

12^a Conferenza Nazionale GIMBE

Per una sanità al centro dell'agenda politica

Bologna, 3 marzo 2017

Ridurre il tasso di tagli cesarei: efficacia di una strategia multifattoriale

Denise Rinaldo

ASST Bergamo Est, Ospedale Seriate

DISCLOSURE

- Nessun conflitto di interessi da dichiarare

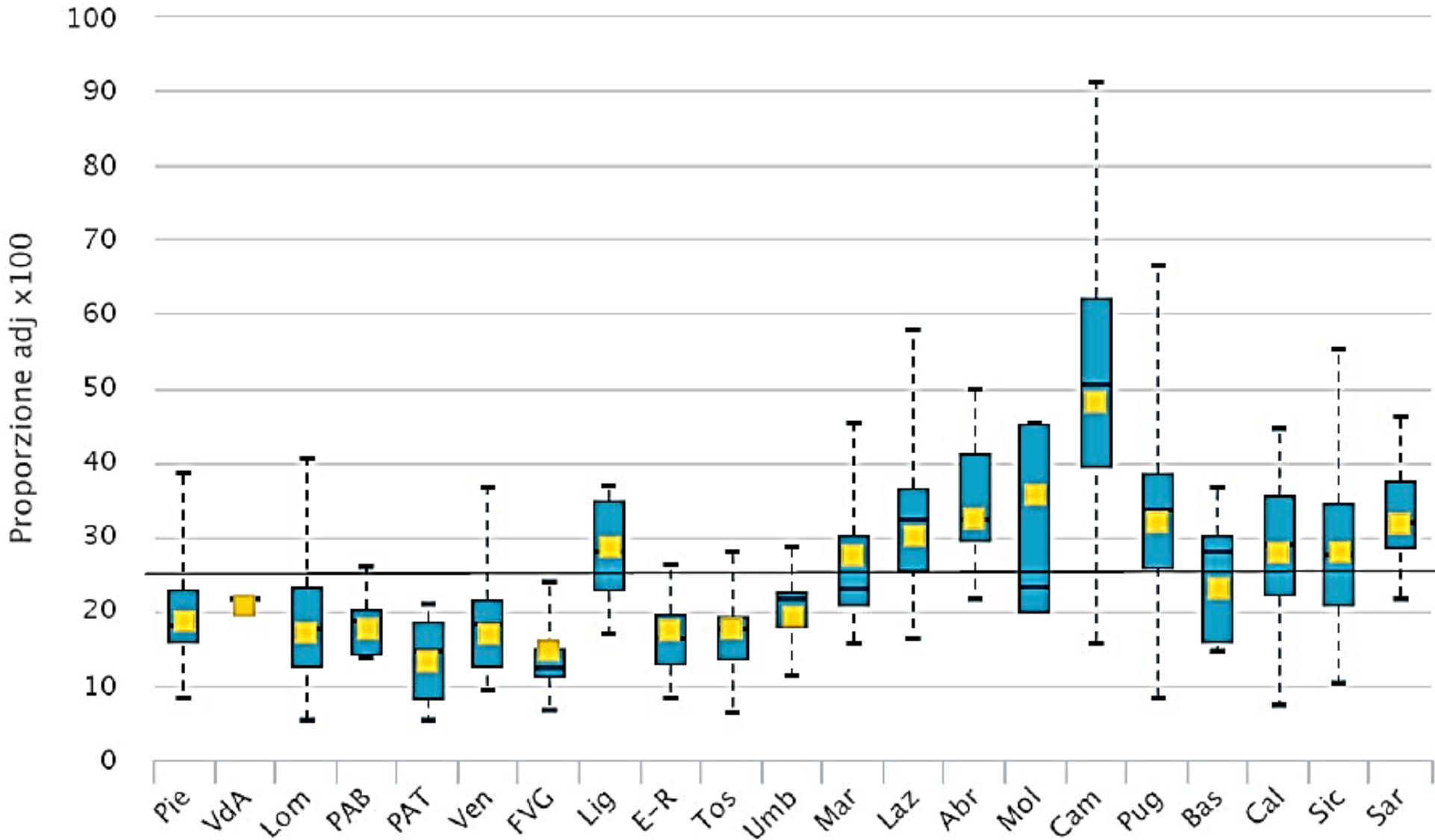
BACKGROUND

- Il parto con taglio cesareo (TC), rispetto a quello vaginale, aumenta i rischi per donna e bambino e dovrebbe essere effettuato solo in presenza di indicazioni specifiche
- L'OMS sin dal 1985 afferma che una proporzione di TC superiore al 15% non è giustificata
- Il regolamento del Ministero della Salute sugli standard ospedalieri fissa la quota massima di TC primari a:
 - 25% per le UU.OO. con >1.000 parti/anno
 - 15% per le UU.OO. con <1.000 parti/anno

BACKGROUND

- Secondo i dati del Programma Nazionale Esiti 2016 la percentuale dei TC primari si è ridotta dal 29% del 2010 al 25% del 2015
- A fronte di un valore nazionale medio del 25% circa, esiste una notevole variabilità intra- e inter-regionale con valori per struttura ospedaliera che variano dal 5% al 93%

PROPORZIONE DI PARTI CON TAGLIO CESAREO PRIMARIO. ITALIA 2015



BACKGROUND

- Nel 2014 il tasso di TC totali nel punto nascita dell'Ospedale di Treviglio era del 32,6% rispetto a:
 - Media nazionale: 36%
 - Media regionale: 27%
- L'input al cambiamento è partito dai professionisti del punto nascita e dall'introduzione negli obiettivi regionali dell'indicatore % di TC

OBIETTIVI

- Ridurre il tasso di TC utilizzando una strategia di implementazione multifattoriale
- Mantenere la sicurezza per madre e neonato

METODI

- Analisi dei TC nel 2014 (1.265 parti) e loro suddivisione secondo le classi di Robson
- Interventi di cambiamento della strategia multifattoriale
 - classificati secondo la tassonomia del Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group
 - progressivamente introdotti dal gennaio 2015 al dicembre 2016
- Valutazione dell'efficacia del cambiamento sulla % di TC nel 2016 (1225 parti)

METODI: la strategia multifattoriale

INTERVENTI STRUTTURALI

- Creazione di un ambulatorio dedicato alla valutazione e ammissione al travaglio della paziente pre-cesarizzata
- Creazione di un ambulatorio per il rivolgimento di feto podalico con manovre esterne

METODI: la strategia multifattoriale

INTERVENTI ORGANIZZATIVI

- Revisione dei protocolli in uso
- Identificazione di responsabile sala parto e coordinatrice ostetrica
- Audit: briefing ostetrico quotidiano su ogni TC, monitoraggio mensile outcome ostetrici
- Miglioramento del teamwork
- Introduzione nuovo partogramma con curve cervimetriche che consentano tempi di dilatazione più lunghi

METODI: la strategia multifattoriale

INTERVENTI PROFESSIONALI

- Classificazione del livello di rischio della donna in travaglio → gestione ostetrica delle donne a basso rischio
- Training ostetrico periodico sulle skills tecniche e non tecniche con manichini e simulatori complessi
- Nuova gestione della distocia del travaglio conforme alla recenti linee guida internazionali sul partogramma
- Miglioramento della capacità di interpretare i tracciati cardiotocografici

RISULTATI: % TC 2014 vs 2016

CLASSI DI ROBSON		2014	2016
1	Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo*	13	5,26
2A	Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto	40	31,6
2B	Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, cesareo elettivo	100	66,6
3	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso TC, travaglio spontaneo	1,93	1,52
4A	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso TC, travaglio indotto	14,7	11,1
4B	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso TC, cesareo elettivo	100	60

* P < 0.05

RISULTATI: % TC 2014 vs 2016

CLASSI DI ROBSON		2014	2016
5	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, pregresso TC*	98,9	69,2
6	Nullipara, gravidanza singola, presentazione podalica	100	100
7	Multipara, gravidanza singola, presentazione podalica, include pregresso TC	100	63,6
8	Gravidanza multipla (include pregresso TC)	91,6	80
9	Gravidanza singola, presentazione trasversa, obliqua...(include pregresso TC)	0	100
10	Gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale <37 settimane (include pregresso TC)*	59,4	26,3

* P < 0.05

RISULTATI

- Il tasso di TC si è ridotto complessivamente dal 32,6% del 2014 al 18,1% del 2016 → riduzione = 44,5%
- La riduzione è statisticamente significativa nelle classi di Robson 1, 5, 10
- L'incidenza di neonati con pH cordonale <7 e punteggio di APGAR <7 a 5' non è variato nei due gruppi di studio

RISULTATI

La riduzione della % di TC è avvenuta a carico delle indicazioni più soggettive:

- battito cardiaco fetale non rassicurante
- arresto della progressione della dilatazione cervicale
- classe 1 di Robson

Determinante l'ambulatorio dedicato alle pazienti precesarizzate con attenta selezione delle donne da ammettere al travaglio di parto

LIMITI

- I risultati raggiunti non sono consolidati, ma richiedono una attenzione costante per rendere definitivo il cambiamento professionale e organizzativo

CONCLUSIONI

- Una strategia multifattoriale è efficace nel ridurre il tasso di TC senza aumentare la morbidità neonatale

RINGRAZIAMENTI

- Dott. Claudio Crescini - Ex Direttore DMI ASST Bergamo Ovest Ospedale Treviglio (BG)
- Dott. Anna Zilioli – Ostetrica Coordinatrice Sala Parto