

# Come implementare la linea guida

Le proposte dell'Agenas

*Bruno Rusticali, Agenzia nazionale per i  
servizi sanitari regionali*

Presentazione della

***Linea Guida:***

**“Taglio Cesareo:  
una scelta appropriata e  
consapevole”**

**Istituto Superiore di Sanità**

Aula Pocchiari

Viale Regina Elena, 299 Roma

31 gennaio 2012

## Clinical Research to Clinical Practice — Lost in Translation?

Claude Lenfant, M.D.

N Engl J Med 2003; 349:868-874

Practice is science touched with emotion.

*Confessio Medici*

Stephen Paget, 1909

Nel linguaggio comune

**Implementazione = applicazione (pratica)**

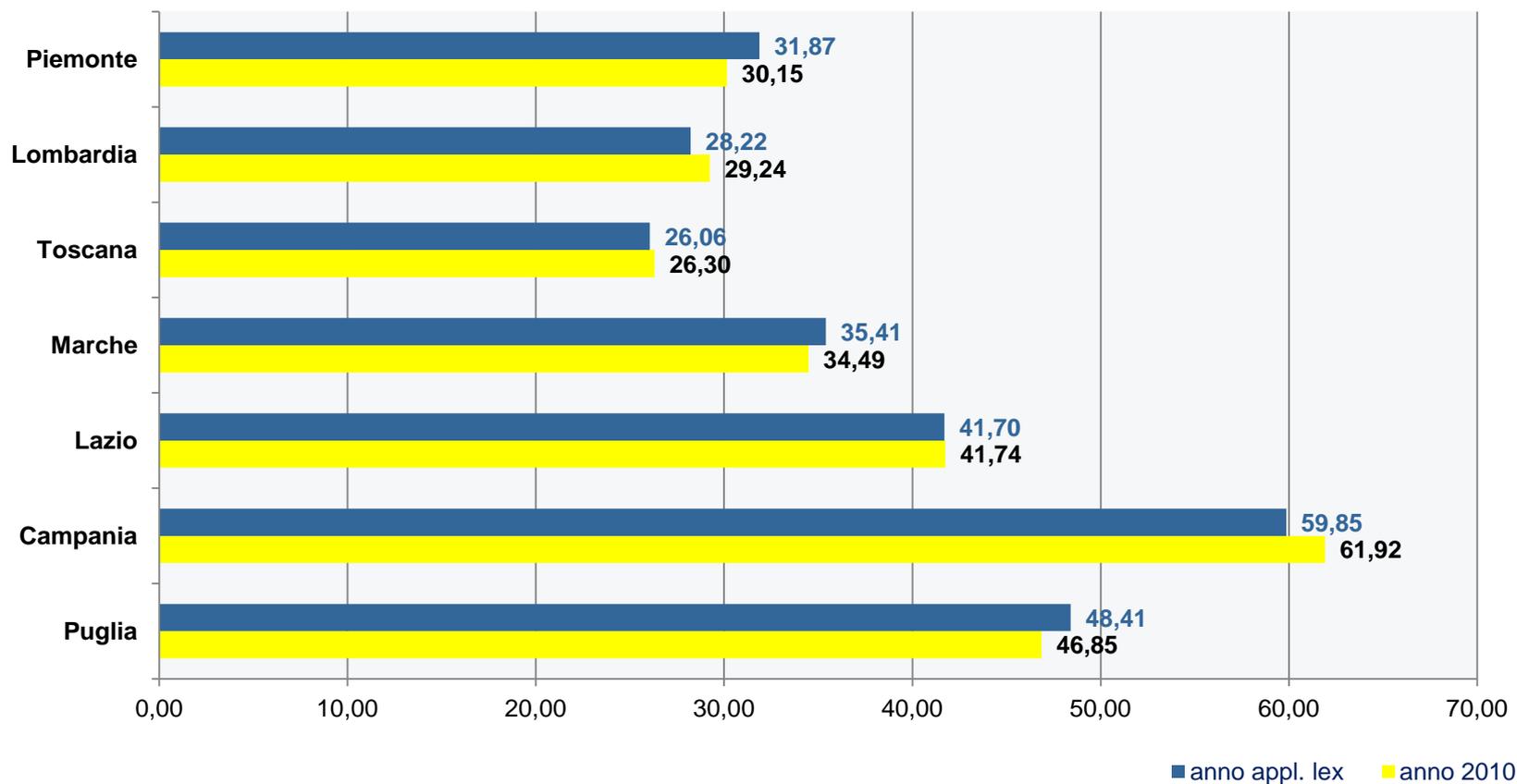
RESEARCH LANGUAGE

**Implementation = changing professional  
behaviours**

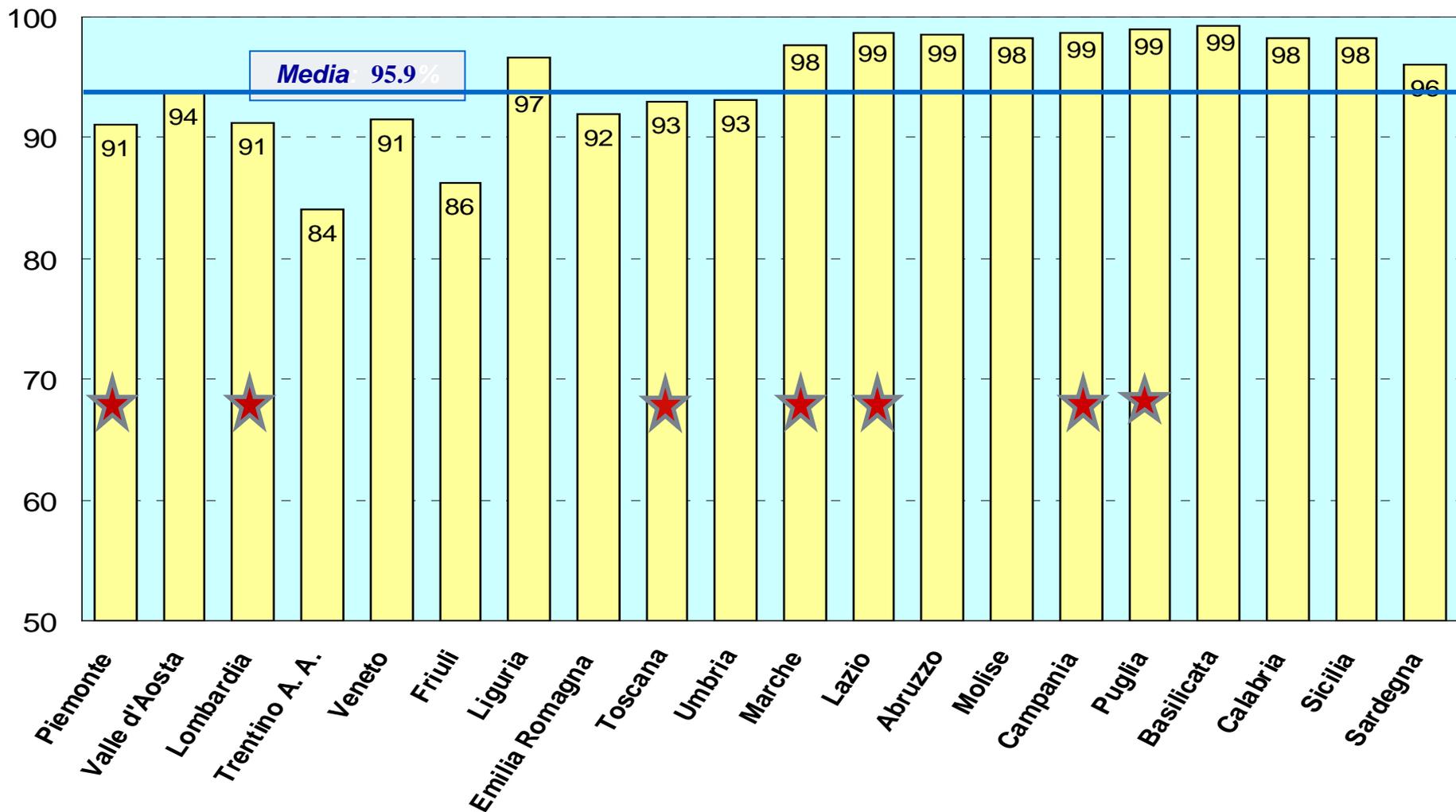
**Implementazione= *modifica dei  
comportamenti professionali***

## TAGLIO CESAREO

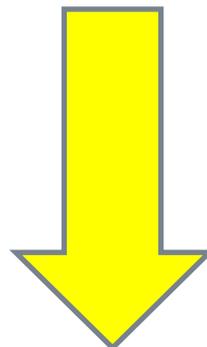
Le variazioni % dopo l'a pubblicazione del provvedimento regionale



Proporzione di parti cesarei in donne con precedente parto cesareo(%) per Regione



cod. diagnosi principale	Descrizione	Parto cesareo	
		Valori assoluti	Valori %
65421	Pregresso parto cesareo complicante la gravidanza, il parto e il puerperio, parto con o senza menzione della condizione antepartum	56.965	26,37
65221	Presentazione podalica senza menzione di rivolgimento, parto con o senza menzione della condizione antepartum	12.995	6,02
66970	Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, episodio di cura non specificato	9.657	4,47
65251	Testa fetale ballottabile a termine, parto con o senza menzione della condizione antepartum	7.698	3,56
65631	Sofferenza fetale, parto con o senza menzione della condizione antepartum	7.524	3,48
65971	Anomalie del battito o della frequenza cardiaca del feto, parto con o senza menzione della condizione antepartum	5.422	2,51
65801	Oligoidramnios, parto con o senza menzione della condizione antepartum	4.447	2,06
65811	Rottura prematura delle membrane, parto con o senza menzione della condizione antepartum	3.588	1,66
65101	Gravidanza gemellare, parto con o senza menzione della condizione antepartum	3.386	1,57
66971	Taglio cesareo, senza menzione dell'indicazione, parto con o senza menzione delle condizioni antepartum	43.419	20,10
	<b>Prima dieci diagnosi</b>	<b>111.682</b>	<b>71,80</b>
	<b>Totale</b>	<b>216.015</b>	<b>100,00</b>



1° diagnosi secondaria	Parto cesareo	
	Valori %	Valori assoluti
Senza 1° diagnosi secondaria	4,2	1.840
Parto semplice: nato vivo	35,7	15.522
Pregresso parto cesareo	19,3	8.379
Altro	40,7	17.678
<b>TOTALE</b>	<b>100,0</b>	<b>43.419</b>

- SDO 2010
- In molti strutture con elevata proporzione grezza di parti cesarei primari c'è una fortissima riduzione delle proporzioni aggiustate per l'elevatissima, atipica, frequenza di fattori associati al taglio cesareo.
- La " *posizione e presentazione anomala del feto*" ICD IX 652X, per es. (frequenza nazionale media complessiva 7/8%) in molte strutture rappresenta valori superiori al 20% e al 50% (anche 68/70%)

La risposta è sempre all'interno  
del problema, non al di fuori  
(mcluhan)

## Fattori non clinici legati al:

- Sistema assistenziale
- Efficienza delle strutture
- Alle conoscenze
- Alla formazione
- Alle attitudini dei singoli operatori
- Al contesto sociale, culturale e sanitario che circonda la donna durante l'esperienza riproduttiva

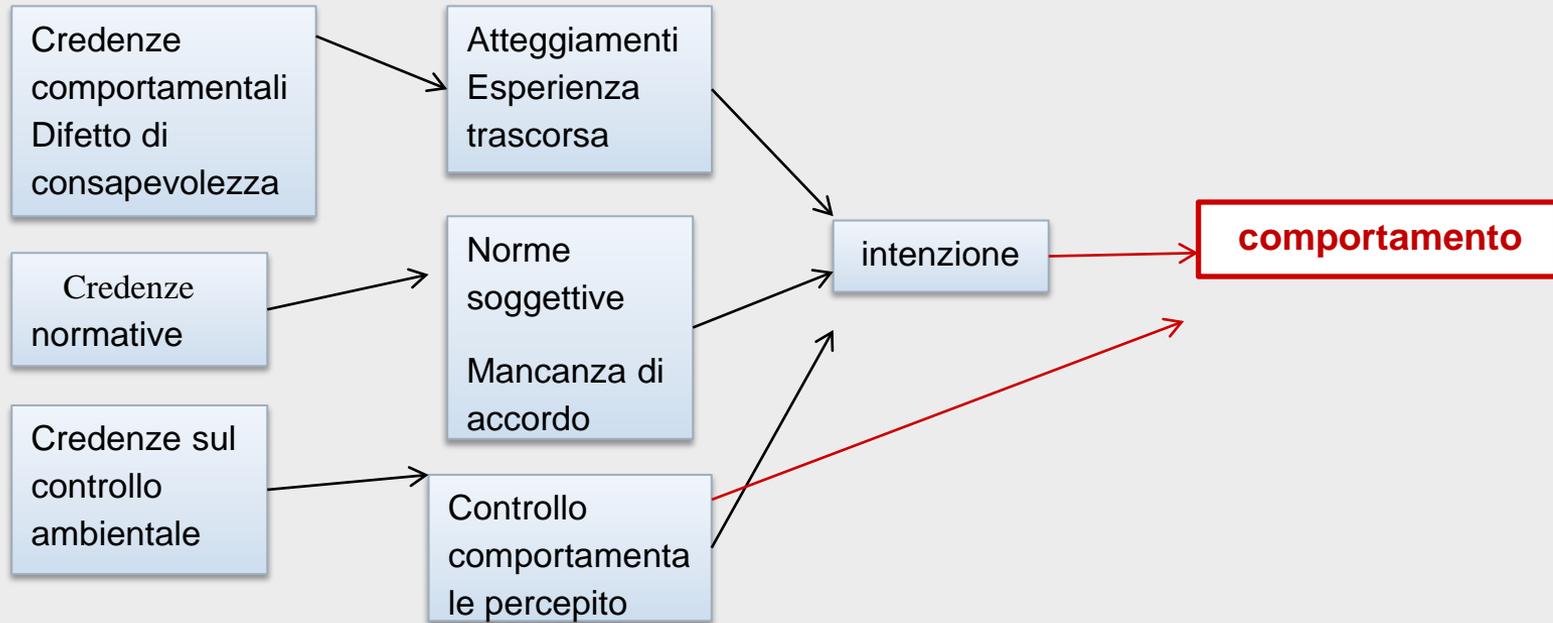
“Se è un nuovo problema, forse richiede un nuovo approccio.

**Se è un vecchio problema, lo richiede certamente.”**

Seth's Blog

- **Questionario** per rilevare nei professionisti:
- Il proprio punto di vista ( o opinione) culturale nei confronti del parto cesareo come modalità di partorire
- Le proprie conoscenze e la formazione
- in che modo l'intervistato ritiene che la pratica e la scelta della (sua) opzione cesareo venga considerata ( nelle situazioni date) dai soggetti importanti (colleghi, donne, familiari,etc.) direttamente o indirettamente coinvolti o dalle norme ( direzione della struttura, linee guida ecc.)

- La percezione o la consapevolezza delle risorse disponibili e della maggiore o minore efficienza della struttura in cui si opera che possono facilitare o inibire la pratica del ricorso al cesareo
- La propria sensibilità alle pressioni esterne al quadro clinico (donna, familiari, paure medico legali ecc.)
- la percezione di adeguatezza delle proprie capacità di ostetrico ( *self efficacy*)



- 
- Teoria del comportamento pianificato (Ajzen)

## Steps del progetto:

- analisi del contesto e ricognizione delle modalità clinico-organizzative nelle varie strutture regionali prese in considerazione
- Individuazione delle strutture con più alta (outliers) e più bassa proporzione di di tagli cesarei primari nel contesto regionale di riferimento
- Analisi dei modelli organizzativi associati al più basso o più alto tasso di t.c. attraverso l'utilizzo di indicatori clinici, organizzativi, di processo e di costo per l'individuazione dei fattori che ostacolano o favoriscono le BPC
- Promozione nei servizi interessati e attraverso il coinvolgimento delle competenze professionali disponibili di un programma di contestualizzazione delle linee guida e la loro applicazione in interventi volti a modificare il comportamento target degli operatori sanitari mediante: tutoraggio, risk management, valutazione, audit, peer reviews ecc
- Costruzione di un modello che renda i percorsi ottenuti dall'applicazione del modello concordato, valutabili nella loro applicazione pratica e misurabili nel loro impatto sugli esiti clinici rilevanti

Dall'audit clinico al governo clinico attraverso:

Una analisi complessiva della qualità della assistenza sanitaria (procedure diagnostiche e terapeutiche, uso delle risorse umane ed economiche, esiti) e della sua percezione dall'utenza

Iniziativa condotta da tutti gli operatori sanitari coinvolti che esaminano la propria attività e i propri risultati e cercano di migliorare la qualità e gli outcome della assistenza attraverso una revisione tra pari in confronto alle raccomandazioni e agli standard esplicitati dalle LL GG

In buona sostanza, partendo dai comportamenti clinici raccomandati si definisce a livello aziendale quale debba essere l'iter assistenziale di specifiche categorie di pazienti e quale sia l'assetto organizzativo che, in quello specifico contesto, deve sostenere l'insieme del percorso assistenziale



## *Costruire scelte ostetriche condivise:*

- Discutere insieme fra medici, fra ostetriche e fra medici ed ostetriche **insieme**, *il contesto e la L.G.* e cercare di tradurla (dopo averla analizzata) nella propria realtà individuando le scelte cliniche, i protocolli e le procedure
- **Condividere (anche con le donne)** obiettivi e percorsi per raggiungerli.
- L'adozione dei percorsi, delle modalità operative e dei documenti deve essere **condivisa tra gli operatori di ospedale e territorio**, perché l'assistenza sia un vero **“percorso nascita”** integrato.
- Tutto ciò consente un **comune approccio alle diverse situazioni ostetriche**, in modo che ognuno sappia in ogni momento ***chi fa che cosa.***

*“Caesarean section rates should no longer be thought of as being too high or too low, but rather whether they are appropriate or not, after taking into consideration all the relevant information.”*

M.S. Robson

- In sintesi ed in prospettiva futura, la combinazione armonica e contestualizzata degli interventi più efficaci rappresenta la sfida che attende il sistema di applicazione delle linee guida
- In quanto strumenti dinamici e flessibili e in un ambito così complesso, è prevedibile per le linee guida una quota di scostamento dalle raccomandazioni
- Il sistema deve garantire la possibilità di registrare le difformità delle azioni reali degli operatori
- *La divaricazione ripetuta ed indebita delle azioni professionali dalle raccomandazioni formalizzate configura un inappropriato comportamento di fondo che richiede la riconduzione al flusso previsto nelle linee guida*

***“Nós não podemos dirigir o vento,  
mas podemos ajustar as velas.”***

**(Anonimo)**