



## OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO

Sistema Sanitario Regione Liguria  
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

### **Titolo: AUDIT OSSERVAZIONALE PROSPETTICO DEL PERCORSO NASCITA CON RIFERIMENTO ALLE VARIABILI CHE CONDIZIONANO LA CESARIZZAZIONE.**

**Responsabile:** Dott. Giovanni Orengo Direttore UO Gestione Rischio Clinico, Qualità, Accredimento e URP, [giovanni.orengo@hsanmartino.it](mailto:giovanni.orengo@hsanmartino.it), 010 555 7800

#### **Gruppo di lavoro**

Paolo Bruzzi [Paolo.bruzzi@hsanmartino.it](mailto:Paolo.bruzzi@hsanmartino.it)

Patrizia Dapino UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit., URP [Patrizia.dapino@hsanmartino.it](mailto:Patrizia.dapino@hsanmartino.it)

Nidia Sofia Diaz Gaitan. UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit., URP [nidia.diaz@hsanmartino.it](mailto:nidia.diaz@hsanmartino.it)

Antonella Filanti UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit., URP [antonella.filanti@hsanmartino.it](mailto:antonella.filanti@hsanmartino.it)

Sonia Sanfilippo UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit., URP [Sonia.sanfilippo@hsanmartino.it](mailto:Sonia.sanfilippo@hsanmartino.it)

Simona Morganti UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit., URP [simona.morganti@hsanmartino.it](mailto:simona.morganti@hsanmartino.it)

Francesca Casabona UO Gest. Rischio Clinico, Qualità, Accredit., URP

[francesca.casabona@hsanmartino.it](mailto:francesca.casabona@hsanmartino.it)

Lucia Arata Medico Specializzando in Igiene e Medicina Preventiva [lucia.arata@hsanmartino.it](mailto:lucia.arata@hsanmartino.it)

[aratalucia@gmail.com](mailto:aratalucia@gmail.com)

Pierluigi Venturini Direttore UO Clinica Ostetricia [venturini@unige.it](mailto:venturini@unige.it)

Claudio Gustavino Direttore UO Ostetricia e Ginecologia [claudio.gustavino@hsanmartino.it](mailto:claudio.gustavino@hsanmartino.it)

Arioni Cesare Direttore Dipartimento Ginecologico e Percorso Nascita [cesare.arioni@hsanmartino.it](mailto:cesare.arioni@hsanmartino.it)

Silanos Roberto UO Anestesia e Rianimazione [roberto.silanos@hsanmartino.it](mailto:roberto.silanos@hsanmartino.it)

Roberti Annalisa Coordinatrice Infermieristica UO Neonatologia [annalisa.roberti@hsanmartino.it](mailto:annalisa.roberti@hsanmartino.it)

Benussi Monica Coordinatrice Ostetriche [monica.benussi@hsanmartino.it](mailto:monica.benussi@hsanmartino.it)

Camogliano Liliana Coordinatrice [liliana.camogliano@hsanmartino.it](mailto:liliana.camogliano@hsanmartino.it)

#### **Abstract per il cittadino**

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità i tagli cesarei (TC) non dovrebbero superare il 10-15% dei parti. L'elevata quantità di tagli cesarei è riconducibile a numerosi fattori tra cui precedenti cesarei, riproduzione assistita, età avanzata, fattori correlati alle attitudini dei professionisti coinvolti nella gravidanza, aspettative delle donne in gravidanza, fattori legati all'informazione ricevuta in gravidanza, consapevolezza dei rischi e benefici di ogni procedura, contesto socio culturale. Nell'Ospedale Policlinico San Martino durante il 2016 i parti cesarei programmati e in travaglio sono stati il 40.5% (608/1502) del totale dei parti. **Obiettivi:** 1. Individuare le determinanti del percorso nascita che influenzano maggiormente la scelta del parto cesareo. 2. Determinare le motivazioni del personale sanitario nella scelta della modalità di parto. 3. Valutazione dell'appropriatezza dei TC. **Metodi:** Ogni donna che ha partorito al Policlinico dal 1/10/2017 al 31/03/2018 è stata invitata a compilare un questionario che indagava aspetti relativi alla gravidanza. Sono stati valutati tutti i parti attraverso il Certificato di Assistenza alla nascita (CEDAP), e la cartella clinica. I parti con taglio cesareo sono stati valutati riguardo alla potenziale appropriatezza/ non appropriatezza in base alla Linea Guida del Ministero della Salute. **Risultati:** Delle 665 mamme partecipanti all'audit, la maggioranza ha dichiarato di essere abbastanza informata riguardo alle diverse modalità di parto, i pro e contro di ciascuna modalità, la possibilità di fare l'analgesia durante il travaglio e il parto naturale. Sono state meno informate riguardo alla possibilità di avere un sostegno psicologico, i rischi per la donna e il bambino dopo un taglio

cesareo. La figura del ginecologo era coinvolta in più del 80% dei casi come fonte di informazione. Il 61% (405) dei parti è stato espletato per via vaginale e il 39% (260) come Taglio Cesareo, considerato appropriato nel 18.3% (122) dei casi e potenzialmente inappropriato nel 20.7% (138). Per quanto riguarda le motivazioni alla base dei tagli cesarei ritenuti potenzialmente inappropriati, la pregressa incisione d'utero rappresenta circa un terzo (33%) del totale e il feto podalico il 9%. Tuttavia, la quota preponderante (57%) viene giustificata nel CEDAP come "altro", tra questi la pregressa incisione d'utero e la scelta della paziente/tocofobia sono le motivazioni più frequenti. E' in programma una riunione nel mese di Novembre per la condivisione dei risultati con tutto il personale delle Unità Operative di Ginecologia e ostetricia con lo scopo di determinare le azioni di miglioramento.

### **Abstract in lingua inglese**

According to the World Health Organization, caesarean sections should not exceed 10-15% of total deliveries. The high number of caesarean sections is due to numerous factors including previous caesarean sections, assisted reproduction, advanced age, factors related to the attitudes of professionals involved in pregnancy, expectations of pregnant women, factors related to information received during pregnancy, awareness of risks and benefits of each procedure, socio-cultural context. In the San Martino Polyclinic Hospital during 2016, caesarean sections corresponded to 40.5% (608/1502). **Aims:** 1. To identify determinants that most influence the choice of caesarean section 2. To determine reasons of the health professionals in the choice of the delivery method 3. Evaluation of the appropriateness of the Caesarean sections. **Methods:** Every woman who gave birth at the San Martino Hospital from 1/10/2017 to 31/03/2018 was invited to fill in a questionnaire that investigated aspects related to pregnancy. All deliveries were assessed through the Birth Assistance Certificate of delivery care (CEDAP) and medical records. Caesarean section cases were assessed with respect to potential appropriateness / non-appropriateness based on the Ministry of Health Guideline. **Results:** Of the 665 mothers taking part in the audit, the majority said they were well informed about different birth modes, advantages and disadvantages of each modality, possibility of analgesia during labor and natural childbirth. They were less informed about possibility of having psychological support, risks for women and children after a caesarean section. Gynecologists were involved in more than 80% of cases as a source of information. Among total deliveries, 61% (405) were vaginal deliveries and 39% (260) Caesarean Sections, that were considered appropriate in 18.3% (122) and potentially inappropriate in 20.7% (138). Regarding motivations underlying caesarean sections deemed potentially inappropriate, previous incision of uterus accounts for about a third (33%) of the total and 9% for the breech fetus. However, the major proportion of them (57%) is justified in CEDAP as "other reasons" among which previous incision of the uterus and choice of the patient/tocophobia are the most represented reasons. A meeting is scheduled in November to share results with all the staff of the Gynecology and Obstetrics Operating Units with aim of determining the improvement actions.

### **Obiettivi**

- Individuare le determinanti del percorso nascita che influenzano maggiormente la scelta del parto cesareo
- Determinare le motivazioni del personale sanitario nella scelta della modalità di parto
- Valutazione dell'appropriatezza dei TC in base alla Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", aggiornata al 2016.

### **Materiali e Metodi**

- ogni donna che ha partorito al Policlinico dal 1/10/2017 al 31/03/2018. è stata invitata a compilare un questionario che indagava aspetti relativi alla gravidanza dal suo inizio fino al momento del parto

• Successivamente sono stati valutati tutti i parti attraverso il CEDAP, SDO e cartella clinica. In particolare, per i parti con taglio cesareo è stata fatta la valutazione di potenziale appropriatezza/non appropriatezza in base alla Linea Guida del Ministero della Salute, Istituto Superiore della Sanità, Sistema Nazionale per la linea guida: "Taglio Cesareo usa scelta appropriata e consapevole". Ogni TC è stato valutato da tre valutatori:

un medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva, un medico specialista in Chirurgia Generale. Quando le due valutazioni erano discordanti tra loro, il caso veniva esaminato da un terzo valutatore medico specialista in Medicina Interna.

• E' stata richiesta la stessa valutazione ai direttori delle due unità operative di ginecologia e ostetricia dell'ospedale.

• Sono stati messi a confronto i risultati delle valutazioni sull'appropriatezza del taglio cesareo condotte da parte dei diversi valutatori.

#### **Tempi di realizzazione:**

• Periodo di osservazione iniziale: 1/10/2017 – 31/03/2018.

• Programmazione delle azioni di miglioramento: Novembre 2018,

• Periodo di osservazione per l'applicazione delle azioni di miglioramento: Febbraio 2019- Luglio 2019.

#### **Efficacia del progetto: risultati specifici attesi e misurabili**

##### **Risultati**

##### **Analisi delle risposte ai questionari distribuiti alle mamme**

Durante il periodo 1/10/2017 – 31/03/2018, hanno partorito al Policlinico San martino 706 donne. Sono state definite non eleggibili 14 perché non parlavano italiano ne spagnolo. Dalle 693 eleggibili, sono state escluse 28 perché irreperibili.

Il totale di donne intervistate è stato di 665 mamme con un'età media di 34 anni: il 66% (438) con età tra 31-40 anni, l'8% (55) più di 41 anni, il 25% (167) tra 21 e 30 anni e l'1% (5) minore di 20 anni. Riguardo lo stato civile, il 55%(336) era coniugata, il 42.6%(283) era nubile, il 2.4% (16) era separata. Riguardo l'occupazione, il 75% (500) aveva un lavoro, il 25% (165) no. Riguardo ai titoli di studio, il 48.9% (325) aveva un titolo universitario, il 37% (246) aveva un diploma di scuola superiore, 14% (94) di scuola media o elementare. Riguardo alla cittadinanza, l'83% (552)era Italiana, il 9%(60) di altri paesi Europei, il 4% (23) Latinoamericana, il 2% (14) Africana; il 2% (13) Asiatica. Riguardo al tipo di parto il 61% (405) ha partorito con parto vaginale, il 39% (260) con taglio cesareo.

La prima parte del questionario valutava il percorso informativo che hanno avuto le mamme paragonato con lo standard descritto nella linea guida come parte delle informazioni che il personale sanitario dovrebbe fornire alle donne in gravidanza. La maggioranza delle mamme intervistate ha dichiarato di essere abbastanza o tantissimo informata riguardo:

- alle diverse modalità di parto (88.2%, 540)
- i pro e contro di ciascuna modalità di parto (80.4%, 487)
- la possibilità di fare l'analgesia durante il travaglio e il parto naturale (91,2%, 552).

Le mamme hanno risposto di aver ricevuto meno informazione riguardo ad altri argomenti, hanno dichiarato abbastanza o tantissima informazione su:

- possibilità di avere un sostegno psicologico, altro tipo di aiuto o altro parere medico in caso di ansia, paura o dubbi, soltanto il 51.7% (313)
- il 53.2% (321) riguardo ai rischi per lei e le future gravidanze dopo un taglio cesareo
- il 44.8% (270) riguardo ai rischi per il bambino associati al taglio cesareo
- il 58.9% (355) riguardo i tipi di anestesia utilizzati in corso di taglio cesareo.

Il 98.2% (599) dichiara che le informazioni erano chiare e comprensibili e il 90% (546) dichiara di aver espresso le sue opinioni, dubbi e preoccupazioni riguardo la scelta sul tipo di parto. Il 55.8% (343) ha partecipato a un corso di accompagnamento alla nascita.

Alla domanda “Lei ha richiesto il parto con taglio cesareo?” Ha risposto sì: il 3% (10) di chi ha partorito per via vaginale, il 42.1% (53) di chi ha partorito con TC in elezione e l’20% (20) di chi ha partorito con TC in urgenza.

Alla domanda “ Da chi e come ha avuto le informazioni?” Le risposte se sono distribuite come illustrato nella tabella seguente:

<b>Fonte delle informazioni</b>	<b>numero</b>	<b>%</b>
Ginecologo	195	29,3%
Ostetrica	62	9,3%
Medico di famiglia	1	0,2%
Ambulatorio Ospedale	19	2,9%
Ambulatorio ASL	8	1,2%
Nessuno	6	0,9%
Internet	1	0,2%
Altro	6	0,9%
Non risposto	7	1,1%
Ginecologo e Ostetrica	121	18,2%
Ginecologo e altri (No ostetrica)	115	17,3%
Ostetrica e altri (No ginecologo)	32	4,8%
Tutti	43	6,5%
Altri (No Ostetrica ne ginecologo)	6	0,9%

La figura del ginecologo era coinvolta in più del 80% dei casi come fonte di informazione. Riguardo alla domanda In quale momento della gravidanza ha ricevuto le prime informazioni sulle diverse modalità di parto? Il 27% (181) al I trimestre, il 23,3% (155) al II trimestre e il 35.9% (239), al momento dal ricovero il 2.1% (14), mai è stata informata 2.7% (18). La maggior parte delle mamme dichiara di aver ricevuto informazione da 2 a 4 volte 61,2% (497). Riguardo alla modalità con cui è stata fornita l’informazione, il 69,9% (465) era orale; il 10,8 % (71) scritta e orale.

I controlli durante la gravidanza sono stati eseguiti prevalentemente dal ginecologo di fiducia 52,5% (349) e dal ginecologo nell’ambulatorio del ospedale 29,2%(194).

Riguardo alla domanda “Chi ha deciso la modalità del parto ?” Il 40% (266) ha risposto “la mia libera scelta”, il 24% (164) “la mia scelta su consiglio del ginecologo”, il 12%(80) “scelta fortemente consigliata dal ginecologo”, 14,1% (94) “decisione del ginecologo”

### **Analisi della modalità di parto**

Sul totale di 665 parti analizzati, il 61% (405) è stato espletato per via vaginale e il 39% (260) come Taglio Cesareo (TC), proporzione eccessiva rispetto a quella del 15%, indicata dall'OMS come massima giustificabile e che conferma l'elevato ricorso al TC presso il Policlinico, come già rilevato dal Piano Nazionale Esiti (PNE) 2017.

In particolare, il principale indicatore del PNE è la proporzione di TC primari (TC eseguiti in donne senza pregresso TC), il cui valore rilevato presso il Policlinico San Martino è pari al 37% (dati relativi all'anno 2016), dato che eccede il valore soglia per i TC primari del 25%, fissato dal Ministero della Salute per i punti nascita > 1000 parti annuali. Considerando la variabilità dei periodi di osservazione che caratterizzano le due analisi (12 mesi per il PNE vs 6 mesi per l'Audit condotto nel Policlinico), i dati del San Martino risultano presumibilmente coerenti con quanto rilevato dal PNE in quanto, durante il periodo di osservazione, abbiamo rilevato una proporzione di TC primari del 31.1% (183/585). Successivamente sono state valutate le motivazioni alla base dei TC primari indicate nel CEDAP ed è emerso che: nel 60% (110/183) dei casi è stata indicata la motivazione "altro", nell'11% (20/183) dei casi "sofferenza fetale", nell'11% (21/183) dei casi "distocia meccanica", nel 9% (16/183) dei casi dei casi "podalico", nel 6% (11/183) dei casi "distocia dinamica", nel 3% (5/183) dei casi "pregressa incisione utero".

Alla domanda "Ha avuto sostegno emotivo continuo (personale sanitario, parenti) durante il travaglio?" ha risposto "sì" il 79.5% (529%) e "no" il 6.3% (42).

Alla domanda "Ripensando a questo parto che sensazioni ha": il 41,5% (276) "belle", il 27.5% (183) "più belle che brutte", il 7,2% (48) ne belle ne brutte, il 9,6% (64) "più brutte che belle"; il 2,4% (17) "brute".

### **Analisi dell'appropriatezza dei tagli cesarei**

I TC verificatisi nel periodo di studio sono stati valutati sulla base della Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" (aggiornamento 2016) come appropriati o potenzialmente inappropriati, risultando appropriati nel 18.3% (122) dei casi e potenzialmente inappropriati nel 20.7% (138) dei casi.

La quota di TC appropriati (18.3%; 122) risulta comunque in eccesso rispetto al valore del 15%, considerato come percentuale massima giustificabile dall'OMS, tuttavia tale differenza potrebbe essere considerata ragionevolmente trascurabile, considerando che l'Unità Operativa (UO) Ostetricia e ginecologia del Policlinico San Martino sia una struttura di II livello [Accordo Stato-Regioni 16/12/2010], con numero annuale di parti > 1000 e un bacino di utenza > 5000 parti/anno, caratteristica che probabilmente determina un'aumentata casistica di gravidanze e parti complicati, che necessitano di parto operativo o TC in misura maggiore rispetto alle gravidanze fisiologiche. Infatti, probabilmente anche in considerazione di tale fattore, il Ministero della Salute fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per i punti nascita > 1000 parti annuali. Tuttavia, l'analisi dei dati dimostra che, durante il periodo di studio, nel nostro Istituto la proporzione di TC primari è stata del 31.1%, valore comunque in eccesso rispetto a quello considerato giustificabile, anche considerando la soglia del 25%. Infatti, sul totale dei TC primari il 40.4% è stato valutato potenzialmente inappropriato. Questo dato conferma ulteriormente quanto emerso dalla valutazione di appropriatezza effettuata, che sia proprio la quota di TC inappropriati (20.7% sul totale dei parti) a determinare l'eccesso di TC non trascurabile. Abbiamo quindi ritenuto opportuno concentrare le nostre analisi su questa quota di TC, per determinarne le motivazioni e ideare azioni di miglioramento allo scopo di ridurre tale quota.

Poiché all'interno del Policlinico sono presenti due UO di Ostetricia tradizionali e il Centro Nascita Alternativo (CNA), sono stati confrontati i dati relativi ai parti in base all'UO di appartenenza. In particolare, come illustrato dai grafici seguenti, è emerso che tra le due UO tradizionali è presente una diversa gestione delle modalità di parto, con conseguente ripercussione sull'appropriatezza dei TC effettuati.

Successivamente, è stato ritenuto opportuno indagare quali fossero le motivazioni alla base dei TC eseguiti, valutando i TC sia in totale, sia in base all'appropriatezza. La tabella seguente mostra le proporzioni dei motivi indicati nel CEDAP alla base dei TC.

Motivi CEDAP	TC APPROPRIATI	TC INAPPROPRIATI	TOTALE
ALTRO	61	79	140
DISTOCIA DINAMICA	10	1	11
DISTOCIA MECCANICA	21	0	21
PODALICO	6	13	19
PREGRESSA INCISIONE UTERO	4	45	49
SOFFERENZA FETALE	20	0	20
<b>TOTALE</b>	<b>122</b>	<b>138</b>	<b>260</b>

Per quanto riguarda le motivazioni alla base dei 138 TC ritenuti potenzialmente inappropriati, la pregressa incisione d'utero rappresenta circa un terzo (33%) del totale e il feto podalico il 9%. Tuttavia, la quota preponderante (57%) viene giustificata nel CEDAP come "altro".

In particolare, si è ritenuto opportuno analizzare i TC potenzialmente inappropriati motivati con "altro" (79 casi su 138 TC) e caratterizzare quali sono state le indicazioni che ne erano alla base. La pregressa incisione d'utero e la scelta della paziente/tocofobia sono le motivazioni più rappresentate. Successivamente, sono stati eliminati dall'analisi i TC "ALTRO" eseguiti in urgenza, supponendo che questi potrebbero trovare giustificazione nelle particolari condizioni che determinano tale situazione; tuttavia, non si riscontrano differenze importanti per quanto riguarda le motivazioni principali, si evidenzia che i TC "altro" eseguiti in urgenza erano dovuti principalmente a PROM e fallita induzione. Le quote più importanti di TC potenzialmente inappropriati giustificati come "ALTRO", sia per quanto riguarda il totale sia per quelli eseguiti in elezione, sono rappresentate da quelli eseguiti a causa della pregressa incisione di utero (24% e 22%, rispettivamente), scelta della paziente/tocofobia (21% e 23%, rispettivamente) e altre indicazioni mediche (16% e 21%, rispettivamente).

### Costi

Il personale predisposto all'audit ha realizzato tutte le attività necessarie durante l'orario di servizio.

### Condivisione dei Risultati:

Durante il mese di Luglio, i risultati preliminari dei questionari e della prima valutazione della appropriatezza del taglio cesareo sono stati presentati ai Direttori delle Unità Operative. Una seconda condivisione è in programma per il mese di Novembre con tutto il personale delle Unità Operative di Ginecologia e ostetricia con lo scopo di determinare le azioni di miglioramento.

### Bibliografia

1. Sistema nazionale per le linee guida SNLG-ISS. Linea guida: Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Gennaio 2014. Disponibile al indirizzo: [http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG\\_cesareo\\_comunicazione.pdf](http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_cesareo_comunicazione.pdf) (visitato il 3 Luglio 2017).

2. Obesity and mode of delivery in primigravid and multigravid women . Lynch CM, Sexton DJ, Hession M, Morrison JJ. 25, s.l. : Am J. Perinatol, 2008.
3. Assisted reproductive technology and the risk of pregnancy-related complications and adverse pregnancy outcomes in singleton pregnancies: a meta-analysis of cohort studies. . Qin J, Liu X, Sheng X, Wang H, Gao S. 105, s.l. : Fertil Steril, 2016.
4. Cesarean delivery rates and obstetric culture - an Italian register-based study. Plevani E., Incerti M., Del Sorbo, D., Pintucci A., Vergani P., Merlino L., Locatelli A.,. 96, s.l. : Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2017.
5. Prevention of the first cesarean delivery: the role of operative vaginal delivery. AF, Gei. 58, s.l. : Semin Perinatol, 2012.
6. Euro-Peristat project. European perinatal health report. Health and Care of Pregnant Women and Babies in Europe in 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.europersistat.com/images/doc/Peristat%202013%20V2.pdf> (visitato il 4-07-2017).
7. Istituto nazionale di Statistica, Istat. Annuario di statistiche demografiche. Roma, 1980. Roma : s.n., 1980.
8. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema. Attività di ricovero 2008 (analisi preliminare). Roma. Luglio 2009 : s.n.
9. Ministero della salute. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - anno 2014.
10. Ospedale Policlinico San Martino. Controllo di gestione - Cruscotto direzionale. Certificato di assistenza al parto. Genova (GE) : s.n., 2016.
11. Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences. Torloni MR., Beltràn AP., Montilla P., Scolaro E., Seuc A., Mazzoni A., Althabe D., Merzagora F., Donzelli GP., Meriardi M. 13:78, s.l. : BMC Pregnancy & Childbirth, 2013.