

Come ridurre il tasso di tagli cesarei: una questione culturale e organizzativa



Nell'arco di un triennio, grazie al miglioramento dell'organizzazione clinica della sala parto, la nostra unità operativa è stata in grado di ridurre del 44,5% il tasso complessivo di Tc. La nostra 'piccola' esperienza ha dimostrato che – con un'attenzione costante ai fattori culturali e organizzativi – un/una responsabile di sala parto può riuscire a modificare comportamenti clinici incongrui, riducendo il tasso di tagli cesarei senza aumentare la morbilità neonatale

**Claudio Crescini
Denise Rinaldo
Anna Zilioli**

Dipartimento Ostetrico-ASST Bergamo
Ovest ospedale Treviglio (BG)

L'aumento del tasso di tagli cesarei è un problema di rilevanza internazionale. Nel 2014 il tasso complessivo di Tc nella nostra Unità operativa era alto (32,6%), in linea con il tasso nazionale del 36%, per cui abbiamo deciso di migliorare la qualità dell'assistenza clinica implementando una serie di cambiamenti strutturati di tipo organizzativo e culturale.

Materiali e metodi

Lo studio "Before and After" ha paragonato il tasso di Tc eseguiti nel 2014 e nel 2016 nella nostra Unità Ostetrica.

Nel 2015 abbiamo migliorato l'organizzazione clinica della Sala Parto introducendo:

- Monitoraggio mensile degli outcomes ostetrici
- Identificazione/reclutamento di un responsabile di sala par-

to e di una coordinatrice ostetrica

- Miglioramento del *teamwork* (lavoro di equipe)
- *Briefing* ostetrico ogni mattina con discussione e valutazione di ogni taglio cesareo effettuato
- Miglioramento della capacità di interpretare i tracciati cardiocografici
- *Training* ostetrico periodico sulle *skills* tecniche e non tecniche con manichini e simulatori complessi
- Revisione dei protocolli clinici
- Introduzione di un ambulatorio specifico dedicato alla valutazione e ammissione al travaglio della paziente pre cesarizzata
- Introduzione di un ambulatorio per il rivolgimento di feto podalico con manovre esterne
- Introduzione di un nuovo partogramma con curve cervicometriche che consentano tempi di dilatazione più lunghi
- Implementazione di una nuova gestione della distocia del travaglio conforme alla cosiddetta "gestione omnicomprensiva" del travaglio

- Classificazione del livello di rischio della donna in travaglio con gestione da parte delle ostetriche del basso rischio.

Risultati

Il tasso di Tc era 32,6% (412/1.266 pazienti; 95% CI: 30.0 – 35.2 del) nel gruppo "prima" e 18,1% (172/948 pazienti; 95% CI: 15.7 – 20.8 del) (Fisher's exact test: p < 0.0001) nel gruppo "dopo".

Il tasso complessivo di Tc è stato ridotto del 44,5%.

La riduzione è stata statisticamente significativa nelle classi di Robson 1-5 e 10.

L'incidenza di neonati con pH cordonale < 7 e punteggio di APGAR < 7 a 5' non è variata nei due gruppi di studio considerati.

Discussione

Nel nostro studio abbiamo dimostrato un cambiamento significativo nel pattern di tagli cesarei che potrebbe essere attribuito all'implementazione degli items presentati sopra.

Il nostro studio mostra una riduzione del tasso di Tc nelle classi

Classificazione di Robson

 **Pregresso taglio cesareo**  **Travaglio spontaneo**

1,5 e 10. Questo è stato possibile grazie ad una riduzione delle indicazioni più soggettive al taglio cesareo come il battito cardiaco fetale non rassicurante o l'arresto della progressione della dilatazione cervicale, soprattutto in donne appartenenti alla classe 1 di Robson (nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo) e all'introduzione di un ambulatorio dedicato alle pazienti precesarizzate con un'attenta selezione delle donne da ammettere al travaglio di prova.

Con un'attenzione costante ai fattori culturali ed organizzativi un responsabile di sala parto può riuscire a modificare comportamenti clinici incongrui riducendo il tasso di tagli cesarei senza aumentare la morbilità neonatale. **Y**

Per saperne di più

- Ragusa A, Gizzo S, Noventa M, Ferrazzi E, Deiana S, Svelato A. Prevention of primary caesarean delivery: comprehensive management of dystocia in nulliparous patients at term. Arch Gynecol Obstet 2016 Oct;294(4):753-61
- Blomberg M. Avoiding the first caesarean section-results of structured organizational and cultural changes. Acta Obstet Gynecol Scand 2016 May;95(5):580-6

Sandra Morano
Principale Investigatrice Optibirth Italia

Un gruppo di operatori, in gran parte ostetriche e poi ginecologi, epide-

Tabella

CLASSI DI ROBSON		Tasso di TC in ciascun gruppo (%) 2014	Tasso di TC in ciascun gruppo (%) 2016	P
1	Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo	13	5,26	0.0017
2A	Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto	40	31,6	NS
2B	Nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, cesareo elettivo	100	66,6	NS
3	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio spontaneo	1,93	1,52	NS
4A	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio indotto	14,7	11,1	NS
4B	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, cesareo elettivo	100	60	NS
5	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, pregresso taglio cesareo	98,9	69,2	P<0.0001
6	Nullipara, gravidanza singola, presentazione podalica	100	100	NS
7	Multipara, gravidanza singola, presentazione podalica, include pregresso taglio cesareo	100	63,6	0.0311
8	Gravidanza multipla (include pregresso taglio cesareo)	91,6	80	NS
9	Gravidanza singola, presentazione trasversa, obliqua...(include pregresso taglio cesareo)	0	100	NS
10	Gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale <37 settimane, include pregresso taglio cesareo	59,4	26,3	0.0176

Tabella di confronto

CLASSI DI ROBSON		Tasso di TC in ciascun gruppo (%) 2014	Tasso di TC in ciascun gruppo (%) 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 taglio cesareo, travaglio spontaneo	1,93	1,52
4A	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio indotto	14,7	11,1
4B	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, cesareo elettivo	100	60
5	Multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, pregresso taglio cesareo	98,9	69,2
6	Nullipara, gravidanza singola, presentazione podalica	100	100
7	Multipara, gravidanza singola, presentazione podalica, include pregresso taglio cesareo	100	63,6
8	Gravidanza multipla (include pregresso taglio cesareo)	91,6	80
9	Gravidanza singola, presentazione trasversa, obliqua...(include pregresso taglio cesareo)	0	100
10	Gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale <37 settimane, include pregresso taglio cesareo	59,4	26,3

Presentati a Roma i risultati di Optibirth

Uno studio europeo per la riduzione dei cesarei

■ Contrastare l'irresistibile aumento di Tagli Cesarei, anche attraverso l'aumento di parti naturali dopo il cesareo (VBAC). Questo l'obiettivo di uno studio europeo denominato "Optibirth", finalmente conclusosi a quattro anni dall'inizio nel 2012. Il presupposto di partenza era realizzare un modello basato sulla centralità del paziente, in questo caso la donna, che avesse da una parte la forza di produrre dei cambiamenti e dall'altra l'attrattività per ottenere il finanziamento necessario

miologi, statistici di diversi paesi europei hanno pensato ed organizzato lo studio Optibirth, che, in cifre, ha ottenuto un finanziamento complessivo di 2,999 mln euro e ha richiesto quattro anni di lavoro, ha coinvolto 8 paesi, 10 sedi universitarie e 15 Maternità in Italia, Irlanda e Germania, paesi del sud Europa con un più basso numero di VBAC, dove sono state reclutate complessivamente circa 2002 donne.

In Italia hanno partecipato le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di cinque sedi universitarie (Genova, Torino, Bologna, Napoli e Bari), contando sul sostegno di Opinion leader, nazionali e locali, ostetriche e ginecologi, e avvalendosi negli anni di circa 18 professioniste, tra cui una ginecologa e ostetriche con contratto co.co.co. **Ecco il modello dello studio**

I tappa - Sono stati condotti Focus Groups con donne, i loro partner, ginecologi e ostetriche $\frac{3}{4}$ in ogni nazione con alta percentuale di VBAC: 45-55% (Finlandia, Svezia, Olanda) con 2 gruppi di 6-8 donne e gruppi di personale sanitario ▶

per un totale di 12 gruppi $\frac{3}{4}$ in ogni nazione con bassa percentuale di VBAC: 29-36% (Irlanda, Germania Italia) con 2 gruppi di 6-8 donne e gruppi di personale sanitario per un totale di 12 gruppi. In questo modo abbiamo preliminarmente conosciuto il loro parere sugli ostacoli al parto vaginale, in particolare dopo TC, e i problemi e i suggerimenti delle gravide e degli operatori.

II tappa - Interventi antepartum focalizzati sulla donna per aumentare i tassi di VBAC e sostenere le donne. Interventi focalizzati sul personale sanitario per aumentare i tassi di VBAC, sostenere le donne e le paure dei clinici. Lo strumento è un programma innovativo di informazione e sostegno alle donne con un precedente taglio cesareo attraverso uno studio randomizzato, da svolgersi in almeno due incontri durante la gravidanza, in cui l'ostetrica e il ginecologo portavano il peso delle evidenze scientifiche e della propria esperienza clinica per far sì che la donna potesse scegliere in libertà e con le corrette informazioni l'opzione più adeguata ai propri bisogni. L'intervento è stato somministrato nelle sedi caso, mentre in quelle controllo le donne hanno ricevuto il trattamento standard. In Italia i centri caso sono stati: Genova, Bologna e Napoli.

III tappa - Sviluppo di sito internet e applicazioni per smartphone con dati di letteratura fruibili per donne, ostetriche e ginecologi (www.optibirth.eu). I risultati dello studio, in corso di pubblicazione, sono stati presentati al Parlamento Europeo alla fine del 2016, e successivamente nei paesi partecipanti, per arrivare il 26 gennaio in Italia con un convegno promosso al Senato. L'esperienza Optibirth ha costituito la filigrana con cui guardare ad un fenomeno che alla fine non è così solo italiano. I fattori sono molteplici, e vanno dall'abbandono dell'arte ostetrica, che riguarda le sedi della formazione, alla decorporeizzazione della donna, che dovrebbe riguardare tutta la società, colpevolmente assente dal punto di vista educativo e preventivo, e alla qualità dell'assistenza, oggi derubricata alla sola presenza degli standards di efficienza e sicurezza. Infine, ma non per importanza, il tratto comune a tutte le società soprattutto nel sud dell'Europa è il pervicace attaccamento a quella concezione del ginecologo "medico per le donne" che, nata nel secolo scorso negli USA, rappresenta ancora oggi il più forte propulsore dell'epidemia dei cesarei. Una donna, anche ben informata, per partorire si affida al suo ginecologo,

ma il professionista di cui la donna ha fiducia è quello che le dice che non ce la farà a partorire (o non la rinforza sulla sua innata capacità). E a questo punto ben poche riescono a sfuggire a una sorta di "sindrome di Stoccolma", continuando, come succede in Italia, a scegliere lo specialista privato nell'88.5% dei casi. La donna diventa "proprietà" del suo curante, soprattutto dove la medicina è privata: succede a Napoli (dove abbiamo avuto difficoltà a reclutare le donne) come nelle

Il mantra dei piccoli ospedali è diventato un leit motiv, senza studi clinici, senza un disegno alternativo, come per i tagli indiscriminati dei posti letto in tutto il paese. Ma come efficace contrasto ai Tc il riferimento a ospedali e numero di parti non riesce

cliniche private in Bulgaria, e in tutti i paesi dell'Est, ma anche in Irlanda, e perfino in Germania, dove comunque lo specialista ha un ruolo preminente. In regime privato o semi privato, lo specialista guida il suo pacchetto di "anime morte" verso una clinica o verso un ospedale, a seconda della compiacenza o meno dei direttori, determinando su base eminentemente commerciale la permanenza o meno nel *cut off* dei numero di parti (cesarei) per anno.

L'Italia all'inizio dello studio vantava con il suo 38% il primato europeo dei TC, e della "resistibile ascesa" del TC in Italia si parla da tempo. Non è la quantità di riferimenti al TC ad essere inadeguata, visto che da almeno dieci anni sono state intraprese iniziative parlamentari, di solito esiti di confronto tra esperti, di solito concentrate sulla proporzione inversa tra numero alto di TC e numero basso di parti (<500 per anno), da cui la convinzione che per diminuire i TC bisognava chiudere i piccoli ospedali. **Così il mantra dei piccoli ospedali è diventato un leit motiv, senza studi clinici, senza un disegno alternativo, come per i tagli indiscriminati dei posti letto in tutto il paese.** Ma come efficace contrasto ai TC il riferimento a ospedali e numero di parti non riesce. Il parto non è assimilabile a malattia, non ha puntate epidemiche né stagionali, e soprattutto non è in agenda il suo spostamento in luoghi alternativi, o sul territorio.

Il parto rimane, comunque, con crisi o spending review, solo a parole un life event, ma di fatto un costruito subculturale di "rischio e sicurezza" che richiede un ospedale con un numero an-

nno di parti adeguato, la presenza di molteplici professioni e un setting almeno di II o III livello. Questa riduzione agli antipodi della normalità e della fisiologia della nascita ha molteplici fattori ed attori. Ma pochi controllori. E distratti decisori. Per cui l'"epidemia" di TC non è affrontata – e compresa – nei suoi aspetti clinici, epidemiologici, ecologici e culturali. Come più volte denunciato, vorremmo parlarne dalla radice, e non guardando agli esiti. In una società matura non si può affrontare questo fenomeno attribuendolo colpevolmente alle presunte paure delle donne. Attraverso questo studio abbiamo conosciuto, nell'arretrato Sud, donne tanto coraggiose (e ostetriche tanto competenti) che, in assenza di una reale offerta ospedaliera, hanno scelto di partorire, anche a casa, dopo uno, due o tre TC. Come si fa "normalmente" in UK, o nel nord Europa.

Finalità e risultati dello studio. Con il progetto Optibirth per la prima volta è stato possibile un intervento "dal basso", vicino ai problemi delle donne e dei clinici, con la rara opportunità di discutere faccia a faccia, dai direttori alle ostetriche ai ginecologi, nei luoghi della cura. Dove le donne arrivano con domande e fiducia, e voglia di scegliere, e gli operatori sono costretti tutti i giorni a fare i conti con vecchie vocazioni, nuove restrizioni, guadagni meno consistenti e la irresistibile voglia di facilità.

Con la proposta di incontri di informazione, formazione e sostegno siamo entrati nella realtà della assistenza quotidiana, ed affrontato la diffidenza, lo scetticismo, la ridicolizzazione, la distanza. Abbiamo visto con i nostri oc-



chi dovunque un copione che ben conosceamo. Ma altro è parlare ai tavoli o in conferenze, altro è chiedere incontri in piccoli gruppi, proporre un progetto accuratamente predisposto, con tempi ed obiettivi, ascoltare e riproporre gli aspetti scientifici, culturali ed empatici previsti dall'intervento. Altro è guardare dati sconcertanti e inviare raccomandazioni, altro è insistere, resistere all'unica chiave di lettura della responsabilità professionale, programmare l'ennesimo viaggio per un altro incontro idealmente meno deserto del precedente, in termini di presenze di ginecologi e delle relative pazienti. Il mondo della "moderna" assistenza alla nascita sembra un pianeta a parte, e così i suoi abitanti. In effetti la narrazione istituzionale e mediatica è oramai focalizzata più alle difficoltà della riproduzione che ai primati del parto chirurgico, e l'epidemia dei cesarei sembra non interessare nessuno. Per questo era importante aderire ad un progetto che ci facesse sentire parte di una comunità culturale e scientifica, quella europea; partecipare ad un programma costruito insieme e quindi condiviso, tenendo conto delle varie realtà locali, con un finanziamento adeguato e trasparente, una tabella di marcia prestabilita. Questa esperienza è stata significativa anche per dimostrare che cosa può funzionare, non solo in termini numerici, per promuovere la normalità del parto (abbiamo riscontro degli esiti di

eventuali progetti per contrastare il TC in Italia utilizzando i finanziamenti erogati negli anni alle Regioni?). Il coinvolgimento delle ostetriche, principali mediatrici del rapporto empatico, era la grande scommessa del progetto, nato da studi pensati soprattutto nell'ambito della Midwifery. **Laddove in Italia le ostetriche hanno interpretato il loro ruolo e la antica saggezza, si può dire che lo studio ha funzionato.** Ancor più delle evidenze scientifiche, la compassionevole cura, la loro presenza continua e rassicurante, ha fatto la differenza.

E infine la risposta delle donne: se messe in grado di godere di un sostegno culturale ed affettivo, pur nel costante assedio di curanti, parenti ed amici, sono riuscite ad arrivare in sala parto forti della loro competenza. Al di là del grande sforzo innovativo e delle notevoli resistenze che dovunque ha incontrato, lo studio Optibirth ha segnato una svolta nella promozione della normalità della nascita. Soprattutto in Italia. Mettendo in campo "solo" la forza disarmata di un intento educativo e della vera possibilità di scegliere, promuovendo dal basso il protagonismo della donna e la compartecipazione dei clinici, ha per la prima volta proposto un modello di triangolazione che inchioda tutti e tre gli attori attualmente presenti nei luoghi del parto al rispetto dei confini, tra dignità e affidamento, tra onestà e responsabilità. **Y**

In Italia hanno partecipato allo studio le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia di cinque sedi universitarie (Genova, Torino, Bologna, Napoli e Bari), contando sul sostegno di opinion leader, nazionali e locali, ostetriche e ginecologi e avvalendosi negli anni di circa 18 professioniste, tra ginecologhe e ostetriche