

Nel quinquennio 2004/08 il tasso dei cesarei all'Ospedale S. Leonardo è sceso dal 52,7 al 17,5 per cento

Castellammare di Stabia: isola felice del parto fisiologico

di **Ciro Guarino**

Si è concluso nel 2008 il primo quinquennio del progetto di "promozione del parto fisiologico nell'Ospedale S. Leonardo di Castellammare di Stabia, Asl NA 5", iniziato nel gennaio del 2004, anno in cui ho accettato l'incarico di Direttore dell'U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia di questo presidio ospedaliero.

Il progetto di promozione del parto fisiologico e la conseguente riduzione dei tagli cesarei rappresenta una risposta concreta alle più attuali direttive nazionali e internazionali che continuano con forza a richiedere agli operatori del settore un approccio più "umanizzato" alla gravidanza e al parto e, d'altronde, il supporto costante dell'Aogoi durante questo percorso è la testimonianza della importanza di questo cambiamento di rotta nell'assistenza ostetrica.

Bussola costante di questo cammino sono state due profonde convinzioni personali: la prima è che la più grande forza che sostiene ogni cambiamento è la forza delle idee, la seconda che migliorare è sempre possibile quando ci si impegna seriamente in un progetto. I dati che mi accingo a presentare infatti testimoniano gli importanti traguardi che sono stati raggiunti dall'U.O. in termini di professionalità e competenza scientifica. Il progetto prevedeva le seguenti attività:

- sviluppo e formalizzazione delle linee guida per l'adozione del parto fisiologico verso quello cesareo
- definizione di indicatori di riferimento qualitativi e quantitativi al fine di realizzare una raccolta dati in modo strutturato
- monitoraggio e creazione reportistica per l'analisi dei risultati.

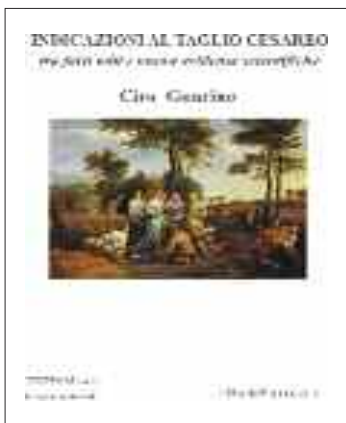
Il primo passo: le linee guida

Conscio che ogni cambiamento perché sia duraturo nel tempo ha bisogno di solide fondamenta, e che solo agendo secondo evidenze scientifiche forti e in

CON IL 38% DI PARTI CESAREI all'attivo il nostro Paese ha in assoluto il tasso più alto di parti cesarei in Europa ed è al terzo posto tra quelli industrializzati dopo Messico e Brasile. Tra le regioni italiane il record dei cesarei spetta alla Campania, con un tasso del 60 per cento, seguita da Sicilia (52,8%) e Lazio (42%). Valori significativamente elevati, soprattutto se confrontati con la percentuale ottimale individuata dall'Oms, del 15%. Tuttavia, anche in un contesto regionale come quello campano, dove il fenomeno sfiora punte del 62 per cento, una realtà come la Uoc di ostetricia e ginecologia di Castellammare di Stabia è riuscita a invertire questo trend innescando un cambiamento "culturale". Grazie al Progetto di promozione del parto fisiologico avviato nel 2004, l'incidenza dei TC in questa Uoc è scesa dal 52,7% al 17,5%. Il suo direttore, **Ciro Guarino**, ci illustra come è stato possibile raggiungere questo risultato, coniugando outcome migliori, in termini di benessere materno-fetale, e un notevole risparmio economico

modo omogeneo si può procedere in sicurezza per sé e per le pazienti, il primo passo obbligato di questo cammino è stato lo sviluppo di linee guida per l'adozione del parto fisiologico verso il taglio cesareo.

La formalizzazione delle stesse ha poi trovato eco nazionale attraverso la stesura da parte del sottoscritto del volume "Indicazioni al taglio cesareo: tra falsi miti e nuove evidenze scientifiche", pubblicato come "Libro Aogoi" nel maggio del 2008, che



I Libri dell'Aogoi

riassume le più recenti evidenze scientifiche relative al ricorso al taglio cesareo e rappresenta, dunque, il riferimento per la gestione delle pazienti ostetriche.

Gli indicatori monitorizzati

Per quanto concerne il monitoraggio dell'attività progettuale è stato necessario identificare un set di indicatori, sia qualitativi (non monetari) che quantitativi (monetari), che consentissero di realizzare una raccolta dati chiara e strutturata, al fine di effettuare un monitoraggio continuo e la successiva analisi dei risultati (vedi tabella 1).

Attualmente gli indicatori analizzati sono principalmente quelli qualitativi (non monetari) e, parzialmente, quelli quantitativi (monetari) relativi ai costi diretti, in quanto l'analisi di alcuni costi diretti (attività di laboratorio o radiologica), così come di quelli indiretti (energia, riscaldamento, costo-opportunità strutture e personale, etc.), prevede inevitabilmente una collaborazione con altri organi del



Presidio ospedaliero. Dall'analisi degli indicatori valutati, appare subito evidente che nel 2008 è stato raggiunto l'obiettivo primario del progetto, avendo ottenuto una percentuale di tagli cesarei pari al 17,5% (figura 1, tabelle 2, 3). Ma l'analisi degli indicatori monitorizzati rappresenta la base per ulteriori importanti considerazioni che consentono di valutare gli aspetti professionali e, come vedremo successivamente, gli aspetti economici che tale risultato comporta.

Gli aspetti qualitativi

Il primo aspetto qualitativo analizzato sono state le indicazioni al taglio cesareo. L'indicazione più frequente è risultata la presenza di taglio cesareo pregresso con segmento uterino inferiore non permissivo e/o tre o più tagli cesari pregressi, presente nel 30,3% dei casi (75,4% se si considera l'associazione con altre indicazioni).

A seguire, le altre indicazioni più frequenti sono state le distocie (del I e del II stadio) e le pre-

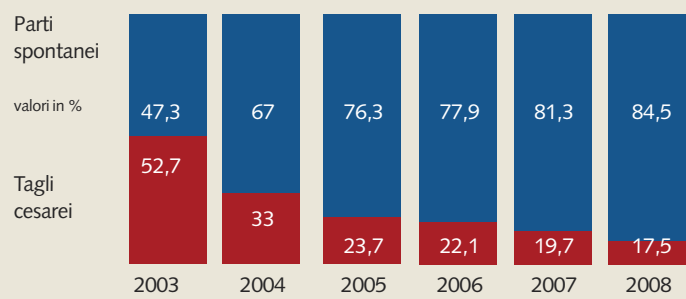
sentazioni anomale, che rappresentano il 12,3% dei casi ognuna, l'autodeterminazione materna, 7,4% dei casi, e infine le anomalie cardiocografiche, 4,9% dei casi. Il restante 32,8% dei casi è costituito da una miscelanea di altre indicazioni ostetriche quali placenta previa, distacco intempestivo di placenta, IUGR, macrosomia fetale. In relazione ai dati su citati, dal confronto con la letteratura internazionale, appare opportuno un commento su alcune delle indi-



Ciro Guarino

Grafico 1

Riduzione dell'incidenza dei T.C. nell'ospedale "San Leonardo"



(18,7% vs 4,5%) in assenza, tuttavia, di esiti significativi a lungo termine (Fonte: U.O. di Neonatologia del P.O. San Leonardo). Tale dato, dunque, sfata un altro falso mito che alberga nelle donne e, purtroppo, anche tra diversi colleghi, che ritiene erroneamente più favorevole per il benessere neonatale l'espletamento del parto per via chirurgica rispetto a quello vaginale.

Gli indicatori monetari valutati

In aggiunta a quanto riportato, alla luce della attuale situazione della sanità italiana, risulta particolarmente interessante anche l'analisi degli indicatori monetari valutati, che conferma quanto riportato dalla letteratura nazionale ed internazionale, ossia che l'effettuazione di un taglio cesareo comporta costi maggiori rispetto all'espletamento di un parto spontaneo.

Infatti, considerando il consumo medio di farmaci e di materiale d'uso necessari per l'esecuzione di un taglio cesareo, rispetto a quello necessario per l'assistenza di un parto spontaneo, nonché i giorni di degenza medi per le diverse modalità del parto, risulta che il parto spontaneo comporta un risparmio unitario medio di 494.54 Euro. A tal proposito si evidenzia che il calcolo del costo unitario di un taglio cesareo è stato valutato in maniera assolutamente ottimistica, considerando che l'intervento non comporti alcuna complicanza, in modo da poter limitare la degenza ospedaliera a soli quattro giorni verso i tre giorni del parto spontaneo. Si specifica che i dati relativi ai costi diretti presi in esame sono quelli forniti dalla Farmacia del P.O. e dall'Amministrazione dell'Asl NA 5 in relazione ai dati del 2007. Confrontando i dati relativi all'incidenza dei tagli cesarei e al numero totale di parti del 2003, anno precedente l'inizio del mio incarico, con quelli del

Tabella 1

Indicatori non monetari (qualitativi)	Indicatori monetari (quantitativi)
<ul style="list-style-type: none"> N° TC e relativa incidenza sul totale parti gg degenza totali relativi ai parti Delta gg di degenza TC N° TC pregressi e incidenza sui TC tot Tasso mortalità e morbilità materna totale e per tipologia di parto (fisiologico vs. tc) Tasso mortalità e morbilità neonatale totale e per tipologia di parto (fisiologico vs. tc) Incidenza distocie su TC tot Incidenza di posizione podalica su TC tot Incidenza alterazioni CTG non rassicuranti su TC tot Incidenza autodeterminazione materna su TC tot Ore di utilizzo sala operatoria per TC e PS Incidenza ore utilizzo sala operatoria TC sul totale ore utilizzo reparto ginecologia N° di infezioni post-chirurgiche per tipologia di parto N° di ricoveri post-parto per tipologia di parto (fisiologico vs. tc) N° di terapie intensive post-parto per tipologia di parto e relativi giorni di degenza 	<p>Costi diretti</p> <ul style="list-style-type: none"> Costo dei farmaci associati ai TC ed ai PS Costo materiale di consumo associato ai TC ed ai PS Costo dell'attività medica associata ai TC ed ai PS (es. ore anestesista) Costo attività di laboratorio associata ai TC ed ai PS Costo di attività di radiologia associata ai TC ed ai PS <p>Costi indiretti</p> <ul style="list-style-type: none"> Energia Riscaldamento Attività medica non dedicata Manutenzione strutture immobiliari Servizi di lavanderia Servizi di trasporto Costo opportunità per le strutture e per il personale Delta risparmio totale parti fisiologici vs. TC Delta risparmio parti fisiologici vs. TC secondo la media dell'ASL NA5 Delta risparmio parti fisiologici vs. TC secondo la media della Regione Campania

quattro anni (2003-2008), periodo durante il quale è stato perseguito il progetto, è possibile valutare il risparmio cumulato con la riduzione dei tagli cesarei. Tale risparmio ammonta a 542.543,99 euro. Si evidenzia ancora una volta che il suddetto risparmio cumulato è riferito solo al costo diretto dei farmaci e del materiale d'uso necessari per le diverse modalità del parto e della degenza ospedaliera media. Per avere una stima completa del risparmio, dunque, sono da aggiungere i costi relativi al personale medico e paramedico di sala operatoria, nonché quelli relativi alle mancate opportunità di diverso utilizzo delle strutture di sala operatoria e del relativo personale, per interventi

di più alta specializzazione (ad esempio interventi per patologia oncologica) e, dunque, con un più vantaggioso rapporto costo/ricavo.

Una scelta di qualità

Concludendo, alla luce di queste considerazioni, è ancora più evidente che la scelta di riduzione dei tagli cesarei è innanzitutto una scelta di qualità, in quanto consente di tutelare nel modo più adeguato il benessere sia materno che fetale, restituendo alle donne la giusta centralità nel momento unico del parto, ma i benefici economici che ne derivano la rendono anche la scelta economicamente più opportuna alle attuali esigenze della sanità italiana.

fica e sociale da parte delle più prestigiose società mondiali di ginecologi (ACOG, RCOG, SOGC, ARCOG), viste le implicazioni socio-economiche di tale condotta.

Orbene, a differenza delle altre realtà nazionali e internazionali in cui sono soprattutto le primigravide a richiedere un taglio cesareo senza indicazione, nel 100% dei casi verificatisi nella nostra U.O. si è trattato di donne già cesarizzate almeno una volta, a testimonianza che una costante e adeguata divulgazione di informazioni in tal senso da parte sia del personale sanitario dell'U.O., che del personale sanitario operante sul territorio, ha efficacemente modificato l'atteggiamento culturale dell'utenza locale.

Ma, essendo l'obiettivo prioritario della nostra attività la tutela del benessere sia materno che fetale, gli aspetti qualitativi fondamentali per valutare la bontà del progetto perseguito sono quelli relativi ai tassi di mortalità e morbilità materna e neonatale. E dunque, coerentemente con quanto già riportato dalla più importante letteratura internazionale, dai nostri dati emerge che il ricorso al taglio cesareo è associato a una mortalità materna e una mortalità neonatale sovrapponibile a quella del parto spontaneo, mentre la morbilità materna e la morbilità neonatale risultano essere superiori nel taglio cesareo rispetto al parto spontaneo. In particolare la morbilità materna nelle donne sottoposte a taglio cesareo (1,7% vs 0,8%) è correlata principalmente a complicanze postoperatorie di lieve entità, quali ipertermia o complicanze della cicatrizzazione.

In un caso si è resa necessaria un'isterectomia post cesareo con successivo trasferimento della paziente in terapia intensiva, risoltosi, poi, in modo favorevole. Per quanto concerne, invece, la morbilità neonatale è evidente il beneficio del parto fisiologico rispetto al taglio cesareo, essendo stata riscontrata nei nati da taglio cesareo una morbilità circa quattro volte superiore a quella dei nati da parto spontaneo

cazioni riportate, quali le distocie e il taglio cesareo per autodeterminazione materna.

Infatti, diversamente da quanto emerge dalle casistiche internazionali più recenti, nelle quali è riportato che i tagli cesarei per distocia costituiscono oltre il 60% dei primi tagli cesarei e oltre il 30% dei tagli cesarei complessivi (Guarino 2008), nella nostra attività la distocia è presente solo nel 12,3% dei casi. Tale risultato è il frutto di una rigorosa applicazione dei criteri diagnostici di tale complicanza ostetrica individuati attraverso l'utilizzo costante e scrupoloso del partogramma, lo strumento più valido ad oggi riconosciuto e, pertanto, raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e dalle principali società scientifiche internazionali. Per quanto concerne, invece, il taglio cesareo su richiesta materna senza indicazione medica, esso rappresenta una realtà ormai sempre più diffusa sia a livello nazionale che internazionale, tanto da essere oggetto di un'approfondita analisi scienti-

Tabella 2 Promozione del parto fisiologico nell'Ospedale S. Leonardo di Castellammare di Stabia, Asl Na5 - Dati 2008 Indicatori non monetari

N° TC	% TC su parti tot	gg degenza tot per parti	gg degenza per TC su gg degenza tot parti	TC pregressi	% TC pregressi su tot TC	% mortalità materna tot per parto	% mortalità materna per TC	% mortalità materna tot per parto	% mortalità materna per TC	% mortalità materna per PS
122	17,5	2701	610 (22,58%)	92	75,4	0	0	2,5	1,7	0,8
						% mortalità neonatale tot per parto	% mortalità neonatale per TC	% mortalità neonatale tot per parto	% mortalità neonatale per TC	% mortalità neonatale per PS
						0	0	0	0	0
						% distocie su TC tot	% distocie su TC tot	% distocie su TC tot	% distocie su TC tot	% distocie su TC tot
						12,3	12,3	12,3	12,3	12,3
						% autodeterminazione materna su TC tot	% autodeterminazione materna su TC tot	% autodeterminazione materna su TC tot	% autodeterminazione materna su TC tot	% autodeterminazione materna su TC tot
						4,9	4,9	4,9	4,9	4,9

* Fonte: U.O. di Neonatologia

N° ore utilizzo S.O. per TC	N° ore utilizzo S.O. per PS	% ore utilizzo S.O. per TC sul tot ore dell'U.O.	N° inferieri post-parto per TC	N° inferieri post-parto per PS	N° inferieri post-parto per TC	N° inferieri post-parto per PS	N° terapie intensive per TC	N° terapie intensive per PS	gg ricovero terapia intensiva per TC	gg ricovero terapia intensiva per PS
61,47	0	17,58	0	0	0	0	1	0	7	0

Tabella 3 Indicatori monetari - Costi diretti

Costo farmaci per TC (Euro)	Costo farmaci per PS (Euro)	Costo materiali di consumo per TC (Euro)	Costo materiali di consumo per PS (Euro)	Costo degenza tot per TC (Euro)	Costo degenza tot per PS (Euro)
1991,06	4715,30	3645,36	1411,81	2001,000	901,000