

Presentata all'Iss la Linea guida sul Taglio cesareo

Per una scelta consapevole al Tc: l'informazione alle mamme

Sono una macchia nell'efficienza del sistema sanitario italiano. I parti cesarei in un trentennio sono saliti di ben 26 punti percentuali (dall'11% del 1980 al 38% del 2008). Siamo così il Paese a livello europeo con la più alta percentuale di cesarei, seguiti solo dal Portogallo con il 33% e ben distanziati dal 15% dell'Olanda. E con grandi differenze a livello regionale: si va dal 23% della provincia di Trento e del Fvg al 62% della Campania.

Alla luce di questi scenari il Sistema nazionale per le Linee guida dell'Iss ha elaborato una Linea guida su "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole". Al progetto, finanziato dal ministero della Salute, hanno partecipato un gruppo multidisciplinare formato da esperti, rappresentanti delle società scientifiche del settore, tra cui e delle associazioni dei cittadini. La Linea guida affronta in particolare il tema della *patient oriented care* (il documento è consultabile sul sito internet <http://www.snlg-iss.it>). Obiettivi: informare le donne su rischi e vantaggi del parto con taglio cesareo per arrivare ad una scelta consapevole; fornire supporto e strumenti per vincere l'eventuale paura del parto naturale; migliorare la comunicazione tra le donne e gli operatori sanitari sulle modalità di parto.

E questa è solo la prima parte di un progetto più ampio che si concluderà alla fine del 2010 e prenderà in esame le indicazioni al taglio cesareo elettivo, l'appropriatezza di procedure diagnostiche e manovre impiegate nella pratica clinica corrente e le ricadute del Tc sulle future gravidanze e modalità di parto. "Questa linea guida - ha spiegato Enrico Garaci, presidente dell'Istituto superiore di sanità - rappresenta il passo iniziale, per quanto significativo, di un percorso che è anche una sfida, da giocarsi sul terreno del consolidamento delle buone pratiche nell'assistenza alla nascita. Siamo consapevoli che per governare la complessità del fenomeno non bastano delle raccomandazioni, seppure suffragate dalle migliori prove disponibili, ma si richiede, piuttosto, un riorientamento complessivo del sistema, un approccio integrato

in cui le misure di programmazione sanitaria, a livello nazionale e regionale, sappiano coniugarsi con l'implementazione di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale". Questo, conclude Garaci, "nella consapevolezza che su questa capacità di agire come sistema si deciderà, in larga misura, il futuro della sanità pubblica in Italia".



in cui le misure di programmazione sanitaria, a livello nazionale e regionale, sappiano coniugarsi con l'implementazione di iniziative di educazione e di protocolli clinico-organizzativi a livello locale". Questo, conclude Garaci, "nella consapevolezza che su questa capacità di agire come sistema si deciderà, in larga misura, il futuro della sanità pubblica in Italia".

Partiamo dall'informazione alla donna

Le Linee guida nascono da una richiesta istituzionale del ministro della Salute. E la richiesta istituzionale, a sua volta, nasce dall'evidenza del ricorso improprio al taglio cesareo.

"Gli ultimi dati del 2008 - ha ricordato Serena Donati, coordinatrice del gruppo di lavoro dell'Iss - rilevano una percentuale di Tc a livello nazionale di 38,4%. Un valore fuori linea rispetto a quanto accade negli altri Paesi europei che si attestano mediamente intorno al 20-25%. Inoltre abbiamo una variabilità preoccupante non solo a livello regionale, ma anche tra Asl e Asl e persino tra punto nascita all'interno della stessa Asl. Differenze figlie di una mancata appropriatezza nell'indicazione a questa pratica. Una pratica salvavita che, lo ricordo, è sicuramente fondamentale, tant'è che se l'Oms da un lato raccomandava

di non superare il 15% di Tc dall'altro suggerisce anche di non scendere sotto la soglia del 5%, questo perché molte del Sud del mondo non arrivano ad avere un cesareo nonostante l'indicazione appropriata e quindi muoiono di parto".

Quindi, occorre compiere un giro di boa. Anche perché spesso, ha sottolineato Donati: "Si pensa che siano le scelte materne a far aumentare i cesarei, ma i dati non confermano questa affermazione. Infatti, in tutte le indagini realizzate, la stragrande maggioranza della donne alla domanda su quale tipo di parto avrebbero preferito, anche quelle che hanno avuto un cesareo, indicano lo spontaneo". Tradotta in cifre, la richiesta materna di cesareo riguarda appena il 6-7% dei casi.

Per questo la Linea guida presentata all'Iss parte dalla donna. O meglio dalle modalità più appropriate per fornire alle mamme le indicazioni necessarie per scegliere liberamente come partorire avendo acquisito informazioni scientifiche chiare e complete sulle modalità di espleta-

Il panel multiprofessionale che ha elaborato la linea guida

Responsabile del progetto
Alfonso Mele
Istituto superiore di sanità

Coordinatori
Giovanni Baglio
Istituto superiore di sanità
Serena Donati
Istituto superiore di sanità
Cristina Morciano
Istituto superiore di sanità

Panel
Giovanna Battista Ascone
Ministero della salute
Rossella Barbanti Ausl, Viterbo
Vittorio Basevi CeVEAS - Centro per la valutazione dell'efficacia dell'assistenza sanitaria, Ausl, Modena
Giovanna Bestetti
Università degli studi, Milano
Guerino Carnevale
Ministero della salute
Ivana Castelletti Società Italiana di anestesia, analgesia, rianimazione e terapia intensiva
Luana Danti Associazione scientifica Andria, Torino
Alessandra De Palma Unità operativa di medicina legale, Ausl, Modena
Maria Grazia Frigo Club italiano anestesisti ostetrici
Alessandro Ghirardini Ministero della salute
Raffaella Michieli Società italiana di medicina generale
Massimo Moscarini Associazione ginecologi universitari italiani
Nicola Natale Società italiana di ginecologia e ostetricia
Fabrizio Niccolini Azienda ospedaliera Careggi, Firenze
Anita Regalia Azienda ospedaliera S. Gerardo, Monza
Bruno Rusticali Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
Barbara Siliquini Associazione parto naturale
Fabio Sirimarcio Associazione ospedaliera ginecologi ostetrici italiani
Angela Spinelli Istituto superiore di sanità
Maria Vicario Federazione nazionale dei collegi delle ostetriche
Rinaldo Zanini Società italiana di neonatologia

Formatori dei valutatori della letteratura

Giovanni Baglio
Istituto superiore di sanità
Salvatore De Masi Asl 6, Livorno
Serena Donati Istituto superiore di sanità
Letizia Sampaolo Istituto superiore di sanità

Valutatori della letteratura

Patrizia Brigoni Sistema nazionale per le linee guida
Elena Cesari Azienda ospedaliera Sant'Antonio Abate, Gallarate (Varese)
Andrea Lo Vecchio Università Federico II, Napoli

Documentalisti
Rosaria Rosanna Cammarano Istituto superiore di sanità
Maurella Della Seta Istituto superiore di sanità

Referee
Salvatore Alberico Irccs Burlo Garofolo, Trieste
Anna Aprile Università degli studi, Padova
Sandro Spinsanti Istituto Giano, Roma

Iss- Sistema Nazionale per le Linee Guida (Snlg)

È online sul sito www.snlg-iss.it il testo completo della linea guida "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole", dedicata agli aspetti della comunicazione tra gli operatori sanitari e le donne, in particolare sui temi dell'informazione sulle modalità di parto, del consenso informato e della gestione della richiesta materna di taglio cesareo in assenza di motivazioni cliniche. È stata inoltre predisposta una versione divulgativa specificamente rivolta alle donne: "Taglio cesareo solo quando serve".

Tabella 3

Dirigente con incarico di direzione di struttura complessa	€ 17.052,27
Dirigente con incarichi art. 27 lett. b) o c) del CCNL stipulato in data 8 giugno 2000 ed esperienza professionale nel SSN superiore a quindici anni	€ 12.791,61
Dirigente con incarichi art. 27, lett. b) o c) del CCNL stipulato in data 8 giugno 2000 ed esperienza professionale nel SSN tra cinque e quindici anni	€ 9.385,84
Dirigente con esperienza professionale nel SSN sino a cinque anni	€ 2.325,41

fondi ivi indicati è quello consolidato al 31 dicembre 2007, tenuto anche conto degli incrementi effettuati ai sensi dell'art. 26, comma 2, secondo alinea, del CCNL del 17/10/2008. Nel consolidamento non sono da considerare le risorse di cui all'art. 26 comma 1 ultimo periodo del CCNL del 17 ottobre 2008, le quali comunque costituiscono ulteriori modalità di incremento dei fondi dal 1° gennaio 2008 ai sensi del comma 3.

2. Il fondo è incrementato, a decorrere dal 1° gennaio 2009, di € 145,70 annui lordi per ogni dirigente medico e veterinario in servizio al 31 dicembre 2007.
3. Si conferma quanto previsto dal comma 3 dell'art. 26 del CCNL del 17 ottobre 2008.

Art. 12

Incremento dell'indennità di esclusività del rapporto di lavoro

1. Gli importi dell'indennità di esclusività del rapporto di lavoro di cui all'art. 5 del CCNL del 8 giugno 2000, sono rideeterminati dal 1° gennaio 2009 nelle misure annue lorde di seguito indicate (**vedi tabella 3**)
2. L'indennità di esclusività, fissa e ricorrente, è corrisposta per tredici mensilità.
3. È disapplicato l'art. 5, comma 2, secondo capoverso del CCNL 8/6/2000, secondo biennio economico.

Art. 13

Progetti e programmi per il miglioramento dei servizi all'utenza

1. Al fine di dare maggiore impul-

so ai processi di innovazione, le Aziende promuovono specifici progetti programmi o piani di lavoro per il miglioramento dei servizi rivolti all'utenza, con particolare riferimento alla piena adeguatezza dei sistemi organizzativi, nonché al conseguimento di una maggiore corrispondenza tra le prestazioni rese e le esigenze del cittadino.

2. I progetti e programmi di cui al comma 1, devono corrispondere ad esigenze effettive dell'Azienda ed apportare un concreto e misurabile contributo aggiuntivo alla attività fissata nei livelli essenziali di assistenza soprattutto per quanto riguarda gli obiettivi di riduzione delle liste di attesa e la piena e qualificata erogazione dei servizi, ivi compreso l'ampliamento degli orari delle strutture e il miglioramento del servizio di guardia, nonché delle attività di gestione dell'emergenza e del pronto soccorso.
3. Nell'ambito dei vincoli di finanzia pubblica fissati per i rispettivi sistemi sanitari regionali e fatto salvo comunque il rispetto dei Patti per la salute e dei relativi obiettivi e vincoli economici e finanziari, le Regioni, in presenza di ulteriori economie effettuate nell'ambito di processi strutturali di razionalizzazione e riorganizzazione del settore sanitario che consentano complessivi risparmi di spesa, ivi compresi quelli riferiti ai costi per il personale, individuano con specifica direttiva, a valere dall'anno 2009, ulteriori risorse nel limite massimo dello 0,8%, calcolate sul monte salari 2007, per

il finanziamento dei progetti innovativi di cui ai commi precedenti. Dette risorse non sono oggetto di consolidamento in alcuno dei fondi previsti dal presente CCNL e non possono finanziare voci del trattamento fondamentale della retribuzione.

4. Le suddette risorse sono eroga- te a consuntivo, previa verifica dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi di cui ai commi precedenti, da attuarsi mediante appositi indicatori e parametri previsti nell'ambito della direttiva regionale di cui al comma 3, sulla base dei criteri individuati nell'Allegato 1 al presente CCNL. Tali risorse vengono destinate ai dirigenti direttamente coinvolti nell'ambito di tali progetti, secondo appositi meccanismi premiali correlati ai risultati conseguiti.

DICHIARAZIONE CONGIUNTA N.1

Le parti congiuntamente dichiarano che, con riferimento al biennio economico 2008-2009, nella definizione di "monte salari" viene ricompresa l'indennità di esclusività del rapporto di lavoro di cui all'art. 5 del CCNL dell'8 giugno 2000.

ALLEGATO N.1

Criteri generali per la definizione di sistemi di verifica del raggiungimento degli obiettivi dei progetti e programmi di miglioramento di cui all'art.6 del presente CCNL. 1. Modalità attuative

Le Regioni forniscono, nell'ambito della direttiva di cui al comma 3 dell'art. 6 del presente CCNL, le

linee guida circa le modalità di attuazione dei progetti e programmi di cui al comma medesimo, individuando possibili macro-obiettivi coerenti con il piano sanitario regionale e prevedendo, in via generale, indicatori e parametri idonei ad accertare l'effettivo miglioramento delle prestazioni e dei servizi erogati ed il raggiungimento dei risultati quali - quantitativi prefissati.

Nell'ambito dei suddetti macro-obiettivi, i progetti aziendali individuano prioritariamente:

- gli obiettivi da conseguire;
- i processi nei quali si articola l'azione;
- le risorse umane, tecniche e strumentali necessarie, individuando, altresì, le competenze e le professionalità coinvolte;
- gli indicatori ed i parametri adeguati ai citati obiettivi ai fini della verifica dei relativi risultati raggiunti.

2.Indicatori - parametri

Per quanto riguarda le risorse assegnate e le procedure utilizzate, la misurazione del miglioramento qualitativo conseguito avviene sulla base di tali criteri, individuati a titolo esemplificativo:

- Professionalità: intesa come livello delle conoscenze scientifiche e delle abilità professionali possedute;
- Efficacia: con riferimento alla procedure utilizzate nell'erogazione dei servizi e semplificazione delle stesse, anche ai fini della riduzione dei tempi medi di erogazione;
- Capacità innovativa: attitudine dimostrata nell'attuare innovazioni organizzative, tecnologiche e di servizio e di partecipare attivamente ai processi di cambiamento organizzativo;
- Orientamento all'utenza, anche con riferimento al grado di soddisfazione espresso dai soggetti interessati;
- Appropriata tecnica: della strumentazione utilizzata e delle tecnologie disponibili;
- *Benchmarking*: il confronto del-

la qualità e quantità dei servizi con l'analoga offerta di altre aziende con performance elevate.

Per quanto riguarda le prestazioni ed ai servizi erogati nell'ambito dei progetti, i risultati conseguiti, da esplicitarsi, ove possibile, anche con dati quantitativi, vengono accertati sulla base delle seguenti tipologie di indicatori e requisiti:

- **Accessibilità ai servizi e alle prestazioni sanitarie:** con riguardo anche all'ampliamento degli orari di apertura delle strutture ovvero al miglioramento dei livelli di accoglienza e di ascolto anche in relazione alla capacità di garantire la massima trasparenza ed informazione.
- **Ampiezza ed incisività dell'intervento:** adeguatezza dell'attività assistenziale e sociosanitaria, rispetto alle esigenze e ai bisogni dell'utenza.
- **Integrazione:** con riferimento ai servizi socio-sanitari ovvero tra ospedale e territorio o tra le diverse strutture pubbliche che operano in un determinato ambito territoriale.
- **Continuità assistenziale:** capacità di articolare e collegare nel tempo gli interventi dei diversi operatori e delle differenti strutture sanitarie coinvolte.
- **Sicurezza:** capacità di fornire il massimo livello di assistenza e cura con il minimo rischio per il paziente e per gli operatori;
- **Immediatezza:** rapidità nell'erogare le prestazioni richieste dall'utenza anche con particolare riferimento alla riduzione /azzeramento dei tempi di attesa, per i quali i risultati conseguiti sono individuati in termini percentuali.
- **Gestione dell'emergenza riduzione dei tempi di attesa dei codici bianchi e verdi e integrazione tra DEA e 118.** **Y**

Per una scelta consapevole al Tc: l'informazione alle mamme

► Segue da pagina 12

mento del parto. Per capire quali sono i benefici e quali rischi tra una scelta e l'altra, per affrontare scelte consapevoli. Invece, ha specificato Donati, la prossima Linea guida punterà alle indicazioni sia al cesareo d'urgenza al cesareo programmato, proprio perché l'appropriatezza è l'altro punto critico: "Esamineremo tutta la letteratura disponibile per capire e supportare raccomandazioni che dicano quando è indicato un cesareo sia nell'elettivo sia nell'urgenza".

I punti cardine

Pilastrini della Linea guida sono, quindi, le informazioni da for-

nire alle gestanti sulle modalità del parto, i contenuti e i tempi di acquisizione del consenso informato e l'eventuale richiesta materna di taglio cesareo in assenza di motivazioni cliniche. Rappresentano spiega l'Iss: "Raccomandazioni di comportamento che possono essere utilizzate come strumento per medici e amministratori sanitari per migliorare la qualità dell'assistenza e razionalizzare l'utilizzo delle risorse".

E la comunicazione alle donne è considerata il punto nodale, in quanto alcuni trial clinici hanno dimostrato che interventi adeguati - informazioni scientifiche, incontri, ecc. - promuovono la conoscenza e il grado di soddisfazione della donna, riducono la paura e l'ansia verso il parto naturale migliorando quindi i processi decisionali. Ma fondamentale è anche far capi-

re alla futura mamma che la richiesta di cesareo, senza indicazioni cliniche, non è sufficiente. Vediamo in sintesi alcune delle principali raccomandazioni.

Tc su richiesta materna

La richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, non rappresenta un'indicazione al Tc. I professionisti sanitari devono esplicitare i potenziali benefici e danni del Tc rispetto al parto vaginale, discutere approfonditamente con la donna le motivazioni di tale richiesta e documentare l'intero percorso decisionale in cartella clinica.

Contro la paura del parto

Qualora il motivo della richiesta di Tc da parte della donna sia riconducibile primariamente alla paura del parto, si raccomanda di offrire, già durante la gravidanza, interventi informativi e

di supporto standardizzati e validati (come l'assistenza one-to-one e l'offerta di parto-analgesia anche non farmacologica), in grado di rassicurare la gestante e sostenerla nella decisione.

Il medico decide

In assenza di un'appropriate indicazione clinica, il medico ha il diritto di rifiutare una richiesta di Tc programmato. In ogni caso, alla donna deve essere garantita l'opportunità di accedere a un secondo parere.

Consenso informato e supporto alle donne

I professionisti sanitari devono offrire attivamente a tutte le donne in gravidanza informazioni basate su prove scientifiche relative alla gestazione e alle diverse modalità di parto. L'offerta attiva alle donne in gravidan-

za di interventi informativi e di supporto, standardizzati e validati, è raccomandata in quanto efficace nel ridurre la paura del parto, l'ansia e il conflitto decisionale. In tutti i casi in cui si decida di eseguire un Tc, il medico deve riportare in cartella clinica tutti i fattori che hanno determinato la decisione.

Inoltre, una donna capace di intendere e di volere che rifiuti la proposta di un Tc programmato, anche dopo approfondito colloquio in cui l'intervento sia stato presentato come vantaggioso per la salute del bambino, ha diritto di ricevere un secondo parere. Il rifiuto dell'intervento deve essere una delle possibili opzioni per la gestante e, in caso di indicazione a un Tc d'emergenza, una donna in possesso della capacità di intendere e di volere ha facoltà di rifiutarlo. **Y**