

Valutazione della qualità dell'assistenza in sala parto e contenimento del tasso dei tagli cesarei: l'esperienza dell'ospedale di Monza

A. Scian, A.L.Regalia

Clinica Ostetrico Ginecologica, Ospedale "S.Gerardo" di Monza

Università degli Studi di Milano-Bicocca

Fino alla fine degli anni '60 il tasso di tagli cesarei in Italia era attestato intorno al 5%; dal 1970 il ricorso al parto operativo addominale è rapidamente aumentato, triplicando alla fine degli anni '70, quintuplicando per la fine degli anni '80. Attualmente in Italia il tasso di tagli cesarei si aggira intorno al 34%: ogni anno vengono effettuati circa 190.000 interventi, con un costo umano ed economico non indifferente, a prescindere dai risvolti psicologici e sociali che una simile assistenza alla nascita comporta. Il rischio di morte materna è di 4-8 volte superiore rispetto al parto vaginale, la morbosità puerperale è 10-15 volte superiore, dopo taglio cesareo vi è una ridotta fertilità ed aumenta il rischio nelle gravidanze successive di patologie ostetriche gravi quali la gravidanza extrauterina, la placenta previa, il distacco di placenta. L'Italia è attualmente il paese d'Europa con il più alto tasso di cesarei e questo nostro comportamento è oggetto di discussione anche su autorevoli riviste straniere.

Quali sono le indicazioni che più hanno contribuito ad aumentare il tasso di operatività addominale? Il 75% dell'incremento del tasso di TC può essere attribuito a tre indicazioni: taglio cesareo iterativo, distocia, presentazione podalica. Questo a fronte delle evidenze della letteratura che dimostrano che se viene permessa la prova di travaglio non più del 30% delle donne con pregresso TC necessita di un secondo cesareo, che il tasso di TC per distocia non deve superare il 2% dei parti, che il rivolgimento per manovre esterne a termine di gravidanza dimezza la probabilità di TC nelle presentazioni podaliche.

L'OMS nel 1985 ha pubblicato delle raccomandazioni nelle quali si individua come appropriato un tasso di taglio cesareo non superiore al 15% negli ospedali di III livello e al 10% negli ospedali di I livello. Sebbene queste raccomandazioni siano state discusse e con opportuni aggiustamenti approvate in diversi Congressi ostetrici e all'interno delle Società Internazionali il tasso di tagli cesarei in Italia non solo non è diminuito ma è in continua ascesa.

Quali strategie sono possibili per modificare una scelta assistenziale che è dimostrato non tradursi in un miglioramento degli esiti materni e neonatali? In letteratura sono stati pubblicati negli ultimi 10 anni una serie di proposte, di lavori, di esperienze di singoli gruppi, di ospedali o regioni che hanno

messo in atto strategie diverse per provare a modificare l'attuale situazione ostetrica. Nelle tabelle che seguono sono sintetizzate le strategie riportate negli articoli più rilevanti della letteratura per modificare la pratica nei confronti del taglio cesareo.

“High Cesarean Section Rate: A New Perspective”

Conduzione omogenea, basata su linee guida discusse collettivamente (linee guida su pre-Tc, presentazione podalica, CTG patologico, uso delle PGE2, rallentamento del travaglio), audit periodico

Porreco 1985

“Meeting The Challenge Of The Rising Cesarean Birth Rate”

Aggiornamento a medici, ostetriche, gruppi di consumatori su:

- Conduzione del travaglio nelle donne con TC pregresso
- Diagnosi e conduzione della sofferenza fetale in travaglio
- Indicazioni e strategie per l'induzione del travaglio
- Conduzione del rallentamento del travaglio
- Conduzione del travaglio nella presentazione podalica e gemellare
- Identificazione delle gravide a rischio per Herpes

Porreco 1990

“Every Obstetric Department Should Have A Cesarean Birth Monitor”

- Audit con i singoli medici sulle indicazioni date ai TC
- Proposta linee guida per ridurre il tasso di TC giudicato inappropriato
- Diffusione delle evidenze della letteratura sulle varie indicazioni
- Individuazione delle motivazioni più comuni dell'uso inappropriato del TC

Sandmire 1996

MOTIVAZIONI PIÙ COMUNI DELL'USO INAPPROPRIATO DEL TC

- Dosaggio e/o durata insufficiente di infusione ossitocica per indurre o aumentare il travaglio
- TC elettivo nella macrosomia o SFP
- Counseling inadeguato nelle donne con TC pregresso
- Informazione inadeguata alle donne sugli effetti dell'analgesia epidurale
- Interpretazione allarmistica dei CTG
- Uso inappropriato delle prostaglandine nell'induzione del travaglio
- TC elettivo nella presentazione podalica
- Persistenza del mito del nesso causale tra paralisi cerebrale infantile e sofferenza fetale in travaglio
- Uso indiscriminato dei test diagnostici ⇒ aumento dei falsi positivi
- Persistenza del mito che la riduzione dei TC comporta un aumento delle VO e/o F

Sandmire 1996

In sintesi nella tabella seguente sono segnalati i requisiti che dalle diverse esperienze sono emersi come rilevanti nel modificare l'attuale comportamento nei confronti del taglio cesareo.

REQUISITI INDIVIDUATI PER RIDURRE IL TASSO DI TAGLI CESAREI

1. Produzione di linee guida basate sulle evidenze della letteratura
2. Conduzione ostetrica omogenea dell'equipe
3. Confronto tra operatori
4. Presenza di ostetriche preparate accanto ad ogni donna
5. Definizione delle condizioni necessarie per effettuare un TC
6. Audit periodico
7. Disponibilità degli operatori ad effettuare un audit periodico
8. Aggiornamento permanente del personale
9. Valutazione della qualità dell'assistenza
10. Responsabilizzazione degli operatori nella gestione della sala parto
11. Presenza di un responsabile motivato al cambiamento

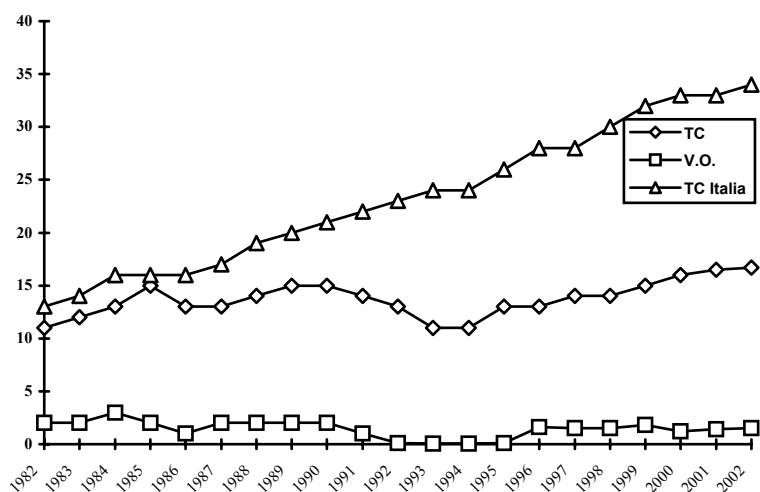
Il processo per un cambiamento è quindi complesso, ma non impraticabile o irriproducibile. Nella nostra esperienza presso l'Ospedale di Monza da diversi anni sono messe in atto le misure identificate come importanti deterrenti all'eccesso di ricorso al taglio cesareo:

- utilizzo di linee guida basate sulle evidenze sperimentali, applicate da tutti gli operatori, indipendentemente da qualunque clientelismo privato;
- differente conduzione e responsabilità nel travaglio fisiologico/ a rischio/ patologico;

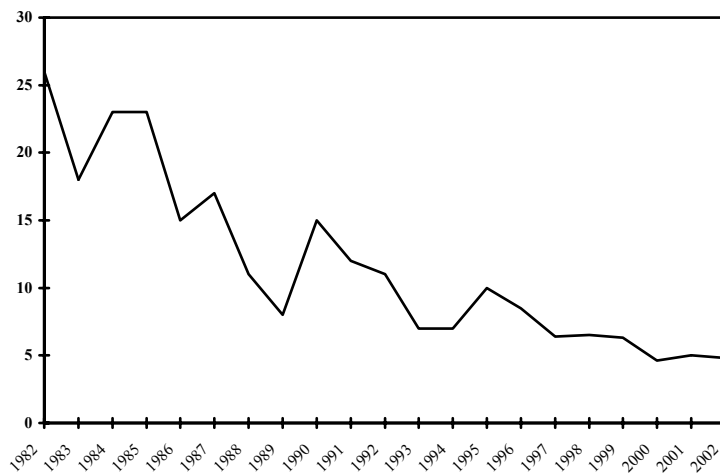
- riduzione del ricorso al taglio cesareo a favore della prova di travaglio nella maggioranza delle condizioni ostetriche a rischio (iposviluppo, oligoidramnios, liquido amniotico tinto, gravidanza ≥ 42 settimane, preeclampsia, taglio cesareo pregresso, ecc.);
- verifica quotidiana e periodica della conduzione ostetrica della guardia da parte di un responsabile della sala parto;
- stesura di un rapporto annuale di assistenza a verifica e conferma delle scelte assistenziali proposte.

Il tasso di cesareo nella nostra divisione, che assiste circa 3000 parti/anno, è rimasto dal 1982 stabilmente intorno al 14-16%, mentre la mortalità perinatale si è complessivamente ridotta, seguendo i trend comuni da decenni a tutto il mondo industrializzato.

PARTI OPERATIVI 1982-2002



MORTALITÀ PERINATALE TOTALE (fino a 28 gg) 1982 - 2002



Probabilmente però è riduttivo individuare solo in modificazioni di fattori medici e/o organizzativi la strategia per contenere il tasso di tagli cesarei. E' indispensabile porsi più in generale la domanda se consideriamo il taglio cesareo un intervento chirurgico o una modalità di nascita. Se lo consideriamo un intervento chirurgico i determinanti al suo ricorso dovrebbero essere le evidenze espresse dalla letteratura sulla sua utilità e l'esperienza professionale individuale dell'operatore coinvolto nell'assistenza: è ragionevole in questo caso parlare, come abbiamo fatto, di linee guida, audit periodico, lavoro di equipe, aggiornamento permanente, ecc. Se lo consideriamo invece semplicemente una modalità di nascita come un'altra inevitabilmente nel suo ricorso siamo condizionati dai giudizi/pregiudizi/valori connessi con il tema della riproduzione: è in questa chiave di lettura che si possono leggere indicazioni al cesareo, riportate anche sui DRG, quali "figlio prezioso", "primipara attempata". Evidentemente queste indicazioni riflettono un'accezione culturale di figlio quale prodotto sociale, il cui valore è determinato dalla sua maggiore o minore "unicità". Prescindendo da argomentazioni etiche o moralistiche contro una simile aberrazione comportamentale, più semplicemente dovremmo/potremmo iniziare a riflettere sul fatto se la richiesta/pretesa delle donne di garanzia sulla "qualità" del prodotto- da noi identificato con il feto-bambino- si riferisce per loro davvero al prodotto della gravidanza? Non si riferisce invece forse al "vero" prodotto della medicina, ossia alla qualità dell'assistenza prestata alla gravidanza? Non è quindi più opportuno, anche per far fronte alla preoccupazione di contenziosi medico-legali, iniziare a validare sistematicamente la propria pratica con incontri periodici di reparto sulla propria assistenza, con definizioni scritte del rationale del proprio comportamento, con la stesura di un rapporto annuale pubblico sulla propria attività? Incominciamo ad esplicitare cosa vogliamo noi operatori e perchè lo vogliamo, accantonando presunte giustificazioni quali "lo vogliono le donne", "sono le donne a richiederlo, io non lo farei": probabilmente ne deriverà come logica conseguenza anche una riduzione del tasso dei tagli cesarei.