

Nascere sicuri?

scritto da Marco Marchi, Luisa Acanfora | 30 Gennaio 2012

Tab. 1 - Numero di parti cesarei per 1000 nati vivi (2005-2007)

	2005	2006	2007			2005	2006	2007
	<i>UE (19)</i>					<i>Altri Paesi Europei</i>		
Austria	244.2	nd	nd	Norway	158.7	159.1	nd	
Belgium	nd	nd	nd	Switzerland	267.0	288.0	300.0	
Czech Republic	171.3	183.7	195.7					
Denmark	194.4	204.4	214.1		<i>Altri Paesi non Europei</i>			
Finland	164.0	160.0	160.0	Australia	300.0	303.0	nd	
France	183.6	194.5	207.9	Canada	261.8	262.7	nd	
Germany	267.3	277.8	284.8	Japan	nd	nd	nd	
Greece	nd	nd	nd	United States	303.0	311.0	nd	
Hungary	301.0	311.0	308.0					
Ireland	251.3	246.3	nd					
Italy	394.1	397.2	nd					
Luxembourg	276.0	275.0	292.0					
Netherlands	135.6	137.8	139.5					
Poland	215.3	214.6	205.5					
Portugal	277.8	309.8	311.5					
Slovak Republic	207.3	218.6	234.7					
Spain	248.3	260.3	nd					
United Kingdom	233.0	256.0	258.3					

Fonte: OECD HEALTH DATA (2009), basate sulle schede di dimissione ospedaliera.

In occasione di una nostra recente audizione presso la Commissione Igiene e Sanità del Senato sul tema “Nascere sicuri”, abbiamo sollevato il problema della completezza e della attendibilità dei dati di fonte CEDAP (Certificato Di Assistenza al Parto), con particolare riferimento ai parti cesarei e alle manovre ostetriche in corso di travaglio. Il CEDAP, istituito con D.M.349/2001 quale strumento di rilevazione dati orientato a fini sanitari ed epidemiologici, prevedeva un nucleo standard su scala nazionale (vedi Circolare ministeriale n°15 del 19/12/2001 del Ministero della Salute) con diversificazioni a livello regionale, che erano nate per incrementarne informazione e qualità, ma che hanno finito col determinarne una notevole disomogeneità territoriale.

Troppi parti cesarei

L'impressionante incremento nel ricorso al taglio cesareo (T.C.), da un lato per lo sviluppo abnorme della cosiddetta “medicina difensiva”[1] e dall'altro per motivazioni economiche, ha portato l'Italia nel volgere di pochi decenni ai primi posti a livello internazionale: da 112 T.C. per 1000 nati-vivi nel 1980 siamo oggi a circa 400, superati solo dal Brasile (tabella 1). Altrettanto rilevanti sono poi le differenze, di fonte CEDAP, fra le Regioni e fra le strutture pubbliche e quelle private (accreditate e non; tabella 2) Questi dati considerano però i parti con T.C. come un insieme unico mentre in realtà, date le differenti motivazioni e conseguenti, diverse, strategie d'intervento, sarebbe sempre necessario distinguere almeno fra T.C.:

- di elezione/programmato (su indicazioni «oggettive/verificabili» o «su richiesta» ad es. in caso di indisponibilità di analgesia contro il dolore)

- in urgenza fuori travaglio
- in corso di travaglio

Gli attuali CEDAP propongono, a seconda della Regione, differenti classificazioni dei T.C.:

- con distinzione corretta delle 3 componenti (es. Trentino, Toscana)
- con la sola distinzione fra T.C. di elezione e T.C. in travaglio oppure distinzione fra T.C. di elezione e T.C. d'urgenza
- senza nessuna distinzione (es. Sardegna, Calabria)

Poiché in modo unanime viene auspicata una riduzione drastica dei T.C. (per avvicinarsi a quel 20% indicato come obiettivo dal Ministero della Salute) il monitoraggio dei futuri interventi di riduzione dei T.C. avrà assoluto bisogno di dati differenziati nelle loro singole componenti. Una parte del problema nasce dal fatto che i rimborsi per parto garantiti dalle Regioni agli ospedali variano con la tipologia d'intervento e sono normalmente più elevati per i T.C. che non per i parti naturali. Si potrebbe allora pensare di risolvere od almeno ridurre l'eccesso di T.C. unificando questi rimborsi come ha fatto ad esempio la Regione Sicilia, che dal 1/1/2011 ha portato a 1.900 euro il rimborso, indipendentemente dalla tipologia, a fronte dei precedenti 1.489 euro per i parti vaginali e 2.349 per i T.C. Ma il rischio di questa politica, mirata alla riduzione dei T.C. programmati, è che essa faccia invece aumentare i T.C. nella fase "in corso di travaglio", effettuati dopo un tentativo fallito di procedere per vie naturali: cosa questa da evitare e da tenere sotto stretta sorveglianza

L'aiutino

Tab. 2 - Distribuzione per Regione dei parti cesarei, come % sul totale dei parti in Italia, secondo la tipologia di struttura ospedaliera dove essi avvengono

Regione	Pubblico	Casa di cura		Totale
		Accreditata	Privata	
Piemonte	31.5			31.5
Valle d'Aosta	25.1			25.1
Lombardia	27.7	35.0	85.0	28.4
Prov. Auton. Bolzano	25.9		41.9	26.7
Prov. Auton. Trento	24.7			24.7
Veneto	28.7			28.7
Friuli Venezia Giulia	24.1	19.6		23.6
Liguria	36.5		75.0	36.7
Emilia Romagna	29.9	55.9		30.1
Toscana	23.6	46.4	48.3	23.8
Umbria	30.5			30.5
Marche	34.3	35.9		34.3
Lazio	40.5	48.2	80.0	42.9
Abruzzo	42.5	59.8		43.4
Molise	40.5			40.5
Campania	51.2	71.1	79.1	59.8
Puglia	47.6	52.9		48.4
Basilicata	45.7			45.7
Calabria	42.4	61.2		45.2
Sicilia	47.7	75.9		53.1
Sardegna	37.7	44.0		38.6
Totale	34.8	60.5	75.0	37.8

Fonte: CEDAP

Non solo ma occorre tenere sotto controllo anche il possibile aumento della frequenza di manovre rischiose per la madre e/o per il bambino. Infatti una manovra che viene spesso praticata allo scopo di far fuoriuscire la testa del feto in corso di travaglio naturale e che rappresenta un esempio clamoroso di «buco nero» nel sistema informativo dei CEDAP riguarda il cosiddetto (nel linguaggio di sala-parto)

“aiutino” eseguito spesso in modo violento, in un contesto di tensione e di paura, che ha però scientificamente ben poco della tecnica originale proposta dal Prof. S. Kristeller nel 1867. Questa prevedeva la misurazione della quantità di pressione esercitata sul fondo uterino come accompagnamento alle contrazioni mentre attualmente essa viene spesso distorta da un utilizzo improprio da parte degli operatori, eseguita anche con ginocchia, pugni ed

avambraccia in un contesto di tensione e di paura per le possibili complicanze e sequele (sia per la madre: depressione post partum ,frattura costale, lacerazioni ecc., fino ad arrivare in casi estremi alla morte; sia per il feto/neonato: frattura della clavicola, sofferenza fetale acuta, disabilità neurologiche permanenti fino alla morte fetale e/o neonatale) con risvolti medico-legali. Pochi CEDAP regionali contemplano la possibilità di registrarne l'effettuazione; altri (come quello della Regione Toscana) prevedono la sua incompatibilità con la modalità del parto come cesareo: assurdità questa per i T.C. in corso di travaglio, in cui il parto è iniziato per vie naturali e, magari proprio a seguito di ripetute ed infruttuose manovre di Kristeller, è stato dirottato verso la soluzione chirurgica! Come risultato si hanno sottostime clamorose sia quantitativamente che «qualitativamente» (bias dovuto alla registrazione solo dei casi meno impegnativi): in Toscana viene riportata «solo» nel 9% circa dei parti (Fonte: Agenzia Regionale Sanità-Toscana, dati nascite 2003-2010) a fronte di una pratica reale ben più frequente, fino a 4-6 volte tanto.

Qualità, naturalità e sicurezza dei parti: che fare?

Per ridurre la frequenza sia dei T.C. sia di manovre rischiose e di dubbia utilità (come quella di Kristeller) qualcosa si può fare. Ad esempio si potrebbero sviluppare linee guida specifiche e divulgarne una loro sintesi presso le future madri con l'invito (in funzione "deterrente"!) a richiedere sempre alla dimissione copia della propria Cartella Clinica e del relativo CEDAP, che dovrà prevedere la possibile, corretta registrazione, di ciascuna di queste pratiche. A questa azione di educazione sanitaria sui possibili danni occorrerà poi affiancare (quale efficace "aiutino" per gli operatori) l'adozione di dispositivi medici che facilitino la "naturalità" del parto, come la cintura gonfiabile ergonomica che si è dimostrata essere un valido sostituto delle suddette manovre manuali e del ricorso ai T.C. in corso di travaglio, e che noi stessi abbiamo recentemente sottoposto, con successo, a sperimentazione controllata presso l'U.O. di Ostetricia e Ginecologia, Dipartimento materno infantile dell'Azienda Sanitaria USL 11 Empoli.

Per saperne di più

AAVV, Protocollo clinico per l'uso di un dispositivo medico per l'accompagnamento delle contrazioni uterine durante il travaglio/parto, Comitato Etico Locale, Azienda Univ. Osp. Careggi – Firenze.

AAVV, A mechanical device to control and regulate fundal pressure during the second stage of labor: associated outcomes, (in corso di valutazione).

Atti della Società Italiana Ginecologia e Ostetricia, Palermo settembre 2011
Esperienze cliniche in sala parto: manovra di Kristeller? Forcipe?

COGIS, Completezza e qualità dell'informazione statistica in materia di nascite e decessi; Rapporto di ricerca 04.05, Dicembre 2004

Ministero della Salute, I dati del Sistema Informativo Sanitario.

Certificato di assistenza al parto (CEDAP).

Regalia Anita "La manovra di Kristeller" In "Mani sul Parto, Mani nel parto", ed. Carrocci, 2005.

[1] "La medicina difensiva consiste nella pratica di diagnostiche o di misure

terapeutiche condotte principalmente, non per assicurare la salute del paziente, ma come garanzia delle responsabilità medico-legali seguenti alle cure mediche prestate” (Fonte: Wikipedia).