato nelle cartelle  
cliniche**



**Integrare dati documentali e  
voci del personale  
(triangolazione narrativa)**



**Ricostruire le principali lacune  
di sistema e proporre strategie  
pragmatiche sostenibili**



# Metodologia

Studio qualitativo descrittivo-interpretativo con approccio misto (Aprile - Luglio 2025)

586 ricoveri  
379 eleggibili

Esclusioni: no frontespizio essenziale, no esito del parto e/o esito neonatale di base, duplicati, donne dimesse contro volontà medica

Revisione documentale di  
cartelle cliniche

Interviste semi-strutturate

Partecipazione volontaria, consenso informato,  
interviste della durata di 20-40 minuti:

4 ostetriche  
2 CHO  
1 ginecologo



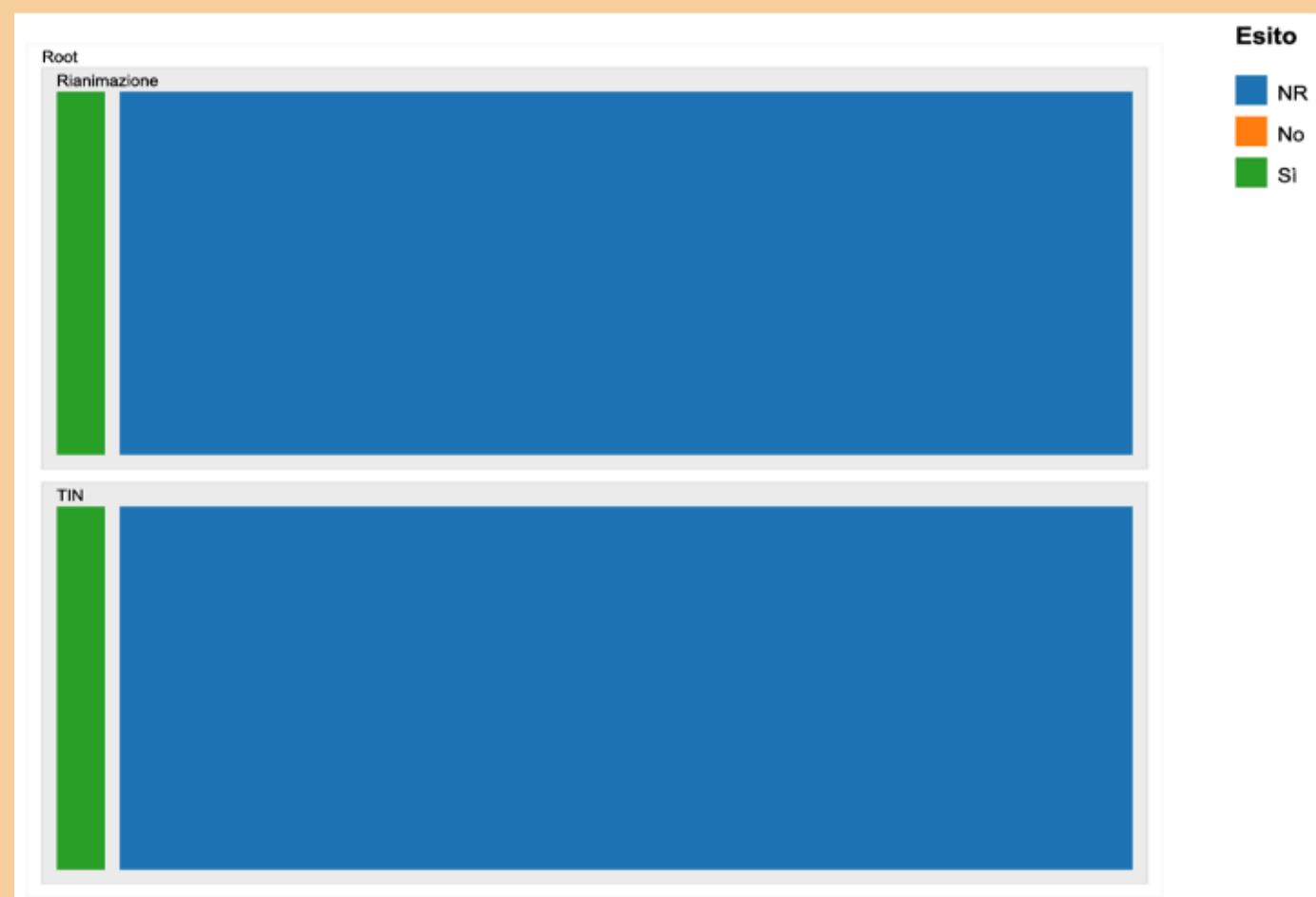
Analisi tematica con  
integrazione



# Risultati: componente documentale

0/379 cartelle riportavano una classificazione formale del rischio ostetrico in ingresso

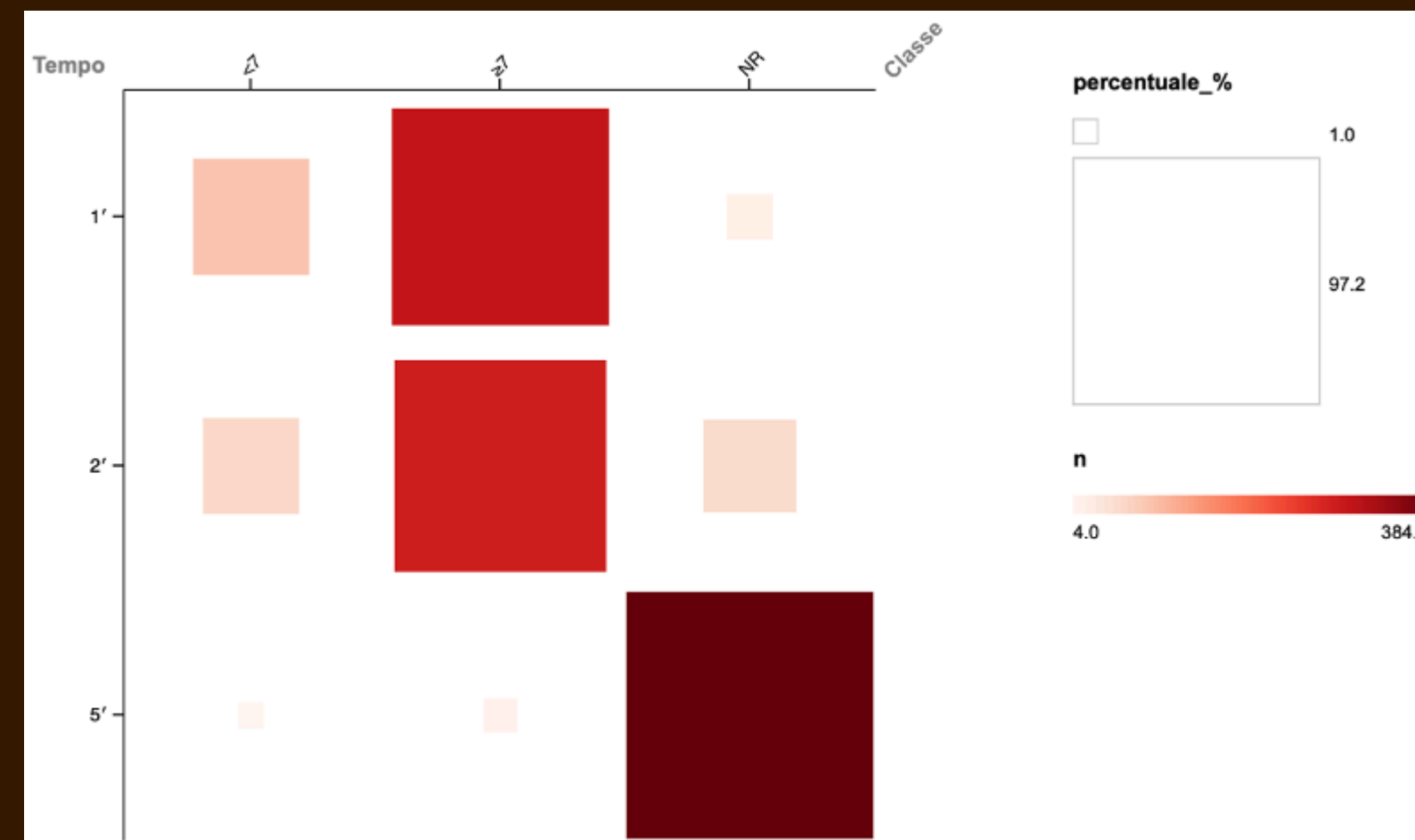
Quote elevate di NR su item tempo-critici



Tab. 1: Rianimazione neonatale e TIN

## Variabili considerate:

- identificativi minimi
- profilo ostetrico
- traccia di rischio in cartella
- assistenza erogata
- esiti materni
- esiti neonatali essenziali



Tab. 2: Attribuzione Apgar



# Ulteriori risultati

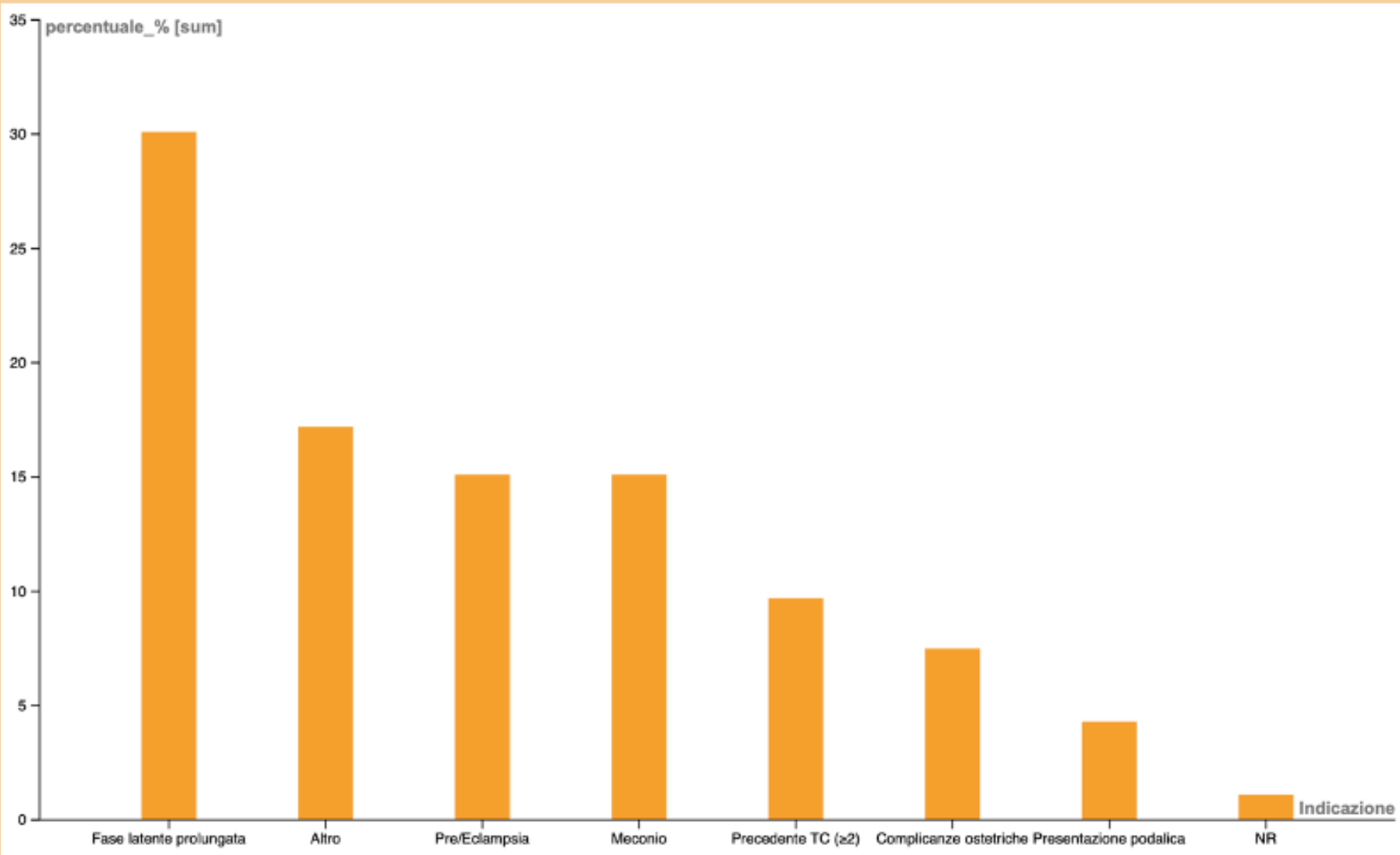
Tagli cesarei corrispondono a 1/4 degli esiti

*Birmingham Symptom-specific Obstetric Triage System (BSOTS©):*

“It is NOT appropriate to provide latent phase ... care in triage (unless imminent birth and unsafe to transfer). These women should be discharged home if appropriate, admitted to the antenatal ward.”



Tab. 3: Comorbidità e storia ostetrica



Tab. 4: Indicazioni al taglio cesareo

NICE - *assistenza intrapartum per donne con condizioni cliniche pre-esistenti:*

“A multidisciplinary team ... should involve a pregnant woman with a medical condition in preparing an individualised plan for intrapartum care.”

“A woman may have an existing medical condition that can be made worse by physiological changes that occur in labour.”



# ||||| Risultati: voci del personale |||||

- ▶ Definizione operativa approssimativa; escalation al clinician come leva di sicurezza
- ▶ Barriere riferite: storia incompleta, diagnostica limitata, sottorganico, ritardi extra-clinici
- ▶ Eterogeneità formativa e comunicazione non sempre strutturata
- ▶ Proposte convergenti: standard minimi di triage/documentazione, formazione in-service, strumenti essenziali

1/4 MW richiama  
esplicitamente l'ANC

6/7 riferiscono frequente  
sottovalutazione clinica

7/7 definiscono il lavoro  
di squadra determinante







# Triangolazione e interpretazione




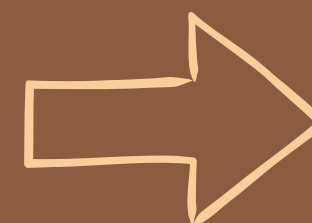
Nesso 'percepire-registrare-agire': le azioni sono spesso appropriate, ma poco tracciate



Scarto documentale indebolisce continuità e apprendimento organizzativo



Serve una marcatura semplice e condivisa del rischio al frontespizio e bundle di registrazione breve.



Il riconoscimento clinico può non tradursi sempre in classificazione formale del rischio.

Ciò incide sulla continuità e sulla comunicazione intra-team.



# Limiti dello studio

1

Completezza e qualità della documentazione clinica

2

Studio monocentrico, condotto in un arco temporale limitato e in un contesto operativo specifico

3

Numero di interviste adeguato allo scopo esplorativo, ma contenuto

4

Social desirability bias e possibile power dynamics bias

5

Barriere linguistiche e operative



# Conclusioni



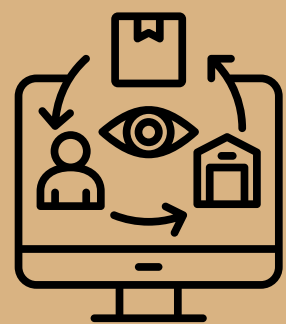
Il rischio è riconosciuto ma non reso 'visibile' da classificazione e routine minime



Appropriatezza clinica tendenziale; tracciabilità insufficiente su passaggi critici



Standard semplici (triage a colori + checklist + bundle post-parto) migliorano tempestività e coerenza



Possibile messa in pratica pilota di 3 mesi con audit mensili e indicatori di processo





# Bibliografia

- World Health Organization (2016) WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-154991-2
- 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
- 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>
- 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>
- Women's Health & Paediatrics, Maternity Unit. Maternity triage & BSOTS (Birmingham Symptom Specific Obstetric Triage System): Clinical guideline. Version 1. 2024 Aug.
- World Health Organization (2025) Interagency Integrated Triage Tool (IITT). doi: <https://www.who.int/tools/triage>

*Laureanda: Dida Diana Stroea*  
*Relatrice: Dott.ssa Elisabetta Boffo*  
*A.A. 2024/2025*



UNIVERSITÀ  
DEGLI STUDI  
DI PADOVA

