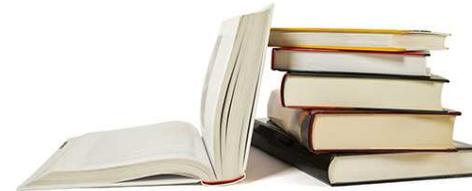


# Audit Osservazionale Prospettico del percorso nascita con riferimento alle variabili che condizionano la cesarizzazione

- ✓ Risultati
- ✓ Azioni di miglioramento



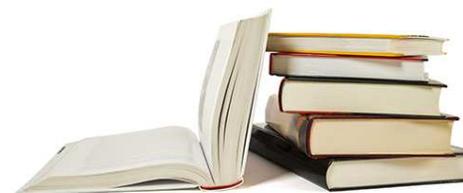
# Protocollo dello studio



- ✓ 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.
  
- ✓ Periodo di osservazione: 1/10/2017 – 31/03/2018



# Protocollo dello studio



## ✓ Metodi:

- ogni donna che ha partorito al Policlinico è stata invitata a compilare un questionario che indagava aspetti relativi alla gravidanza dal suo inizio fino al momento del parto
- valutazione CEDAP, SDO, cartella clinica





# Risultati

- ✓ Dal 1 ottobre 2017 al 31 marzo 2018 presso il Policlinico San Martino hanno partorito 706 donne:
  - 13 escluse perché non eleggibili (non parlavano italiano né spagnolo)
  - 28 erano irreperibili
  - per un totale finale di parti valutabili di **665**

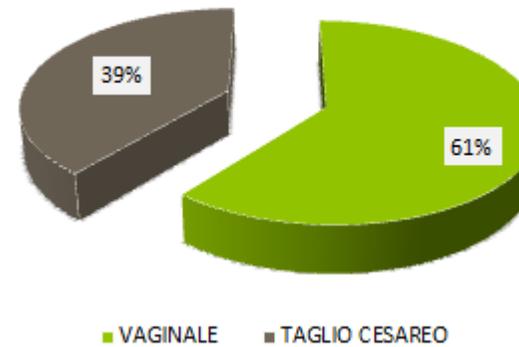




# Risultati (dati grezzi)

- 405 parti vaginali
- 260 Tagli Cesarei (TC)

Modalità di parto Policlinico San Martino





# Risultati

Classe di Robson	N TC (N)	Totale parti (N)	Tasso TC (%)	Contributo di ciascuna classe sul totale TC (%)
IIB - nullipare, feto singolo, a termine, cefalico, TC prima del travaglio	64	64	100,0	24,6
IVB - pluripare, feto singolo, cefalico, a termine, TC prima del travaglio	40	40	100,0	15,4
IX - feto singolo in presentazione anomala	3	3	100,0	1,2
VI - nullipare, feto singolo, podalico	17	17	100,0	6,5
VII - pluripara, feto singolo, podalico	5	5	100,0	1,9
VIII - gravidanze multiple	14	14	100,0	5,4
V - pluripare, precedente TC, feto singolo, cefalico, a termine	37	40	92,5	14,2
X - feto singolo, cefalico, pretermine (< a 37 settimane)	18	28	64,3	6,9
IIA - nullipare, feto singolo, a termine, cefalico, travaglio indotto	25	97	25,8	9,6
I - nullipare, feto singolo, a termine, cefalico, travaglio spontaneo	34	206	16,5	13,1
IVA - pluripare, feto singolo, cefalico, a termine, travaglio indotto	1	35	2,9	0,4
III - pluripare, feto singolo, cefalico, a termine, travaglio spontaneo	2	116	1,7	0,8
<b>Totale</b>	<b>260</b>	<b>665</b>	<b>39,1</b>	<b>100,0</b>



# Risultati

Programma Nazionale Esiti (PNE): TC primari massimo al 25%.

Al Policlinico:

TC primari	183
Parti senza pregresso TC	585
Proporzione TC primari	31,3





Successivamente, è stata fatta la valutazione di potenziale appropriatezza/inappropriatezza in base alla Linea Guida.

#### METODI:

Ogni TC è stato valutato da due valutatori:

- medico specializzando in Igiene e Medicina Preventiva
- medico specialista in Chirurgia Generale

Quando le due valutazioni erano discordanti tra loro il caso veniva esaminato da un terzo valutatore:

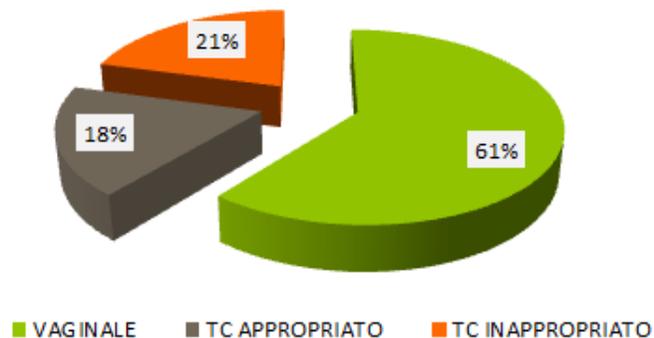
- medico specialista in Medicina Interna





# Risultati

## Appropriatezza parti Policlinico San Martino



Sul totale dei parti:  
21% (138/665) TC  
potenzialmente inappropriati

Sul totale dei TC:  
53% (138/260) TC  
potenzialmente inappropriati





Sul totale dei TC primari:

il **40,4%** è stato valutato potenzialmente inappropriato.

Considerando solo i TC potenzialmente appropriati la proporzione dei TC primari scenderebbe al 18,6%, rientrando nel limite indicato dal Ministero della Salute.

Da questa analisi la quota di TC potenzialmente inappropriati risulta essere responsabile dell'eccesso di TC al Policlinico.

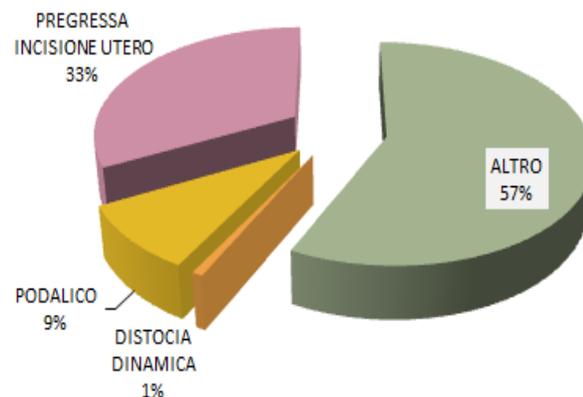




# Risultati

Riguardo alle motivazioni alla base dei TC potenzialmente inappropriati: nel **57%** dei casi nel CEDAP è stata indicata la motivazione «**ALTRO**» (senza variazioni significative nelle diverse UO).

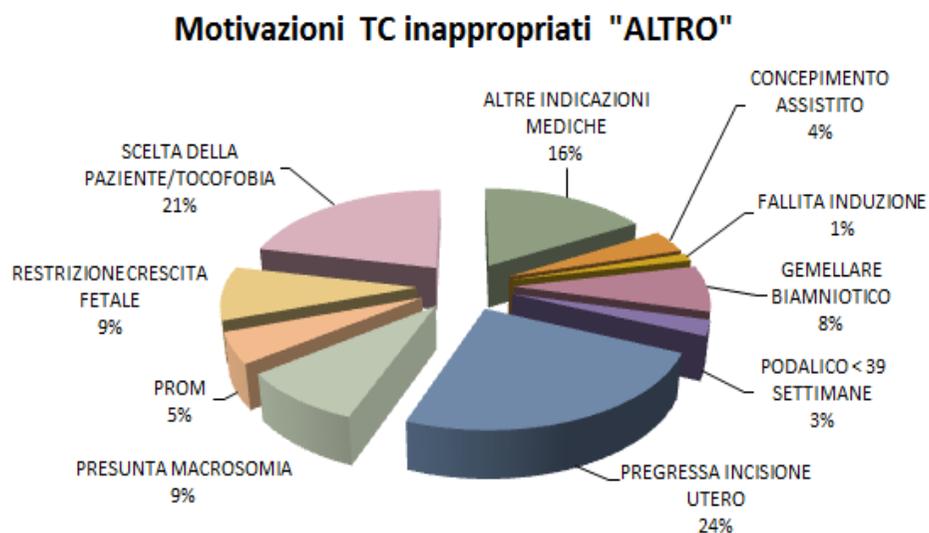
Motivazioni TC inappropriati





# Risultati

Sono state quindi valutate le motivazioni alla base dei TC potenzialmente inappropriati giustificati come «ALTRO», in base alla Descrizione dell'intervento e/o alla Cartella Clinica:



Le false indicazioni più frequenti sono:

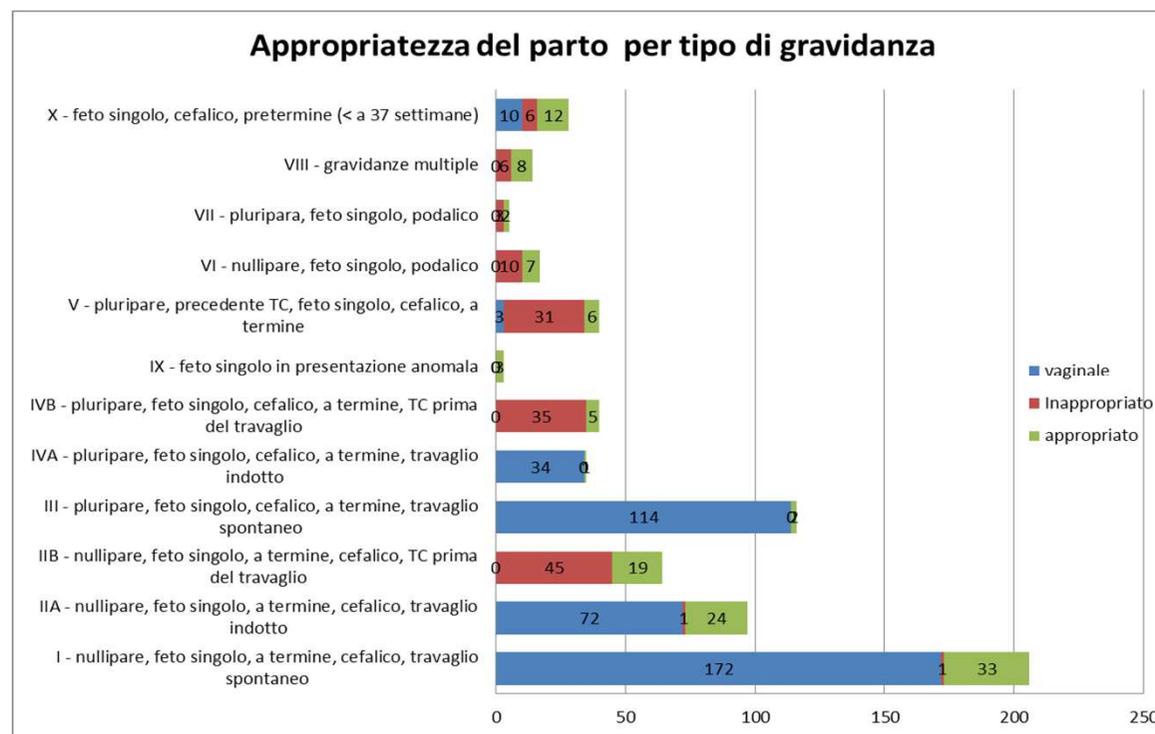
- scelta della paziente/tocofobia (17)
- pregressa incisione d'utero (19)
- altre indicazioni mediche (13)





# Risultati

Le classi di Robson IIB, IV B e V, VI, VII, VIII sono caratterizzate da elevate proporzioni di TC.





# Risultati: il questionario

Per quanto riguarda le **informazioni ricevute** durante la gravidanza la maggior parte delle donne dichiara di aver ricevuto **abbastanza o tantissime informazioni** su:

- diverse modalità di parto
- pro e contro di ciascuna
- possibilità di analgesia durante travaglio e parto naturale
- tipo di parto più consigliabile per lei

Le informazioni ricevute sembrano essere state meno soddisfacenti per quanto riguarda:

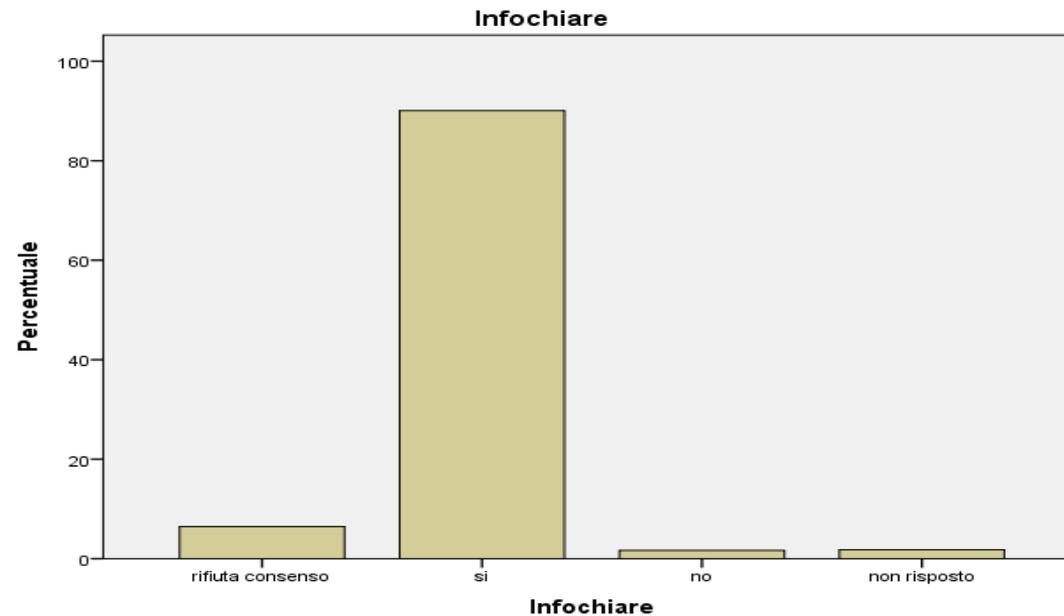
- possibilità di sostegno psicologico
- i rischi per lei e le future gravidanze dopo un TC
- rischi per il bambino associati al TC
- i tipi di anestesia utilizzati in corso di TC





# Risultati: il questionario

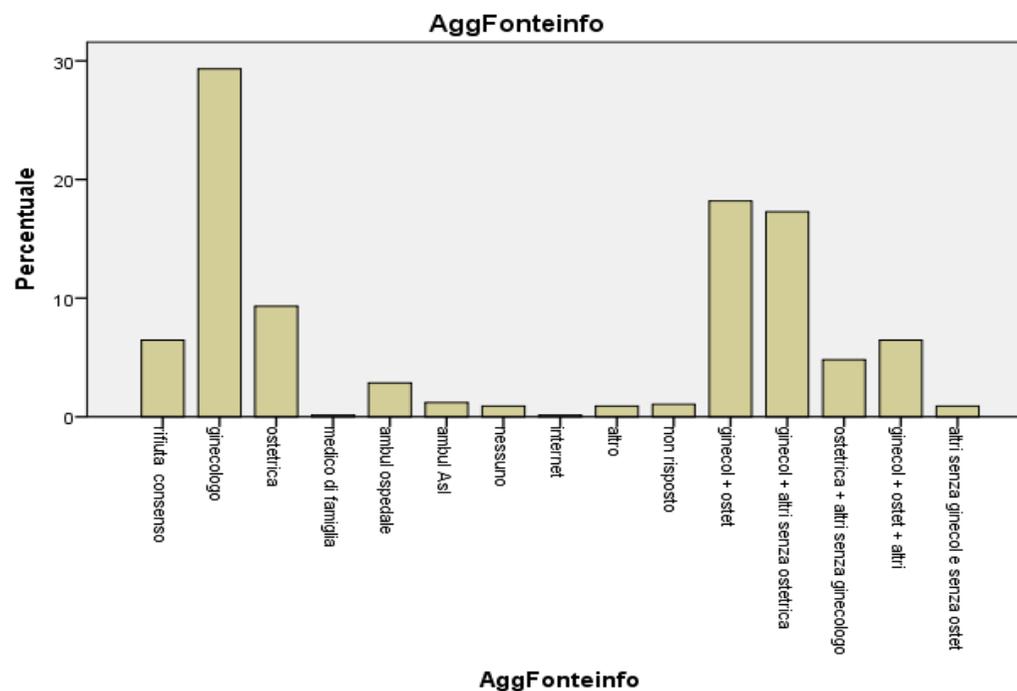
La maggior parte delle donne ha dichiarato che le informazioni ricevute erano chiare e rispettose della loro cultura.





# Risultati: il questionario

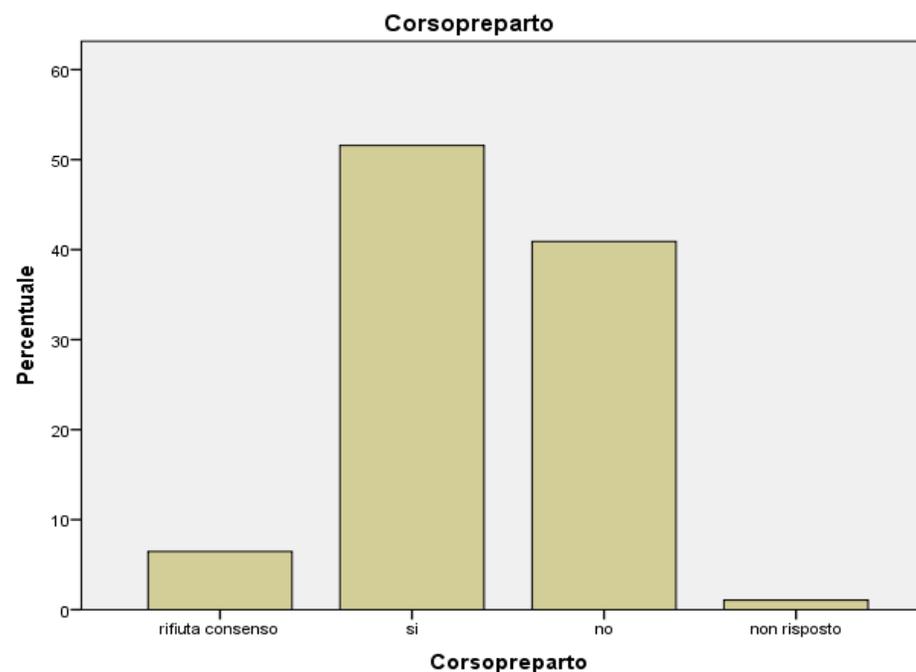
La fonte di informazione era il ginecologo in più dell'80% dei casi.





# Risultati: il questionario

Soltanto il 51.6% (343 mamme) ha partecipato al corso preparto, tuttavia, bisogna considerare che tra quelle che non hanno partecipato ci sono probabilmente molte pluripare, che avevano seguito il corso in precedenza.

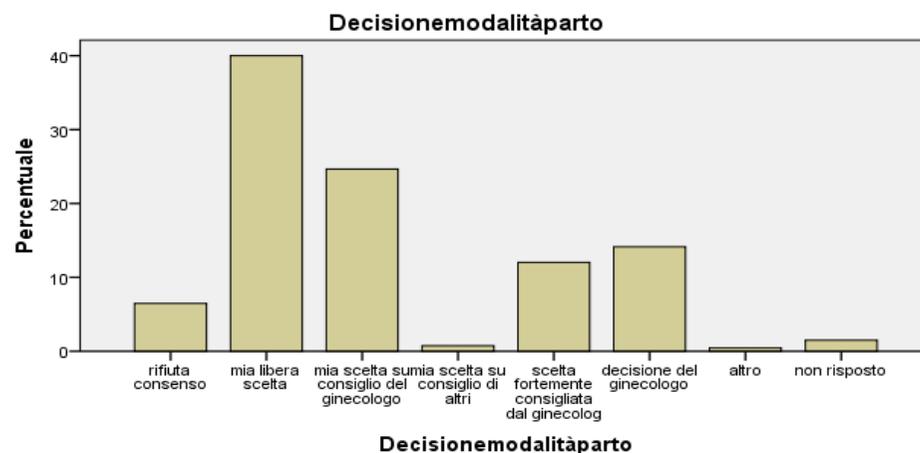




# Risultati: il questionario

Il 40% (266) delle donne ritiene che la decisione del tipo di parto sia stata una propria libera scelta.

Il ginecologo ha influenzato la decisione del tipo di parto nel 50,8% (337) dei casi.



# Azioni intraprese



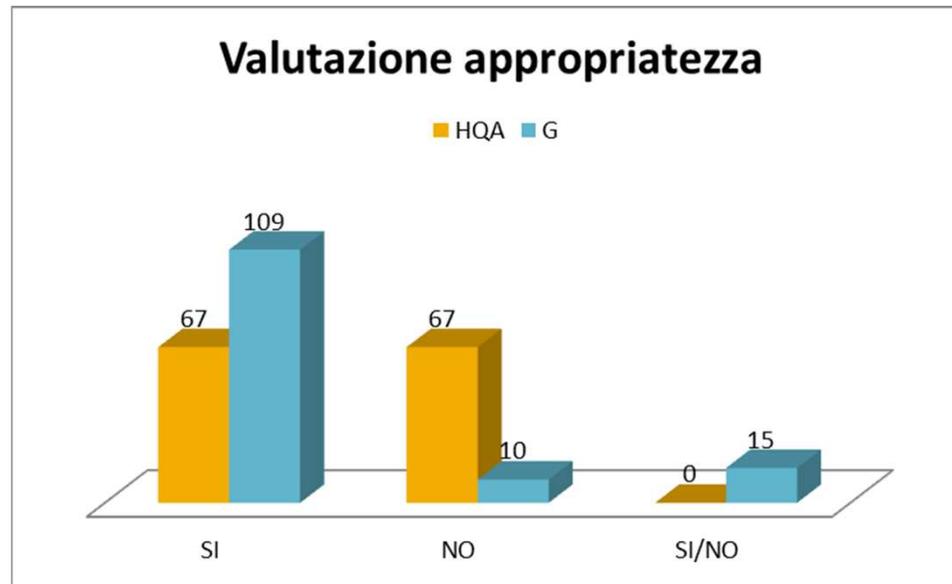
- Valutazione specialistica dell'appropriatezza/inappropriatezza dei TC eseguiti nel periodo di studio in base alla Linea Guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" (aggiornata al 2016), da parte di uno o più ginecologi.
- Finalizzazione delle analisi statistiche.





# Risultati

La potenziale appropriatezza/inappropriatezza sui parti della UO T28 è stata valutata anche dal Direttore della UO stessa, Dott. Gustavino.



	CATEGORIE	APPROPRIATEZZA HQA			Totale
		SI	NO	SI/NO	
APPROPRIATEZZA DIRETTORE G	SI	64	45	0	109
	NO	0	10	0	10
	SI/NO	3	12	0	15
	Totale	67	67	0	134

K di Cohen= 0,19  
Slight agreement  
(Esclusi i casi SI/NO)





# Azioni di miglioramento: cosa dice la letteratura

- Coinvolgimento di tutti i professionisti sanitari nell'analisi e modifica delle pratiche cliniche
- Identificazione delle barriere al cambiamento
- Strumento dell'Audit continuo e feedback dettagliati
- Seconda opinione obbligatoria per la decisione del TC in base alla Linea Guida
- Diffusione e supporto della Linea Guida
- Identificazione delle principali aree sulle quali agire in base all'analisi della frequenza dei TC stratificati per Classe di Robson

- Chaillet N(1), Dumont A. Evidence-based strategies for reducing cesarean section rates: a meta-analysis. Birth. 2007 Mar;34(1):53-64.

- Khunpradit S(1), Tavender E, Lumbiganon P, Laopaiboon M, Wasiaik J, Gruen RL. Non-clinical interventions for reducing unnecessary caesarean section. Cochrane Database Syst Rev. 2011 Jun 15;(6):CD005528. doi: 10.1002/14651858.CD005528.pub2.





# Azioni di miglioramento: esempio della ASL TO4 (Ciriè, Chivasso, Ivrea)

- La ASL TO4 (Ciriè, Chivasso, Ivrea) ha introdotto, per esempio:
  - Audit continuo
  - Discussione collegiale quotidiana
  - Creazione di percorsi diagnostico/terapeutici omogenei
  - Integrazione territorio-ospedale
  - Sviluppo di una Carta dei servizi specifica per il percorso nascita
  - Programma di implementazione delle Linee Guida

**Riduzione TC dal 38,9% al 22%**





# Azioni di miglioramento: esempio del Dipartimento Ostetrico-ASST Bergamo Ovest ospedale Treviglio (I)

- Monitoraggio mensile degli outcomes ostetrici
- Identificazione/reclutamento di un responsabile di sala parto e di una coordinatrice ostetrica
- Miglioramento del teamwork (lavoro di equipe)
- Briefing ostetrico ogni mattina con discussione e valutazione di ogni taglio cesareo effettuato
- Miglioramento della capacità di interpretare i tracciati cardiocografici
- Training ostetrico periodico sulle skills tecniche e non tecniche con manichini e simulatori complessi



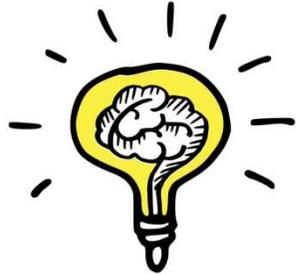


# Azioni di miglioramento: esempio del Dipartimento Ostetrico-ASST Bergamo Ovest ospedale Treviglio (II)

- Revisione dei protocolli clinici
- Introduzione di un ambulatorio specifico dedicato alla valutazione e ammissione al travaglio della paziente precesarizzata
- Introduzione di un ambulatorio per il rivolgimento di feto podalico con manovre esterne
- Introduzione di un nuovo partogramma con curve cervimetriche che consentano tempi di dilatazione più lunghi
- Implementazione di una nuova gestione della distocia del travaglio conforme alla cosiddetta “gestione omnicomprensiva” del travaglio
- Classificazione del livello di rischio della donna in travaglio con gestione da parte delle ostetriche del basso rischio

**Riduzione TC dal 32,6% al 18,1%**





# Azioni di miglioramento: quali idee?





# Prospettive future

- Ideazione Azioni di Miglioramento da intraprendere
- Implementazione delle Azioni di Miglioramento
- Re - Audit

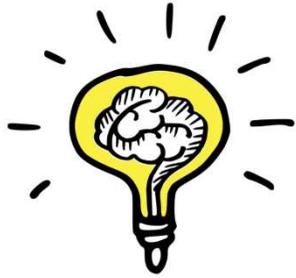




**Grazie per  
l'attenzione!**



**OSPEDALE POLICLINICO SAN MARTINO**  
Sistema Sanitario Regione Liguria  
*Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per l'Oncologia*



# Azioni di miglioramento: proposte

- Monitoraggio settimanale degli outcomes ostetrici
- Maggiore accuratezza nella compilazione del CEDAP
- Identificazione/reclutamento di un responsabile di sala parto e di una coordinatrice ostetrica
- Briefing ostetrico ogni mattina con discussione e valutazione di ogni taglio cesareo effettuato
- Miglioramento della capacità di interpretare i tracciati cardiotocografici
- Training ostetrico periodico sulle skills tecniche e non tecniche con manichini e simulatori complessi
- Revisione dei protocolli clinici (seconda opinione obbligatoria per TC elettivi)
- Introduzione di un ambulatorio specifico dedicato alla valutazione e ammissione al travaglio della paziente precesarizzata
- Introduzione di un ambulatorio per il rivolgimento di feto podalico con manovre esterne
- Introduzione di un nuovo partogramma con curve cervimetriche che consentano tempi di dilatazione più lunghi
- Classificazione del livello di rischio della donna in travaglio con gestione da parte delle ostetriche del basso rischio

