



STUDIO DAL TERRITORIO

ANALISI DELLA MODALITÀ DI PARTO CON TAGLIO CESAREO IN UNA AUSL PUGLIESE, 2005

Enzo Coviello e Francesco Schino

Unità Operativa di Statistica e Epidemiologia, AUSL 2 di Bari

La percentuale di parti effettuate con taglio cesareo (TC) è in aumento in molte nazioni. In Italia si registra un costante incremento del ricorso a questa modalità di espletamento del parto con notevoli differenze fra le varie regioni (1). In particolare, percentuali più alte si riscontrano nelle regioni dell'Italia meridionale e insulare, dove raggiungono valori decisamente superiori a quelli raccomandati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (10-15%) e all'obiettivo del 20% indicato nel Piano Sanitario Nazionale 2006-08. La principale preoccupazione è che ciò possa comportare un incremento di complicità operatorie senza alcun beneficio provato per madre e bambino.

Il certificato di assistenza al parto (CeDAP) rende da poco disponibili una serie di informazioni che consentono di descrivere questo fenomeno con maggiore dettaglio e di portare così elementi utili all'individuazione di cause e misure da porre in atto per ridurre la potenziale inappropriata di questo intervento.

Sono stati analizzati i dati relativi ai parti delle donne residenti nella AUSL 2 di Bari, avvenuti nell'anno 2005 e contenuti nella Banca Dati Regionale CeDAP. È stata utilizzata la classificazione proposta da Robson (2) per suddividere la popolazione delle partorienti in 10 gruppi mutuamente esclusivi a diversa complessità assistenziale. La classificazione considera 5 fattori: parità, durata della gravidanza, modalità del travaglio, presentazione del neonato e parto semplice o plurimo. È stata quindi cal-

colata la percentuale di parti di ogni classe di Robson rispetto al totale e la percentuale di TC effettuati in ciascuna di esse. I valori ottenuti sono stati confrontati con quelli osservati in Emilia-Romagna dove questa classificazione è stata già applicata (3). Per tenere conto della diversa complessità dei parti è stato calcolato il tasso di parti cesarei della AUSL 2 di Bari aggiustato in modo diretto per classi di Robson (4), utilizzando come standard la distribuzione dei parti nella popolazione delle partorienti dell'Emilia-Romagna. Il tasso così calcolato rappresenta la percentuale di parti cesarei che la AUSL pugliese avrebbe registrato se avesse assistito una casistica identica per complessità assistenziale a quella dell'Emilia-Romagna.

Con un'analisi multivariata si è indagata, nei soli parti singoli, l'associazione fra l'esecuzione del TC rispetto a scolarità della madre e parità, aggiustando le stime per età.

Su 2.277 parti analizzati, 1.145 (50,9%) sono avvenuti per via vaginale, 793 (35,3%) con TC di elezione, 293 (13%) con TC in travaglio e 18 (0,8%) con altre

modalità. Complessivamente la percentuale di parti cesarei è pari al 48,3%.

La Tabella illustra le differenze della casistica dei parti per classe di Robson della AUSL pugliese e dell'Emilia-Romagna. Nella popolazione della AUSL 2 di Bari la percentuale di parti in V classe (parto a termine di donna con pregresso cesareo, feto singolo e presentazione cefalica) è molto più alta che in Emilia-Romagna e fra essi la probabilità di TC è maggiore rispetto ad altre categorie. Infatti, il tasso di TC aggiustato in modo diretto per classe di Robson della AUSL pugliese, utilizzando come standard la distribuzione dei parti dell'Emilia-Romagna, è pari al 44,1%, valore più basso del tasso grezzo precedentemente riportato.

La Figura compara il tasso di parti cesarei per ciascuna classe rilevata nei due territori. Escludendo le classi VI e VII, in cui le differenze appaiono modeste, in tutte le altre classi la frequenza dei parti cesarei è sempre maggiore nella popolazione delle partorienti della AUSL barese. In particolare, differenze piuttosto nette si osservano nella I e II classe. ►

Tabella - Percentuale di parti per classi di Robson sul totale dei parti nella AUSL 2 di Bari e in Emilia-Romagna, 2005

Classi di Robson ^a		AUSL BA/2 %	Emilia-Romagna %
I	Nullipare, singolo, cefalico, ≥37 settimane, travaglio spontaneo	25,5	30,4
II	Nullipare, singolo, cefalico, ≥37 settimane, travaglio indotto o TC prima del travaglio	17,4	16,8
III	Multipare (escluso precedente TC), singolo, cefalico, ≥37 settimane, travaglio spontaneo	25,6	24,8
IV	Multipare (escluso TC), singolo, cefalico, ≥37 settimane, travaglio indotto o TC prima del travaglio	6,7	8,4
V	Precedente parto cesareo, singolo, cefalico, ≥37 settimane	15,4	8,1
VI	Nullipare, presentazione podalica (incluso precedente TC)	2,1	2,4
VII	Multipare, presentazione podalica (incluso precedente TC)	1,4	1,4
VIII	Gravidanze multiple (incluso precedente TC)	0,8	1,2
IX	Presentazioni anomale (incluso precedente TC)	0,5	0,7
X	Pretermine (≤36 settimane), presentazione cefalica (incluso precedente TC)	4,6	5,8

^(a) Fonte: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2004.pdf (p. 58)

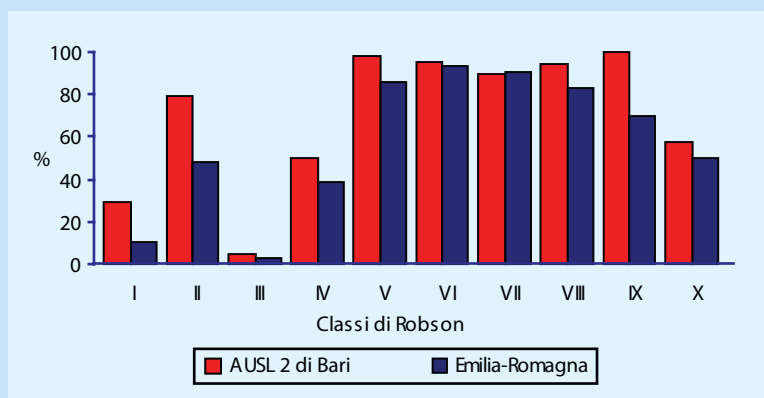


Figura - Tasso per 100 parti cesarei per classe di Robson nella AUSL 2 di Bari e in Emilia-Romagna, 2005

All'analisi multivariata l'esecuzione del parto mediante TC è significativamente associata con l'età materna, ≥ 35 anni rispetto a quella 25-34 anni (OR: 1,4, 95%IC: 1,2-1,8), il basso titolo di studio rispetto al medio-alto (OR: 1,3, 95%IC: 1,1-1,5) e la condizione di primipara rispetto a quella di multipara (OR: 1,5, 95%IC: 1,3-1,8).

Questi risultati dimostrano che le informazioni routinariamente disponibili nel CeDAP consentono analisi e confronti più dettagliati fra le modalità di espletamento del parto in diversi ambiti territoriali rispetto a quanto possibile fino a pochi anni fa. Applicando la classificazione di Robson si è evidenziato che una parte della differenza della percentuale di parti cesarei fra AUSL pugliese ed Emilia-Romagna è attribuibile alla diversa complessità della casistica delle partorienti trattata nei due territori. Mettendo in rilievo la diversa frequenza dei parti in classe V, si è potuto dare una dimensione quantitativa al fatto che l'esecuzione di parti mediante TC inneschi un meccanismo che tende ad autosostenersi.

Il tasso di parti cesarei aggiustato per classe di Robson fornisce ulteriori elementi per comparare unità o popolazioni di pazienti. Infatti le differenze del tasso aggiustato non possono più dipendere dalla complessità della casistica trattata e sono maggiormente espressione delle tecniche assistenziali applicate. Nella AUSL barese, il tasso aggiustato di parti cesarei, ottenuto applicando la stessa distribuzione per classe di Robson dei parti dell'Emilia-Romagna, è di 4,2 punti percentuali più basso del tasso grezzo. La differenza che permane dopo l'aggiustamento (44% della AUSL di Bari vs 30% dell'Emilia-Romagna) è tuttavia elevata e indica che, a parità di casistica, esiste un approccio assistenziale alla gravidanza abbastanza diverso nei due territori.

Poiché le differenze più accentuate

riguardano la I e II classe di Robson, in cui sono rappresentati rispettivamente il 26% e 17% del totale dei parti, si può concludere che in queste due classi si concentra la parte più cospicua della differenza complessiva della percentuale di cesarei nei due territori. Nella AUSL di Bari il 29% dei parti in classe I è espletato mediante TC, un valore molto alto, considerato che in questa classe sono compresi casi a basso rischio: primipara, parto a termine, travaglio spontaneo, feto singolo, presentazione cefalica. La condizione di primipara individua una categoria di donne in cui è certamente maggiore la necessità di una corretta informazione e preparazione al parto. Sembra quindi plausibile che la bassa frequenza ai corsi di preparazione al parto osservata al Sud (5) possa costituire un fattore importante nel determinare l'alta percentuale di cesarei nelle primipare senza altri fattori di rischio riscontrata nella AUSL pugliese.

La classe II di Robson comprende i casi con travaglio indotto o TC prima del travaglio. Nella AUSL pugliese circa l'80% dei parti compresi in questa classe è espletata mediante TC vs il 47,7% dell'Emilia-Romagna. È giustificato attendersi in questa classe un'alta percentuale di parti cesarei essendo lo stesso TC elettivo uno dei fattori che ne determina l'inclusione. È tuttavia difficile immaginare che la notevole differenza osservata possa essere ascrivibile solo a una bassa frequenza di induzioni al parto nella AUSL pugliese. Sembra invece probabile che anche nei casi con travaglio indotto la percentuale di TC possa essere incrementata e portata a livelli molto alti dagli stessi fattori di cui si è ipotizzato il ruolo nella classe I.

L'analisi multivariata conferma e dà supporto all'analisi per classe di Robson. Dopo aggiustamento per età è stato infatti rilevato un OR per la condizione di primipara particolarmente elevato. L'associazione fra TC e bassa

scolarità assume inoltre un particolare rilievo nella AUSL 2 barese dove questa condizione interessa quasi il 50% delle donne (6). È ampia perciò la fascia di pazienti che possono giungere al parto con scarsa conoscenza e preparazione all'evento.

Questi risultati indicano che gli interventi volti a migliorare l'informazione e più in generale la capacità di gestione attiva dell'evento nascita (5) da parte delle donne primipare e in condizioni di svantaggio sociale possono essere effettivamente fattori critici su cui intervenire per ridurre l'alta percentuale di TC in Puglia.

Infine, si può notare che l'Emilia-Romagna, la regione con la quale abbiamo confrontato i nostri dati, registra una proporzione di TC superiore rispetto a quella raccomandata e non rappresenta un *gold standard*. La pubblicazione di dati sulle classi di Robson provenienti dalle regioni con i tassi di TC che si avvicinano all'obiettivo del 20% indicato nel Piano Sanitario Nazionale 2006-08 rappresenterebbe un contributo importante per altre regioni che conducono analisi come le nostre. ■

Riferimenti bibliografici

1. Ministero della Salute Ufficio di Direzione Statistica - Direzione Generale del Sistema Informativo. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - anno 2004. Roma; 2007. (consultabile all'indirizzo: http://www.ministero-salute.it/ims/C_17_publicazioni_642_allegato.pdf).
2. Robson MS. Can we reduce the cesarean section rate? *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynecology* 2001; 15(1): 179-94.
3. Baronciani D, Basevi V, Battaglia S, et al. La Nascita in Emilia-Romagna. 3° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP). Bologna; 2006 (consultabile all'indirizzo: http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/publicazioni/rapporto_2005.pdf).
4. Szklo M, Nieto FJ. *Epidemiology. Beyond the Basics*. Aspen Publishers Inc.; 1999. p. 265-71.
5. Donati S, Grandolfo M, Spinelli A. Nascere in Italia: un evento sempre più "medicalizzato" (consultabile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/archivio/9-5-2002/commento.htm>).
6. Coviello E, Schino F. La nascita nella ex AUSL BA/2. Rapporto sulla natalità nell'anno 2005 (consultabile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/territorio/indagini.asp>).

IL PROGRAMMA NAZIONALE DELLE LINEE GUIDA TRA PASSATO E PRESENTE

Cristina Morciano, Letizia Sampaolo e Alfonso Mele

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Le linee guida sono "raccomandazioni di comportamento clinico elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti"(1). Concepite alla fine degli anni '80, nascono dall'esigenza di trasferire alla pratica clinica le nuove conoscenze prodotte da un rapido sviluppo della ricerca biomedica, sullo sfondo dell'avvento della medicina basata sulle prove.

Rappresentano dunque sistemi di trasduzione delle conoscenze elaborate dalla ricerca di base e dalla sperimentazione clinica alla pratica clinica, con un ruolo specifico: quello di assistere gli *health professional* nel prendere decisioni circa le cure sanitarie, laddove ci siano controverse e variabilità che influiscono negativamente sull'esito delle cure stesse (2).

In tema di sanità pubblica, le linee guida si rivolgono oltre che al singolo clinico anche ai politici, ai manager, agli operatori sanitari, ai pazienti e ai cittadini, con il fine ultimo di garantire la migliore assistenza possibile con il budget a disposizione.

L'Italia ha fatto propria la spinta innovativa della medicina basata sulle evidenze e ha risposto all'esigenza di maggiore efficacia e appropriatezza delle prestazioni del Servizio Sanitario Nazionale, emanando il Decreto legislativo 229/99 che vincola "l'erogazione dell'assistenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie da parte del SSN a prove scientifiche di significativo beneficio in termini di salute. Al Piano Sanitario Nazionale è affidato il compito di indicare un pri-

mo gruppo di linee guida e i relativi percorsi terapeutici".

Inoltre, il Piano Sanitario Nazionale 2003-05 definisce i servizi essenziali come "accettabili sul piano sociale nonché tecnicamente appropriati ed efficaci, in quanto fondati sulle prove di evidenza ed erogati nei modi economicamente più efficienti".

Questo è il contesto normativo in cui ha operato in questi anni il Programma Nazionale per le Linee Guida (PNLG) avviato nel 1998 con il coordinamento dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

L'attività del PNLG è stata dunque quella di elaborare, diffondere e implementare molteplici linee guida (3) con questi obiettivi: indirizzare le decisioni in ambito sanitario verso una maggiore efficacia e appropriatezza ed una migliore efficienza dell'uso delle risorse; garantire l'accessibilità delle raccomandazioni prodotte; concepire strategie per l'adozione nella pratica e valutarne l'impatto.

È stato recentemente siglato un accordo tra la Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della Salute e l'ISS per un programma dal titolo "Sistema Nazionale Linee Guida: produzione di linee guida e strategie di implementazione".

Il programma si inserisce tra le attività del Sistema di Verifica e Controllo sull'Assistenza Sanitaria (SiVeAS) istituito per "verificare che i finanziamenti siano effettivamente tradotti in servizi per i cittadini, secondo criteri di efficienza e appropriatezza"(4). Ha dunque come fine quello di promuovere processi

di valutazione e di miglioramento della realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici.

Il centro operativo del programma è istituito presso il Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute dell'ISS, specificatamente presso il Reparto di Epidemiologia Clinica e Linee Guida e risponderà ad un comitato strategico del Ministero della Salute.

Collaborano al programma la ASL 6 di Livorno, l'Agenzia di Sanità Pubblica della regione Lazio, il Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria della USL di Modena, il Centro Cochrane Italiano.

Il programma è articolato in attività scientifica, di informazione, di formazione e di implementazione. Si tratta di quattro attività interdipendenti tra loro e susseguenti secondo un modello di sviluppo circolare (2).

L'attività scientifica prevede l'aggiornamento delle prove per le linee guida precedentemente prodotte dal PNLG e la redazione di linee guida *ex novo*. L'elaborazione delle raccomandazioni cliniche seguirà un percorso formale di sviluppo già seguito nella precedente attività del PNLG (manuale metodologico). Questo include le fasi di definizione del *panel* di esperti, la definizione dei quesiti clinici, la ricerca bibliografica, l'estrazione dei dati, la valutazione e la sintesi delle prove, la formulazione delle raccomandazioni.

Con la formazione si intende invece preparare gli operatori sanitari all'utilizzo delle linee guida attraverso la sperimentazione di for- ►

me di educazione continua, di tipo residenziale e a distanza. Quest'ultima si realizzerà con l'impiego di una piattaforma tecnologica in grado di creare per ogni linea guida quattro o cinque percorsi clinici, che l'operatore sanitario affronterà avendo a disposizione il testo della linea guida come materiale di studio.

L'attività di informazione è indirizzata alla creazione di una rete virtuale costituita da operatori sanitari, amministratori, società scientifiche e associazioni di pazienti e cittadini. A tale scopo sono state organizzate più iniziative, incardinate su un portale di rete opportunamente rinnovato: una *news letter* quadrimestrale ed un *forum* che raccoglierà suggerimenti e commenti riguardo alle linee guida prodotte.

Ancora sul portale (3) si realizzerà un censimento tematico delle linee guida nazionali e l'aggiornamento della banca dati comparativa linee guida, già presente sul sito attuale. La disseminazione delle raccomandazioni seguirà, oltre al web, anche altri canali di comunicazione: campagna di mass media, articoli su riviste scientifiche, convegni, distribuzione di materiale cartaceo agli assessorati alla salute e aziende sanitarie, coinvolgimento di *opinion leader*.

Particolare attenzione merita l'architettura del progetto e cioè la fase di implementazione. Si tratta del compito principale e più delicato del programma che, in considerazione della variabilità regionale e locale della realtà sanitaria italiana richiederà la collaborazione delle istituzioni regionali e locali che governano il sistema sanitario e anche l'impegno dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, l'ente preposto al controllo delle attività regionali e al trasferimento dell'innovazione e delle sperimentazioni in materia sanitaria.

L'implementazione verrà monitorata attraverso una valutazione *a priori* dell'impatto sul sistema sanitario che potrebbe derivare dall'adozione delle linee guida (valutazione *ex ante*), e una valutazione *a posteriori* identificando indicatori

Tabella - Sistema Nazionale Linee Guida: piano di attività 2007-08

Linee guida elaborate nel 2007

Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani
Diagnosi e interventi precoci nella schizofrenia

Linee guida in sviluppo

Gravidanza fisiologica
Parto cesareo
Gestione della sindrome influenzale
Tonsillectomia
Ernia del disco
Antibiotico profilassi perioperatoria nell'adulto

Consensus conference

Prevenzione del rischio trombotico associato a uso di pillola estroprogestinica
Quale informazione per la donna in menopausa sulla terapia ormonale sostitutiva?

semplici per obiettivi facilmente misurabili (valutazione *ex post*, ad esempio i tassi di ospedalizzazione per la gestione delle sindrome influenzale).

Tra gli output del PNLG-SNLG per il 2007 due nuove linee guida. Il primo documento, "Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani", illustra le prove scientifiche disponibili in letteratura sui fattori di rischio caduta negli anziani, sugli interventi efficaci per individuare i soggetti a rischio caduta, sui fattori di rischio modificabili e i relativi interventi. Entro la fine del 2007 verrà presentata la linea guida "Diagnosi e interventi precoci della schizofrenia". Si tratta di un documento che illustra e valuta le prove disponibili a favore dell'opportunità di implementare strutture e at-

tività dedicate all'identificazione e al trattamento precoci di soggetti schizofrenici.

Altre linee guida sono al momento in fase di sviluppo (Tabella). ■

Riferimenti bibliografici

1. Field MJ, Lohr KN (Eds). Guidelines for clinical practice: from development to use. Washington: Institute of Medicine, National Academy Press; 1992.
2. SIGN. SIGN 50 - A guidelines developers' handbook. Edinburgh: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN); 2004 (consultabile all'indirizzo: <http://www.sign.ac.uk/>).
3. <http://www.pnlg.it>
4. DM 17 giugno 2006.

Comitato editoriale BEN

Nancy Binkin, Paola De Castro,
Carla Faralli, Marina Maggini,
Stefania Salmaso
e-mail: ben@iss.it