

L'INTRODUZIONE DELL'ANALGESIA EPIDURALE TRA I L.E.A. IN RELAZIONE ALL'APPROPRIATEZZA DEI PARTI CESAREI IN ITALIA

Elena Pizzo *

*Dottoranda della Scuola di Dottorato in Economia e Management XX° Ciclo- Dipartimento di Scienze Economiche "M.Fanno"- Università degli Studi di Padova, via del Santo 33, 35123, Padova . Indirizzo e-mail elena.pizzo@unipd.it Tel. 049-8273848.

Area Tematica:

-Livelli essenziali di assistenza: definizione, criteri, compatibilità, impatti sulla gestione.

-I costi dell'inappropriatezza e della mancata definizione delle priorità: analisi del fenomeno e strategie di intervento.

Presentazione: orale

Parole chiave: Livelli essenziali di assistenza, Analgesia Epidurale, Valutazione dei costi e dei benefici.

Abstract

MOTIVAZIONI E OBIETTIVI DELLO STUDIO

Nel documento "Controllo del dolore durante il travaglio ed il parto vaginale tramite procedure analgesiche", approvato dalla Commissione nazionale Lea nella seduta del 18 ottobre 2006, si afferma l'importanza di tutelare la scelta della donna perché durante il travaglio ed il parto possa usufruire di un controllo efficace del dolore, in accordo con quanto affermato dal Comitato nazionale di Bioetica e dal Piano sanitario nazionale.

L'introduzione dell'anestesia peridurale tra i LEA sembra essere stata proposta dal Ministero non solo per dare la possibilità alle donne di partorire in modo meno doloroso, ma anche con la speranza che questo possa aiutare a contrastare la tendenza ad effettuare troppi tagli cesarei, migliorando il benessere delle donne e riducendo i costi per il SSN dovuti al numero elevato di cesarei.

Negli ultimi anni, infatti, l'utilizzo del taglio cesareo durante il parto ha registrato un notevole aumento in tutti i Paesi europei, ma in particolar modo in Italia, dove il 35% di tagli cesarei sul totale dei parti ha ormai superato di gran lunga il 10-15% delle indicazioni della WHO¹.

Il ricorso al cesareo sembra non essere del tutto giustificato, in quanto spesso viene praticato indipendentemente dalle condizioni della paziente o del nascituro, su induzione del medico o addirittura su richiesta della paziente, perché ritenuto più sicuro e meno doloroso.

Questa tendenza ha certamente un impatto sia in termini di equità che di spesa sanitaria, pertanto è doveroso che si adottino dei programmi atti a marginare l'impiego di tale pratica, informando le pazienti del reale rischio legato al cesareo e proponendo forme alternative di assistenza al parto.

Il desiderio della donna di affrontare il parto senza dolore è sempre più vivo e ciò ha stimolato lo sviluppo ed il perfezionamento di tecniche specifiche di analgesia e anestesia²; in particolare l'affidabilità ed i risultati dell'analgesia peridurale ne fanno il "gold standard" per la riduzione del dolore in travaglio di parto³.

Nonostante questo, in Italia la diffusione di tali metodiche è limitata da fattori sociali e culturali e, soprattutto, da difficoltà economico-organizzative che costituiscono un ostacolo alla creazione di veri e propri servizi di assistenza analgo-anestesiologica nei reparti di ostetricia.

A tutto ciò va aggiunto che esiste il timore, anche in ambiente medico, che le metodiche di analgesia siano responsabili di travagli protratti con una più elevata percentuale di parti operativi⁴.

Secondo i dati dell'Associazione Italiana degli anestesisti ostetrici, le donne che si sottopongono all'analgesia peridurale nel nostro Paese sono circa il 20%, contro il 90% delle partorienti negli Stati Uniti, il 70% in Inghilterra e Francia e il 38% in Spagna.

¹Oltre all'aumento di tagli cesarei si riscontra anche un'ampia variabilità regionale nell'utilizzo di questa pratica, soprattutto al sud, dove caratteristiche demografiche e organizzative sembrano spiegare in parte la variabilità di frequenza con cui il cesareo è praticato.

² Questo anche alla luce delle più recenti acquisizioni scientifiche, che dimostrano i vantaggi dell'analgesia nel travaglio di parto che, abolendo il dolore, determina la riduzione delle richieste metaboliche e l'aumento della perfusione placentare con ovvi benefici sull'omeostasi materno-fetale (Bocci A. In: Margaria E: Protocolli di analgesia, anestesia e rianimazione in Ostetricia, Torino, 1995).

³ Giron G. In Varrassi G., Celleno D., Capogna D.: Analgesia ed Anestesia in Ostetricia, L'Aquila, Interservice Press, 1992, 37-38. Dick V.: Obstetric anaesthesia and analgesia. Curr Opin Anaesth 1996, 9: 199-201

⁴ Thorp e coll. riferiscono un incremento del ricorso al parto cesareo nelle donne sottoposte ad analgesia peridurale (Thorp J.A., Hu D.H., Albin R.M. et al: The effect of intra partum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized controlled prospective trial. Am J Obstet Gynecol 1993, 169: 851-58). Al contrario, uno studio retrospettivo condotto nell'ospedale universitario di Vienna ha dimostrato che l'uso di analgesia peridurale è associato ad un incremento di parti strumentali, ma la frequenza di ricorso al parto cesareo è simile a quella delle donne non sottoposte ad analgesia (Ploekinger B., Ulin M.R., Chalubinski K., Gruber W.: Epidural anaesthesia in labour: influence on surgical delivery rates, intrapartum fever and blood loss. Gynecol Obstet Invest 1995, 39: 24-27).

In parte questa differenza rispetto ad altri paesi può essere spiegata dal fatto che tale pratica non è rimborsata dal SSN e talvolta è a carico della partoriente stessa⁵.

Se si considera l'aspetto economico legato all'evento parto e se, come auspicato, l'epidurale contribuisse anche a ridurre l'incidenza dei tagli cesarei in Italia, non è chiaro quale potrebbe essere l'impatto in termini di costi per il sistema sanitario.

Si ritiene, infatti, che il taglio cesareo sia più costoso se confrontato con un parto naturale, ed anche la letteratura sembra confermare questo dato, infatti la tariffa DRG in Italia è più elevata per il taglio cesareo rispetto al parto vaginale.

La maggior parte degli studi condotti in questo ambito sono riferiti al contesto americano, che risulta profondamente diverso da quello del nostro paese⁶. In alcuni casi è stato evidenziato come la differenza tra taglio cesareo e vaginale esista, ma sia in realtà marginale⁷, quindi una politica volta alla riduzione dei cesarei non porterebbe ad un risparmio consistente.

Nonostante le controversie, pochi studi fino ad ora hanno posto l'attenzione sul costo reale associato al taglio cesareo, al parto vaginale e a quello vaginale in analgesia peridurale, in particolar modo in Italia.

Lo studio quindi si propone di valutare se esistano delle differenze di costo rilevanti tra i diversi tipi di parto in Italia e di quantificare tali differenze.

Questo permetterebbe, da un lato di comprendere se le tariffe DRG siano rappresentative del costo reale dei rispettivi interventi e se le differenze siano giustificate⁸ (in Lombardia ad esempio il parto vaginale e quello cesareo senza complicazioni hanno il medesimo importo di rimborso) e dall'altro per comprendere il costo aggiuntivo reale che l'introduzione dell'analgesia epidurale tra i LEA potrebbe comportare per il SSN.

Lo scopo dello studio, di analizzare quali siano i costi effettivamente coinvolti nelle diverse tipologie di parto, è importante soprattutto alla luce delle nuove proposte di legge che sono indirizzate verso una maggior considerazione della problematica del dolore in travaglio di parto.

Lo studio ha anche l'obiettivo di valutare come i diversi tipi di parto influiscano sul benessere delle pazienti. Si ritiene infatti che l'analgesia peridurale, riducendo il dolore esperito durante il travaglio, comporti una miglior percezione dell'evento parto, e una maggior capacità di gestire questa esperienza.

Un costo maggiore nell'esecuzione di un intervento risulta giustificabile solo se si rivela necessario per garantire un livello di salute maggiore per la paziente, evitando complicanze e rischi evitabili, oppure perché effettivamente comporta una minor sofferenza e una ripresa più rapida sia in senso fisico che psicologico e sociale della donna.

Volendo analizzare il costo dei diversi interventi da una prospettiva corretta è importante considerare non solo la spesa diretta delle diverse pratiche, legata ai materiali ed ai farmaci utilizzati, al personale ed alle strutture coinvolti e alle complicanze che possono seguire le diverse modalità di intervento, ma anche il costo legato alla durata della degenza e gli impliciti costi indiretti relativi al benessere clinico e psicologico sperimentato dalla donna.

Le componenti psicologiche che possono fornire dati sul benessere materno, sono sintetizzabili nelle seguenti variabili: ansia, percezione del dolore e soddisfazione materna nella percezione del parto.

I livelli di stress psicologico e sociale, associati al fattore ansia, comportano infatti, spazi di rischio sulle condizioni medico-ostetriche della madre e sulla salute del feto.

Nella percezione del dolore in travaglio si rileva una differenza qualitativa tra il dolore in un contesto di sofferenza, di mancanza di aiuto ed il dolore che si sperimenta in un contesto caratterizzato da comfort, da un senso di accompagnamento e dall'attivazione delle strategie per affrontarlo, come la peridurale.

La soddisfazione materna nella percezione del parto costituisce il collegamento in questo studio tra i propositi economici e quelli medici, rappresentando un fattore che mette in luce tra i costi indiretti, quelli relativi al benessere psicologico della donna in conseguenza delle condizioni del parto.

⁵ Ad oggi, infatti, solo il 4% delle donne italiane ottiene questa prestazione nelle strutture pubbliche, mentre il resto lo fa in regime intramoenia (in ospedale, ma pagando tra 800 e 1000 euro), oppure in strutture private.

⁶ Petrou S, Henderson J. Glazener Economic aspects of caesarean section and alternative modes of delivery. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2001 Feb;15(1):145-63. Henderson J, McCandlish R, Kumiega L, Petrou S. Systematic review of economic aspects of alternative modes of delivery. *BJOG.* 2001 Feb;108(2):149-57

⁷ Malkin JD. Not as much as you think: towards a truer estimate of the difference in direct medical costs between vaginal and caesarean deliveries. *Birth.* 2001 Sep;28(3):208-9.

⁸ E' noto infatti che le tariffe DRG utilizzate per il rimborso dei parti sono definite a livello regionale, tenendo conto di opportuni pesi, ma non sono rappresentative del costo reale degli interventi. In particolare l'importo della tariffa DRG-371 per parto cesareo è quasi il doppio rispetto a quella DRG-373 per parto naturale. E' stato dimostrato come queste differenze possano indurre comportamenti opportunistici in termini di pratica clinica: Fabbri D., Monfardini C., (2000), "Financial incentives and treatment intensity, an application to CS delivery" agli atti del Convegno AIES, 13, 14 Ottobre 2000, Padova.

MATERIALI E METODI

Dopo aver analizzato la principale letteratura riguardante la valutazione economica degli interventi sanitari riferiti all'evento parto, si procede con l'analisi empirica di valorizzazione del costo delle diverse tipologie di parto, quello vaginale con e senza analgesia epidurale ed il parto cesareo in elezione.

L'analisi empirica si riferisce ad una specifica realtà ospedaliera della Regione Veneto, dove la frequenza delle diverse tipologie di parto ed il case-mix sono sufficienti per poter condurre uno studio con una numerosità significativa (è necessario infatti considerare una struttura dove l'analgesia epidurale venga effettuata con una certa frequenza).

Per ciascuna tipologia di parto (vaginale con e senza analgesia peridurale e taglio cesareo) vengono identificati e valorizzati i costi sanitari diretti, legati alla specifica modalità di parto (risorse consumate, materiali, farmaci somministrati, personale coinvolto e tempistiche, costi legati alla degenza, analisi diagnostiche e di laboratorio effettuate, prestazioni e trattamenti alla paziente ecc.), i costi sanitari diretti legati ad eventuali complicanze (ad esempio nel caso di ricorso al taglio cesareo in urgenza, manovre ostetriche e operative, complicanze postpartum/puerperali ecc.).

La valutazione dei costi sanitari diretti è compiuta attraverso una micro-costing analysis, con puntuale rilevazione dei dati sul campo e da cartella clinica-infermieristica (seguendo un approccio activity based costing che tenga conto di tutte le attività svolte durante il ricovero⁹).

L'identificazione e valorizzazione dei costi sanitari diretti sostenuti dal momento del ricovero della paziente fino alla sua dimissione è effettuata attraverso l'inserimento di tutte le voci di costo in uno specifico database¹⁰.

Accanto ai costi diretti così rilevati, lo studio valorizza anche i costi indiretti legati al benessere della paziente prima e dopo il parto. A tal fine viene effettuata una rassegna della letteratura esistente, mirata a valutare il beneficio in termini di benessere per la paziente a seguito di un particolare intervento, quale il parto. La valutazione del benessere della paziente è effettuata attraverso opportuni strumenti anonimi che permettono di valutare la dimensione clinica e psicologica e la modificazione di tali dimensioni che l'esperienza del parto ha comportato. In particolar modo ponendo l'attenzione su come le diverse modalità di parto possano influire su di esse. Gli strumenti utilizzati a tal fine sono un questionario contenente le informazioni anamnestiche e generali delle pazienti (età, stato sociale ed economico, professione, origine etnica, stato di salute ecc.) e questionari volti a misurare fattori clinici e psicologici quali ansia, percezione del dolore e soddisfazione della paziente.¹¹ I questionari somministrati alle pazienti da personale specializzato, sono analizzati per ricavare degli indici di benessere per ciascuna tipologia di parto.

Dai questionari stessi vengono inoltre raccolte informazioni riguardanti la *willingness to pay* per una particolare tipologia/procedura di parto piuttosto che un'altra, in modo da effettuare una valutazione contingente della disponibilità a pagare delle pazienti ed ottenere una misura monetaria del beneficio ottenibile attraverso una particolare procedura.

RISULTATI

Lo studio permette di pervenire ad una misurazione puntuale del costo delle diverse tipologie di parto e dei costi correlati a ciascuna. Questo, da un lato, è utile per comprendere se esistono delle differenze sostanziali in termini di costi tra le diverse procedure e, dall'altro, per di evidenziare eventuali scostamenti tra il costo effettivo degli interventi e le corrispondenti tariffe da decreto ministeriale (DRG).

La misurazione del costo effettivo di ogni tipologia di parto può inoltre stimare il potenziale risparmio in termini economici che la riduzione del numero di cesarei potrebbe comportare, qualora questa pratica fosse realmente ingiustificata. Allo stesso modo è possibile stimare il potenziale impatto economico che l'introduzione dell'analgesia epidurale tra i L.E.A. comporterebbe.

Accanto ai costi diretti sanitari e non sanitari, lo studio permette di avere una maggiore comprensione dell'impatto che ciascuna tipologia di parto può avere in termini di benessere per le pazienti.

⁹ Sono state individuate, attraverso intervista e con rilevazione diretta sul campo, tutte le attività compiute da ciascuna figura professionale dal momento dell'arrivo della paziente in ospedale (in travaglio oppure a seguito di prenotazione per cesareo in elezione) fino alla sua dimissione (sia in sala parto/operatoria che in reparto).

¹⁰ Nel database vengono inseriti, accanto ad ogni voce di costo, i rispettivi valori economici (forniti dal controllo di gestione), utilizzati in seguito per pervenire ad un dato di costo medio complessivo per ciascuna tipologia di parto.

¹¹ Gli strumenti utilizzati sono: S.T.A.Y. (state-trait anxiety inventory) e Q.I.D. (Questionario del Dolore) prima del parto (per avere delle stime relative ad aspetti psicologici dell'ansia e della percezione del dolore non troppo falsati dall'emergere delle paure e dei sentimenti di possibile angoscia dell'avvicinarsi del parto), S.T.A.Y. e C.P.Q. (Childbirth Perception Questionnaire) due giorni dopo il parto per comprendere la soddisfazione materna collegata al parto e associata alle varie modalità.