



Formez PA



CIRPA

Centro Interdipartimentale per la ricerca in Diritto,
Economia e Management della Pubblica Amministrazione

**CORSO DI FORMAZIONE MANAGERIALE PER DIRETTORI SANITARI E DIRETTORI DI UOC
DI AZIENDE ED ENTI DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE**

IX EDIZIONE

Project work

**Applicazione della metodologia HTA per la valutazione dell'appropriatezza
ricorso al parto cesareo nell'AOU Federico II: analisi economica
gestionale e proposte di intervento.**

Discente:

Dott.ssa Teresa De Pascale

Tutor:

Dott.ssa Stefania De Simone

ANNO 2020

Introduzione

In Italia il numero dei parti con taglio cesareo è andato negli anni progressivamente aumentando. Nello specifico si è passati da circa il 10% all'inizio degli anni 80 al 23% nel 2017. L'Italia secondo i dati del Programma Nazionale Esiti 2018, detiene il record europeo di nascite con taglio cesareo e secondo l'OMS, nella metà dei casi tale procedura sarebbe inutile. In regione Campania tale percentuale sale in maniera preoccupante attestandosi intorno al 40% con innumerevoli risvolti sotto il profilo clinico, organizzativo ed economico (*Programma Nazionale Esiti 2018 Agenas*)

Sulla base di quanto detto, obiettivo del nostro lavoro è stato quello di applicare la metodologia dell'Health Technology Assessment (HTA) alla valutazione di questa procedura chirurgica, attraverso l'analisi della realtà di uno dei maggiori punti nascita di terzo livello del territorio campano: l'Azienda Ospedaliera Universitaria Federico II di Napoli. Lo scopo è stato quello di valutare gli effetti e le conseguenze che l'uso eccessivo del taglio cesareo rispetto al parto vaginale ha per il sistema sanitario, l'economia e la società

Tale ricerca si è basata su un'ampia gamma di metodi per comparare vantaggi e svantaggi di tale procedura chirurgica, incluse le sintesi delle evidenze esistenti, le linee guida sul taglio cesareo, l'analisi dei dati di routine raccolti e l'individuazione di possibili azioni correttive.

Considerata la scarsità dei mezzi in relazione alle esigenze dovute al deficit del sistema sanità, l'impiego di una risorsa deve tenere conto del rapporto costo-opportunità per cui l'uso di una procedura chirurgica dovrebbe produrre benefici pari o superiori rispetto ad un'altra. Purtroppo, sempre più spesso, risorse sanitarie sono investite in procedure che non sono le più adatte rendendo, in tal modo, difficoltoso il rispetto degli obiettivi di salute.

Analogamente infatti a quanto avviene per il funzionamento di un'apparecchiatura e per l'effetto di un farmaco, la cessione di una prestazione clinica o di un complesso di prestazioni all'utente si compendia in una serie di variabili misurabili in termini di:

- efficacia, ovvero la capacità assoluta di migliorare lo stato di salute;
- efficienza, cioè il rapporto tra risorse impiegate e prestazioni erogate;
- performance, cioè il rapporto tra risorse impiegate e miglioramento clinico;
- sicurezza, misurabile come giudizio di accettabilità del rischio associato alla prestazione o all'insieme di prestazioni;
- impatto economico per il SSN e per l'Azienda;
- impatti sociali, etici, legali e psicologici

Come avviene comunemente per le decisioni di investimento tecnologico, quindi l'articolazione di un percorso assistenziale e la scelta di una procedura chirurgica per uno specifico utente si configura come una scelta di opportunità, di risorse e di benefici attesi sia per l'erogatore che per l'utente.

Obiettivi e metodi

Per garantire quanto sopra si è sviluppato un percorso che ha portato nel tempo allo sviluppo di un'attività di valutazione della procedura del taglio cesareo e alla costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare che dal 2012 ha prodotto report sulla procedura chirurgica in studio a supporto del decision making aziendale.

Il gruppo è stato costituito da:

- medici della Direzione Sanitaria dell'AOU Federico II di Napoli;
- il Servizio di Controllo SDO della Direzione Sanitaria dell'AOU Federico II di Napoli;

Al gruppo di valutazione hanno partecipato attivamente, a seconda delle fasi di analisi, altri professionisti afferenti a:

- personale medico del DAI di Ginecologia e Ostetricia dell'AOU Federico II di Napoli
- personale ostetrico infermieristico del DAI di Ginecologia e Ostetricia dell'AOU Federico II di Napoli
- Controllo di Gestione dell'AOU Federico II di Napoli
- Commissione dell'ASL NA2 Nord deputata dalla Regione per la valutazione nella nostra azienda dell'appropriatezza dei tagli cesari per l'ottemperanza al Decreto n.6/2011 e s.m.i;

Tali controlli hanno avuto alla base la ricerca delle cause dell'eccessivo incremento del taglio cesareo (TC) e se questo risponda a reali necessità cliniche o sia legato a fattori extra sanitari.

Strumenti di controllo sono stati:

1. Un campione di cartelle cliniche relative a ricoveri per taglio cesareo del Dipartimento Ostetrico Ginecologico dell'AOU Federico II anni 2012-2018 con particolare attenzione al triennio 2016-2018;
2. le schede SDO estratte mediante il software QUANI-SDO della BIM Italia che hanno permesso il monitoraggio dell'andamento dei parti dal 2012, anno di avvio del progetto;
3. i dati del Ministero della Salute, CeDAP nazionale 2015, pubblicati nel 2018 (ultimo disponibile);
4. i dati contenuti nel rapporto, CeDAP sulla natalità in Campania anno 2015 (ultimo disponibile);
5. le linee guida per il taglio cesareo del Ministero della Salute redatte nel 2012.
6. interviste strutturate a tutti gli attori coinvolti nel percorso (medici, ostetriche, specializzandi, infermieri di sala operatoria e di degenza, amministrativi, informatici, ecc.);
7. quadro normativo nazionale e regionale sul percorso nascita

Analisi del contesto

Nel triennio 2016-2018, presso il Dipartimento Ostetrico Ginecologico dell'AOU Federico II, sono stati effettuati 7.043 parti e di questi 3.592 tramite taglio cesareo. La percentuale media di tagli cesarei nel triennio oggetto di studio è stata del 51%. Tale risultato è in linea con la percentuale regionale. (Tab.1) e mostra una deflessione rispetto al triennio precedente nel quale la percentuale media era pari al 59%.

Tabella 1 – Distribuzione dei parti nel triennio 2016-2018 nell'AOU Federico II

anno	Parti vaginali	Parti cesarei	Tot parti	%tagli cesarei
2016	1.051	1.336	2.387	56
2017	1.224	1.157	2.381	49
2018	1.176	1.099	1.275	48

Fonte:elaborazione dell'autore

Il 11% dei tagli cesarei presentavano complicanze contro una media regionale del 4.43%. Dall'analisi diretta delle cartelle cliniche e delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) è emerso che le principali complicanze riscontrate sono state le seguenti (Tab.2):

Tabella 2 - Principali complicanze taglio cesareo nell' AOU Federico II

Principali complicanze	%
Sofferenza fetale	20%
Presentazione podalica	18%
Sproporzione cefalo-pelvica	14%
Distocia di spalla	12%
Placenta previa	10%
Ritardo di crescita fetale	8%
Gravidanza gemellare (in cui uno dei gemelli non ha presentazione cefalica)	3%
Macrosomia fetale nella gravida diabetica	2%

Fonte:elaborazione dell'autore

La maggiore complessità dei tagli cesarei effettuati presso l'AOU Federico II rispetto alla media regionale è ampiamente giustificata essendo il Policlinico un centro di terzo livello. Inoltre l'analisi diretta delle cartelle cliniche confrontata con le relative SDO, ha messo in luce una tendenza da parte dei medici alla sottocodifica dei ricoveri determinando una sottostima dei parti cesarei complicati.

Le maggiori motivazioni di sottocodifica SDO rilevate sono le seguenti:

- ❖ scarsa attenzione alla codifica della diagnosi principale in termini di corretta selezione e di specificità fino alla 5 cifra: 21%;
- ❖ mancata codifica delle diagnosi secondarie che indicano eventuali complicanze o comorbilità ove presenti (epilessia, retinopatia ecc.): 30%;
- ❖ Condizioni infettive della madre complicanti la gravidanza, il parto o il puerperio (epatite, HIV ecc): 4%;
- ❖ scarso utilizzo dei codici V27- che segnalano l'esito del parto (nato vivo, due nati vivi da parto gemellare, un nato vivo e un nato morto da parto gemellare ecc): 9%.

Sul totale delle schede SDO relative a ricovero per parto cesareo ed estratte mediante il software QUANI è emerso che tra i tagli cesarei effettuati nel triennio oggetto di studio, su un numero complessivo di 3.592 ne sono risultati impropri 697 ossia il 19%. Il parto cesareo è considerato a basso rischio o improprio, quando non è presente una diagnosi principale o secondaria per cui le linee guida giustificano il ricorso a tale procedura chirurgica. Pertanto, se nelle schede di dimissione ospedaliera e nelle relative cartelle cliniche non risulta registrata in diagnosi principale o secondaria una delle diagnosi presenti nell'elenco di seguito riportato, il parto è considerato a basso rischio. Il sistema di disincentivazione tariffaria adottato per contrastare il ricorso improprio al taglio cesareo prevede che nel caso di DRG di parto cesareo (370 – 371) per un parto a basso rischio si applichi la tariffa del DRG 373: parto vaginale senza CC (Tab.3).

Tabella 3 - Elenco delle diagnosi che giustificano il ricorso al taglio cesareo in base alle Linee Guida Nazionali sulla Gravidanza fisiologica e sul Taglio cesareo

Elenco delle diagnosi	Categoria codice
	ICD9-CM
Minaccia o travaglio di parto precoce	644
Pregresso taglio cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio:	654.2
Posizione e presentazione anomala del feto:	652
Gravidanza protratta:	645
Sviluppo fetale insufficiente:	656.5
Sviluppo fetale eccessivo	656.6
Gravidanza multipla:	651
Anomalia fetale conosciuta o sospetta che influenza il trattamento della madre:	655
Pre-eclampsia ed eclampsia:	642.4 642.5 642.6 642.7
Diabete mellito:	648.0
Polidramnios:	657
Oligoidramnios:	658.0
Perdita ematica antepartum, abruptio placentae e placenta previa:	641
Infezione della cavità amniotica:	658.4

Fonte:elaborazione dell'autore

Le maggiori motivazioni di inapproprietezza riscontrate nel corso dei controlli effettuati sulle cartelle cliniche e sulle relative SDO, sono di seguito riportate (Tab.4):

Tabella 4 - Elenco delle maggiori motivazioni di inapproprietezza al ricorso del taglio cesareo riscontrate nell'AOU Federico II

Descrizione della diagnosi/ Categoria codice ICD9 CM	% inapproprietezza
Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle manifestazioni antepartum (DRG:66971);	38%
Altra ipertensione preesistente complicante la gravidanza, il parto e il puerperio, parto con o senza menzione della condizione antepartum (DRG:64221);	31%
Sofferenza fetale, parto, con o senza menzione della condizione antepartum (DRG:65631);	18%
Altre manifestazioni altrimenti classificabili, parto, con o senza menzione della condizione antepartum (DRG:64891);	8%
Alterata tolleranza al glucosio, parto, con o senza menzione della condizione antepartum (DRG:64881);	5%

Fonte:elaborazione dell'autore

Un taglio cesareo con complicanze secondo il tariffario regionale dei DRG viene rimborsato 2.642,9 euro mentre un taglio cesareo senza complicanze viene rimborsato 1987,4 euro. Tutti i

tagli cesarei che risultano impropri, siano essi con e senza complicanze, vengono rimborsati 1.208,40 € ossia la tariffa prevista per il DRG 373 “parto vaginale senza cc”. Quindi per i 697 tagli cesarei che sono risultati impropri nel triennio in esame, il rimborso per l’Azienda è stato pari a 842.254,80 € e non 1.418.648,30 € con una perdita di 576.393,50 € ossia del 41%.

Il TC è un intervento chirurgico e come tale non è scevro di complicanze: dati di letteratura registrano una mortalità materna attribuibile al TC compresa tra 10/100.000 e 20 o 30/100.000 interventi a seconda delle casistiche e una morbosità postoperatoria di almeno 10 volte superiore. Quindi il TC incrementa il rischio di mortalità materna da 2 a 5 volte rispetto al parto vaginale e di morbosità materna fino a più di 15 volte. Come con tutti i tipi di chirurgia addominale, inoltre un taglio cesareo è associato ad una serie di rischi post operatori. Dall’analisi dei dati, i rischi maggiormente riscontrati presso la nostra struttura sono:

- aderenze postoperatorie 28% ;
- ernia incisionale (che può richiedere la correzione chirurgica) 8%;
- infezioni della ferita 2%;
- perdita di sangue grave (che può richiedere una trasfusione di sangue) 3%;

È difficile studiare gli effetti a lungo termine del parto cesareo, in quanto può essere difficile separare i problemi causati dalla procedura rispetto ai problemi causati dalle condizioni che lo richiedono. Dati di letteratura indicano che l’effettuazione di taglio cesareo nelle primipare determina un incremento di rischi alla seconda gestazione. Nello specifico i rischi maggiormente riscontrati sono (Tab.5)

Tabella 5 - Elenco rischi seconda gestazione in donne con taglio cesareo pregresso

Rischi	DRG
anomalia di posizione	65.201-65.211-65.221-65.231-65.241-65.251-65.281
placenta previa	64.101
emorragia antepartum	64.131
placenta accreta	66.702
rottura dell'utero	66.984
nascita pretermine	64.420
basso peso alla nascita	65.651
feto morto	65.640

Fonte:elaborazione dell'autore

E’ difficile tuttavia valutare quali di questi rischi sia una conseguenza della procedura chirurgica in sé e quali invece siano legati a fattori correlati all’indicazione stessa per il taglio cesareo. Dati di letteratura indicano che l’effettuazione di taglio cesareo nelle primipare determina un incremento di rischio anche per il bambino:

- **Depressione neonatale:** i bambini possono avere una reazione avversa all’anestesia somministrata alla madre che determina un periodo di inattività o lentezza dopo la consegna.
- **Problemi di allattamento al seno:** i bambini nati con parto cesareo hanno una probabilità più bassa di essere allattati al seno rispetto a quelli nati con parto vaginale.
- **Diabete di tipo 1:** i bambini nati con parto cesareo hanno una probabilità superiore del 20% di sviluppare diabete di tipo 1 nel corso della loro vita rispetto ai bambini nati con parto vaginale

La forte eterogeneità territoriale nel ricorso al taglio cesareo è senza dubbio frutto delle diverse caratteristiche socio-culturali ed organizzative che caratterizzano la regione, ma il maggior

ricorso alle strutture private riscontrato nella nostra regione non è in grado di spiegare totalmente l'eccesso di tagli cesarei che vi si praticano. Inoltre il fatto che i fattori di rischio abbiano una minore influenza sulla probabilità di subire un cesareo nel Meridione è sintomo di una tendenza, in questa area, ad intervenire con più leggerezza, in modo più indipendente da quello che il caso particolare richiederebbe. Ciò mostra la prevalenza di una ginecologia basata sulle opinioni personali o sugli interessi economici, piuttosto che sull'adesione a protocolli ufficiali, e una maggiore criticità della situazione del Mezzogiorno, dove è evidente che le cure prenatali sono spesso inappropriate.

L'analisi dei dati di attività e i controlli effettuati, hanno inoltre messo in rilievo che se da un lato è chiaro agli operatori del settore la corretta gestione della gravidanza, dall'altro gli operatori stessi riscontrano una serie di problematiche di tipo tecnico organizzativo o inerenti più strettamente la gestante che contribuiscono alla scelta del taglio cesareo di elezione. Al fine di approfondire tale aspetto e mettere in luce in maniera esplicita tali problematiche sono state effettuate una serie di interviste strutturate (Tab.6-7) a tutti gli attori coinvolti nel percorso (medici, ostetriche, specializzandi, infermieri di sala operatoria e di degenza, ecc.). da cui sono emersi i seguenti risultati:

Tabella 6 – Percentuali delle motivazioni per cui le donne scelgono di effettuare il taglio cesareo di elezione con indicazione della motivazione in scale da 1 a 10 secondo gli operatori sanitari

	Motivi	%	Importante da 1 a 10
a)	Hanno già effettuato un parto cesareo e sebbene non ve ne siano le indicazioni cliniche preferiscono effettuare nuovamente tale procedura	21%	10
b)	Hanno paura del dolore e non conoscono la partoanalgesia	35%	10
c)	Vedono il parto cesareo come una procedura più sicura per loro e per il nascituro	15%	8
d)	Effettuare il parto cesareo permette loro di stabilire la data della nascita del bambino e gestire meglio le difficoltà legate al lavoro o ad altri figli	2%	2
e)	Sono primipare attempate	1%	1
f)	Hanno effettuato la fecondazione medicalmente assistita e considerano il taglio cesareo più sicuro	3%	5
g)	Vogliono partorire con il loro ginecologo di fiducia	23%	10

Fonte:elaborazione dell'autore

Dalle interviste emerge chiaramente come le motivazioni principali siano legate ad una mancanza di informazione delle donne sulla gestazione e il travaglio e il conseguente completo e cieco affidamento alla figura del ginecologo il quale, è opinione comune, come spesso predilige il taglio cesareo per maggiori tutele contro ripercussioni di tipo medico legale e per personali vantaggi economici e organizzativi. Tra le donne in travaglio inoltre, secondo l'esperienza del personale, contrariamente a quanto si possa pensare, sono più le giovani a prediligere il taglio cesareo d'elezione rispetto alle primipare attempate.

Tabella 7 - Principali problematiche di tipo tecnico organizzativo che hanno favorito l'incremento della scelta del taglio cesareo secondo gli operatori sanitari

motivi	%	Importante da 1 a 10
a) mancanza di sale parto adeguate strutturalmente	24%	8
b) scarso personale medico e ostetrico (molti turni in straordinario e poco personale)	3%	2
c) mancata introduzione della partoanalgesia	8%	5
d) mancata comunicazione con i Distretti territoriali (Dipartimenti materno infantile)	25%	8
e) assenza di supporto psicologico alla gestante (assenza di colloqui con psicologi durante la gravidanza e il puerperio)	10%	8
f) possibili ripercussioni medico legali in caso di complicanze	30%	10

L'organizzazione strutturale delle attuali sale parto è considerata un ostacolo importante all'umanizzazione dell'evento nascita in quanto allo stato attuale, in considerazione dell'aspetto universitario dell'azienda Federico II, gli ambienti, oltre che dal personale sanitario di routine, sono affollati anche da studenti in formazione risultando non adeguatamente ampi ed impedendo alla partoriente di avere una persona di fiducia durante il travaglio e di poter praticare metodi alternativi (es travaglio con la fitball ecc). Inoltre è opinione comune come l'introduzione della partoanalgesia, non affiancata da una corretta informazione sul suo utilizzo e da un valido percorso di accompagnamento alla nascita, potrebbe indurre ad un uso eccessivo della stessa con fini puramente lucrativi.

Proposta progettuale

L'applicazione dell'HTA alla valutazione del corretto utilizzo del taglio cesareo, si è rivelata come una modalità di ricerca multidisciplinare di valido aiuto sia per i manager che per i professionisti sanitari favorendo l'inquadramento della problematica sotto i suoi molteplici aspetti e permettendo una valutazione oggettiva del fenomeno con una presa di coscienza dei danni che questo comporta. L'analisi ha inoltre favorito all'interno dell'AOU Federico II, la promosta e programmazione di una serie di interventi di tipo pratico ed organizzativo il cui fine ultimo è l'ottimizzazione del percorso nascita, la riduzione del numero dei tagli cesarei impropri e di elezione e il potenziamento della gestione dei parti complicati, essendo l'AOU un punto nascita di terzo livello.

L'analisi e il monitoraggio continuo hanno già permesso una notevole riduzione del numero di parti con taglio cesareo: basti pensare che si è passati dal 63% del 2012 al 48% del 2018.

Tra le attività proposte tese a migliorare ulteriormente la gestione del parto riducendo ove non necessario il ricorso al taglio cesareo, vi sono:

1. Adozione di un supporto informatico della gravidanza condiviso dalle strutture territoriali e dal punto nascita

Collaborazione alla creazione di un supporto informatico su cui sarà possibile, a tutti gli operatori, sia territoriali che del punto nascita, inserire tutte le informazioni riguardanti la donna durante il periodo della gravidanza, del parto e del puerperio. Attualmente

all'interno dell'AOU Federico II, per la gestione di alcune gravidanze, il team ostetrico ginecologico prende contatti esclusivamente di tipo telefonico con le strutture territoriali. Manca quindi un processo di condivisione delle informazioni di tipo informatico e sistematico per tutte le gravidanze

2. *Sviluppo di ambulatori della gravidanza fisiologica*

La gravidanza fisiologica è un evento naturale che deve essere demedicalizzato quanto più possibile, tenendo naturalmente in considerazione i campanelli d'allarme per indirizzare casi patologici verso ambulatori per la gestione di gravidanze a rischio (assistenza addizionale). Sulla base dell'esperienza del Dipartimento di Ginecologia ed Ostetricia del P.O. Incurabili, che ha da anni attivato, unico esempio nel panorama assistenziale del sud-Italia, un ambulatorio per la sorveglianza della gravidanza fisiologica a completa gestione e conduzione da parte di personale ostetrico e con esiti ostetrici estremamente significativi sia in rapporto alla soddisfazione delle utenti sia in termini di percentuali di T.C. (13-15%), sarebbe utile la creazione di un ambulatorio per la gravidanza fisiologica gestito esclusivamente da personale ostetrico. Il percorso assistenziale dovrebbe prevedere:

- specifica formazione del personale strutturato;
- impiego di strumenti e linguaggi comuni all'interno del team ostetrico;
- adozione di una documentazione validata e condivisa sulla base delle L.G.ISS Gravidanza Fisiologica anno 2010;
- incontri periodici per la verifica dello stato di avanzamento del progetto.

Nell'ambito di questo percorso, sarebbero più facilmente identificate le gravidanze a rischio da inviare ad ambulatori specifici. Attualmente all'interno del Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia, l'attività ambulatoriale è gestita esclusivamente dal personale medico: l'approccio della gestante con il personale ostetrico è solo al momento del travaglio.

3. *Collaborazione attiva al potenziamento di una rete di corsi di accompagnamento alla nascita (CAN)*

Le evidenze scientifiche dimostrano che la partecipazione a corsi di accompagnamento al parto (CAN) comporta un effetto favorevole sulla salute materno-fetale e neonatale: le donne si presentano al parto con maggior consapevolezza dei fenomeni fisiologici connessi al processo biologico del parto, vi è una riduzione del taglio cesareo su richiesta materna ed un minor utilizzo dell'analgesia farmacologica. I CAN combinati, a incontri post-natali, si sono dimostrati efficaci nell'incrementare i tassi di inizio dell'allattamento al seno e nel prolungare la durata dell'allattamento al seno esclusivo. Attraverso i CAN le ostetriche garantiscono la continuità delle cure e la tutela della fisiologia del percorso nascita, contrastando la medicalizzazione dell'assistenza e promuovendo un mantenimento del tasso di allattamento adeguato almeno fino al sesto mese.

Sulla base di tali premesse l'AOU Federico II non potendo intervenire in maniera diretta sul contesto territoriale, potrebbe porsi come obiettivo, l'implementazione del percorso nascita per quanto è nelle sue possibilità. L'intervento riguarderebbe la messa a disposizione della donna/coppia delle competenze relazionali, organizzative, tecnologiche, cliniche per accompagnarla lungo l'espletamento del parto, travaglio, nascita, accoglienza al neonato, garantendo, da una parte, il rispetto dell'evoluzione fisiologica, dall'altra la differenziazione tra "stress fetale fisiologico" in travaglio e sofferenza fetale che richiede interventi medici o chirurgici tempestivi.

Uno degli elementi fondamentali dell'assistenza intra-partum consisterebbe nel rendere la donna in grado di prendere decisioni in modo consapevole su ciò che concerne le modalità per la sua assistenza. La scelta informata è presupposto fondamentale per una buona qualità dell'assistenza. L'obiettivo sarebbe quello di offrire alla donna, nel limite del possibile, una assistenza conforme alle sue aspettative maturate durante il percorso di gravidanza.

Gli operatori coinvolti dipenderanno dal setting del parto scelto dalla donna sulla base delle informazioni ricevute relativamente al livello di rischio ipotizzabile per parto e dal tipo di parto, nella consapevolezza che le ostetriche sono qualificate per garantire una buona assistenza durante l'andamento naturale del parto.

Nel limite del possibile potrebbe inoltre essere impostata l'organizzazione in modo da realizzare una assistenza con la minima rotazione di personale intorno alla donna al fine di garantire il massimo della privacy.

Nel Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia, viene attualmente effettuato un corso preparto che prevede la partecipazione di un massimo di 26 gestanti. Il corso è ciclico, ha la durata di 10 settimane e prevede un incontro a settimana. L'impossibilità organizzativa di effettuare più corsi contemporaneamente, fa sì che solo un esiguo numero di gestanti possa usufruirne rispetto invece a quanto richiederebbe il bacino di utenza del Policlinico Federico II. Il corso inoltre è aperto a tutte le donne indipendentemente dalla loro età gestazionale: ciò comporta notevoli difficoltà organizzative da parte delle ostetriche.

4. Creazione di una banca del latte umano

Nell'ambito del percorso nascita aspetto fondamentale e che l'azienda federiciana ha tenuto in debita considerazione, in relazione ai numerosi studi a favore, è la necessità di favorire l'allattamento materno anche nelle madri che hanno effettuato taglio cesareo nonché in caso di patologia neonatale o materna. A tale scopo potrebbe essere istituita una Banca del latte umano che favorirebbe la nutrizione dei neonati garantendo a questi ultimi gli innumerevoli benefici che solo il latte umano può dare nei primi mesi di vita.

5. Creazione di un questionario multilingue

In un'Azienda Universitaria dotata di Pronto Soccorso Ostetrico e localizzata in una delle città a più alto tasso di stranieri in Italia, la creazione di un questionario multilingue consentirebbe di abbattere la barriera linguistica nelle situazioni di emergenza ed in assenza di un mediatore culturale creando così una modalità con cui operatore sanitario e donna gravida riuscirebbero in tempi brevi ad avere e fornire informazioni.

6. Calendarizzazione dei giorni riservati alle gravide straniere nell'ambito dell'ambulatorio di gravidanza fisiologica

Le gravide straniere necessitano di percorsi assistenziali riservati che semplifichino l'accesso al servizio attraverso la presenza di mediatori linguistici e culturali, connessione con la rete familiare e col medico di medicina generale, erogazione di STP e di prestazioni di base urgenti quando mancanti (datazione gravidanza, beta-hCG, ecc.). A tal fine si potrebbe calendarizzare l'attività dell'ambulatorio della gravidanza fisiologica al fine di permettere un più facile accesso alle gravide straniere grazie anche alla presenza del mediatore culturale. Tale progetto dovrebbe implicare il coinvolgimento attivo del personale ostetrico e non solo di quello medico come invece avviene attualmente.

7. *Gravide portatrici di disabilità motorie*

L'AOU Federico II essendo un punto nascita di terzo livello garantisce l'assistenza anche a quelle gestanti con gravi disabilità motorie (esiti di traumi cranici o midollari, esiti di lesioni del Sistema Nervoso Centrale, Patologie degenerative del Sistema Nervoso Centrale e Periferico quali spina bifida, sclerosi multipla, SLA), pertanto si potrebbero potenziare gli spazi dedicati agli incontri e alla preparazione al parto di queste donne con coinvolgimento attivo del personale ostetrico e non solo di quello medico come invece avviene attualmente.

8. *Formazione specifica del personale aziendale all'assistenza intrapartum*

Il potenziamento della formazione all'assistenza intrapartum che veda coinvolti sia i ginecologi che il personale ostetrico avrebbe lo scopo di rendere la donna in grado di prendere decisioni in modo consapevole su ciò che concerne le modalità per la sua assistenza e a tal fine la scelta informata è presupposto fondamentale. L'obiettivo è quello di offrire alla donna, nel limite del possibile, una assistenza conforme alle aspettative maturate durante il percorso di gravidanza. Attualmente sono da implementare corsi di aggiornamento intra aziendali che mirino alla formazione specifica del personale aziendale e all'assistenza intrapartum.

9. *Incidenza di taglio cesareo*

La riduzione dei tagli cesarei passa, attraverso strategie differenziate nelle primigravide rispetto alle donne con T.C. pregresso.

- Nelle I gravide l'attivazione nel policlinico dell'ambulatorio specifico gestito da personale ostetrico e la partecipazione attiva ai CAN permetterebbero anche un'adeguata informazione in tale campo.
- Nelle gravide con pregresso T.C

Potrebbero organizzarsi audit clinici a piccoli gruppi (secondo il modello Opthbirth). Le donne che giungono al policlinico per controlli della gestazione di routine e con pregresso taglio cesareo, fin dal primo trimestre sarebbero reclutate ed invitate a partecipare ad incontri finalizzati alla conoscenza della possibilità di parto spontaneo dopo t.c. In tali incontri con il personale sanitario (ginecologo ed ostetrica) si discuterebbe su come lavorare insieme per prendere al meglio decisioni in merito al prossimo parto e quindi le possibili opzioni per lei: affrontare il travaglio e partorire per via vaginale, o sottoporsi ad un taglio cesareo ripetuto, senza entrare in travaglio.

10. *Parto-analgesia routinaria*

Attraverso l'offerta attiva di consulenza anestesiologicala dedicata rivolta alle gravide, non oltre la 36 settimana, che desiderano la parto-analgesia nel corso del quale sarà praticata la visita anestesiologicala e l'acquisizione del consenso informato e reperibilità h24 di anestesisti dedicati alla parto analgesia.

11. *Verifica soddisfazione utenti attraverso questionario specifico*

Formulazione di un questionario di soddisfazione utenti al fine di approntare continui miglioramenti alla gestione del percorso nascita.

12. *Partecipazione attiva della Direzione Sanitaria*

La gestione del fenomeno parto dovrebbe prevedere da parte della direzione sanitaria aziendale non soltanto una funzione di supervisione, ma un'attiva collaborazione con i ginecologi, le ostetriche e le varie figure professionali coinvolte e la stesura di un documento relativo al percorso nascita aziendale. Ciò è in parte già in essere ma il suo potenziamento permetterà di esplicitare nei protocolli dei servizi del Percorso Nascita aziendale, le modalità di attuazione degli interventi assistenziali, con riferimento alle indicazioni OMS (WHO: *Recommendation for Improving Maternal and Newborn Health; Essentials Newborn Care; Global Strategy for Infant and Young Child Feeding; Ten Steps to Successful Breastfeeding*), alle evidenze espresse nella Cochrane e alle linee guida che le società scientifiche hanno prodotto su singoli interventi (prevenzione dolore, dimissioni, puerperio, ecc). Tali protocolli saranno parte integrante del documento Percorso Nascita Aziendale corredati dalla data dell'ultima stesura e dalla data prevista di revisione.

L'organizzazione aziendale dovrà inoltre attuare tutte le strategie possibili per:

- ✓ fornire informazioni esaurienti e fruibili per ottenere in tempi utili i contatti con i Servizi (Carta dei servizi, depliant illustrativi,.....) del Percorso Nascita;
- ✓ fornire l'Agenda di Salute " Dalla Nascita all'adolescenza" a tutti i neonati nati nel Policlinico;

La direzione sanitaria aziendale continuerà inoltre ad effettuare:

- ✓ Monitoraggio periodico numero tagli cesarei inappropriati tramite controllo SDO informatizzato attraverso il Servizio di Controllo SDO dell'Azienda;
- ✓ monitoraggio corretta codifica SDO attraverso controllo delle relative cartelle cliniche;
- ✓ monitoraggio corretta compilazione cartelle cliniche mediante controllo periodico delle cartelle cliniche relative a ricoveri per taglio cesareo nell'anno in corso;
- ✓ Monitoraggio numero accessi in pronto soccorso ostetrico e relative procedure strumentali effettuate;
- ✓ Monitoraggio numero di ricoveri da Pronto Soccorso e giornate di degenza intercorse tra ricovero e parto.

Risultati attesi e conclusioni

La valutazione tramite HTA sulla corretta applicazione delle linee guida regionali per l'appropriato ricorso al parto cesareo, nella regione Campania, ha messo in luce un comportamento clinico assistenziale con:

- Bassa efficacia: in quanto non si registra allo stato attuale un significativo miglioramento anche a lungo termine dello stato di salute delle partorienti che effettuano taglio cesareo rispetto alle partorienti che effettuano parto vaginale;
- Bassa efficienza: le risorse impiegate sono eccessive rispetto alla qualità delle prestazioni erogate;
- Bassa performance cioè il rapporto tra risorse impiegate e miglioramento clinico;
- Scarsa sicurezza, misurabile come giudizio di accettabilità del rischio associato alla prestazione o all'insieme di prestazioni;
- Alto impatto economico per il SSN e per l'Azienda;
- Impatti sociali, etici, legali e psicologici rilevanti

L'uso non razionale o inappropriato del taglio cesareo, la carenza di operatori sanitari, la mancanza di una formazione adeguata, inducono di fatto un utilizzo sconsiderato delle risorse, un generale sperpero di servizi e la perdita dei fondi che potrebbero essere impiegati per l'acquisizione di altri elementi essenziali per l'assistenza sanitaria.

I dati esaminati testimoniano una gestione della partoriente non adeguata che più che il bene salute, va a tutelare altro:

1. la volontà della paziente che preferisce partorire in piccole strutture private dove opera, nei giorni feriali, il proprio ginecologo di fiducia;
2. la volontà dei ginecologi di assecondare la propria paziente, evitandole le ansie del parto naturale ed evitando a se stessi un eventuale rischio di incorrere in contenzioso per mancato o ritardato TC;
3. eventuali interessi delle strutture sanitarie che vedono aumentare l'entità dei propri rimborsi per prestazione sanitaria.

Quanto espresso è confermato dai dati precedentemente analizzati che dimostrano che il TC è maggiormente effettuato nei giorni feriali, in strutture private, di piccole dimensioni, dove opera il ginecologo di fiducia della donna e dove si può programmare l'evento nascita senza aspettare il suo fisiologico sopraggiungere.

Nell'ambito del DAI di Ginecologia ed Ostetricia dell'AOU Federico II, la spiccata volontà di miglioramento e la fattiva collaborazione dimostrata dal personale sanitario, hanno permesso di individuare sia le difficoltà organizzative tecniche e gestionali presenti che la serie di azioni da realizzare per ridurre in maniera significativa il numero dei tagli cesarei di elezione permettendo già una significativa riduzione degli stessi.

In tale ottica l'HTA si è presentato come una modalità di ricerca multidisciplinare di valido aiuto ai manager e ai professionisti sanitari per l'inquadramento della problematica sotto i suoi molteplici aspetti, permettendo una valutazione oggettiva del fenomeno e una presa di coscienza dei danni che questo comporta. Il fine ultimo è stato individuare una serie di procedure da mettere in atto per arginare l'impatto sociale, economico, etico e legale del taglio cesareo rendendo la giusta importanza di fenomeno fisiologico all'evento parto.

Note

1. Per approfondire si rimanda al Rapporto Cedap sulla natalità in Campania anno 2015
2. Fonte dei dati è il Decreto Regione Campania n.105 del 01/10/2014
3. Il progetto è consultabile sul sito: www.optibirth.eu
4. Legge n. 38 del 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" disponibile sul sito: www.salute.gov.it;

Bibliografia

Banta D. (2003) *The development of health technology assessment*. Health Policy 2003;63(2):121-32

Battista RN. (2006) *Expanding the scientific basis of health technology assessment: a research agenda for the next decade*. Int J Technol Assess Health Care 2006;22(3):275-80.

Battista RN, Hodge MJ.(1999) *The evolving paradigm of health technology assessment: reflections for the millennium*. CMAJ 1999; 160: 1464-67.

Beatrice Viselli: *“Troppi tagli cesarei in Italia: il triplo del resto d’Europa”* testo disponibile sul sito: <http://ingenere.it>

Cerbo M e al.(2009) *Il progetto COTE di AGENAS un sistema di Horizon Scanning per il contesto italiano, Quaderni di Monitor- elementi di analisi e osservazione del sistema salute. Health Technology Assessment*. IV suppl al n. 23 2009 di Monitor, Trimestrale dell’ Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali

Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell’evento nascita - Anno 2010. Disponibile sul sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2024_allegato.pdf

Farchi S., Polo A., Franco F., Di Lallo D.,Guasticchi G.(2010) *Severe postpartum morbidity and mode of delivery: a retrospective cohort study* Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, December 2010, Vol. 89, No. 12: Pages 1.600-1.603.

Favaretti C., Torrib. E. (2007) *Che cos’è l’Health Technology Hasesment* , RIMeL /IJLaM 2007; 3 (Suppl);

Francesconi A. (2007) *Innovazione organizzativa e tecnologica in sanità. Il ruolo dell’health technology assessment*. FrancoAngeli, Milano.

Francesconi A, Guizzetti G, Maccarini ME, Lago P. (2008) *Strutture e processi per l’hospital based HTA: l’esperienza in Italia*, Clinical, Governance, 8-18.

Ministero della Salute. Schema di Piano Sanitario Nazionale 2011-2013. Disponibile sul sito: <http://www.salute.gov.it/dettaglio/dettaglioNews.jsp?id=1358&tipo=new>.

Ricciardi W, La Torre G (2010). *Health Technology Assessment. Principi, dimensioni e strumenti*. Ed SEEd; 14-15;

Sabrina Senatore, Serena Donati e Silvia Andreozi (2006) *Studio delle cause di mortalità e morbosità materna e messa a punto dei modelli di sorveglianza della mortalità materna*. Rapporti Istisan 12/06 Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute - Istituto Superiore di Sanità, Roma

Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG-ISS). Linea Guida 19. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Disponibile sul sito: <http://www.snlg-iss.it/lgn>

Stivanello E, Rucci P, Carretta E, Pieri G, Seghieri C, Nuti S, Declercq E, Taglioni M, Fantini MP. (2011) *Risk adjustment for inter-hospital comparison of caesarean delivery rates in low-risk deliveries*. PLoS One. 2011; 6 (11): e28060. Epub 2011 Nov 23.