



27-29 novembre
2014Milano

Presidente: Prof. Irene Cetin

The reduction of caesarean sections in first four out of ten Robson's classes: a cultural attitude

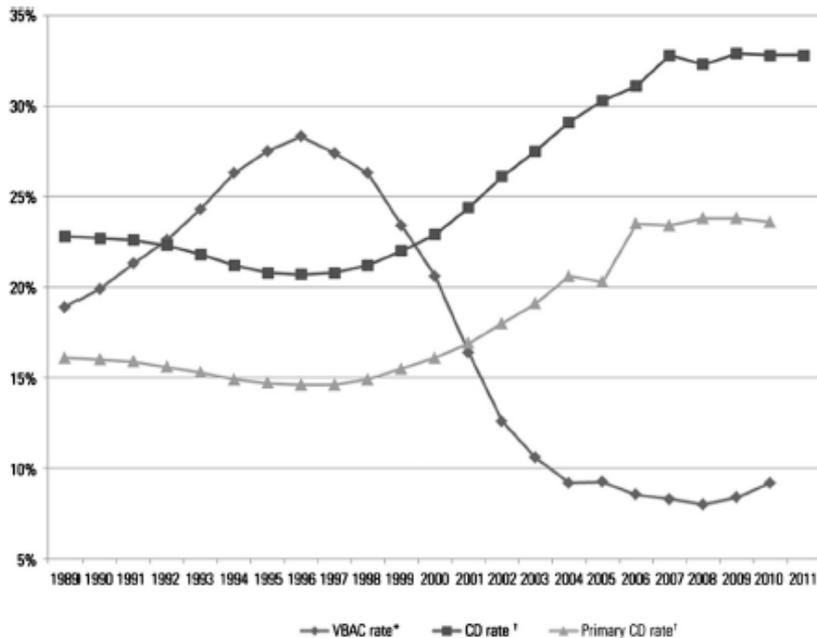
Alessandro Svelato¹, Antonino Perino¹, Giuseppe Lo Dico¹, Mario Giuseppe Meroni², Mirna Poli², Roberta Spinoso¹, Antonio Ragusa³.

1. Department of Obstetrics and Gynecology, University Hospital Paolo Giaccone, Palermo, Italy
2. Department of Obstetrics and Gynecology, Niguarda Hospital, Milan, Italy
3. Department of Obstetrics and Gynecology, Massa Carrara Hospital, Massa Carrara, Italy

The authors have stated explicitly that there are no conflicts of interest in connection with this article.

Introduzione

FIGURE 1
US delivery rates, 1989 through 2011



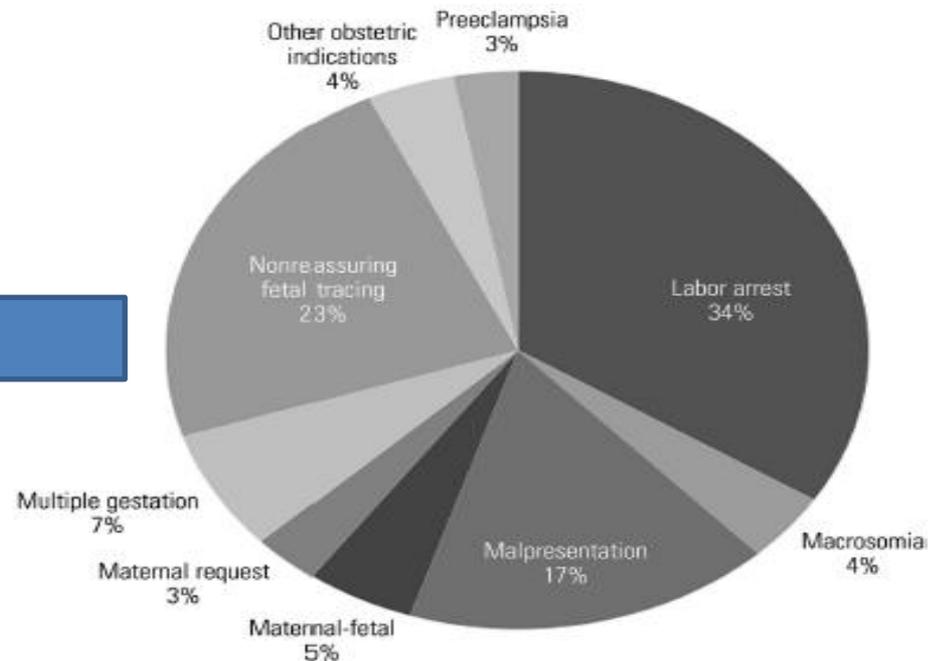
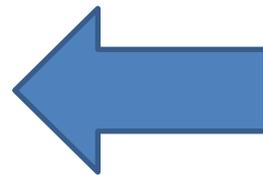
Esiste un'estrema variabilità (tra diverse regioni, strutture e operatori) nei tassi dei TC

Le caratteristiche materne (età, peso, etnia...) non sembrano le principali responsabili di tale incremento o di tale variabilità

Altri fattori potenzialmente modificabili (Es. **le preferenze** delle donne, **la pratica clinica** e **l'atteggiamento culturale** degli operatori sanitari) contribuiscono a tale incremento e variabilità nei tassi di TC

Indicazioni al TC primario:

1. Arresto del travaglio (34%)
2. CTG non rassicurante (23%)



Scopo dello studio

1. Ridurre i tagli cesarei nelle prime 4 classi di Robson, senza aumentare la morbilità materna e fetale
2. Valutare l'effetto a medio termine del nostro operato

Materiali

Tipologia: Studio di corte prospettico con metodologia “Before and After “ condotto presso il Dipartimento di Ostetricia dell’Ospedale Niguarda, Milano

FASI DELLO STUDIO

N° FASE	INIZIO	FINE	Gruppo	Note	N° pz
1	01/2012	06/2012	BI	Analisi dati attraverso classi di Robson	691
2	07/2012	12/2012	-	Nuove azioni cliniche/assistenziali	
3	01/2013	06/2013	AI	Valutazione dei risultati	697
4	07/2013	12/2013	LI	Valutazione effetto a medio termine	732
TOT pazienti					2120

Metodi

Interventi

Cultura

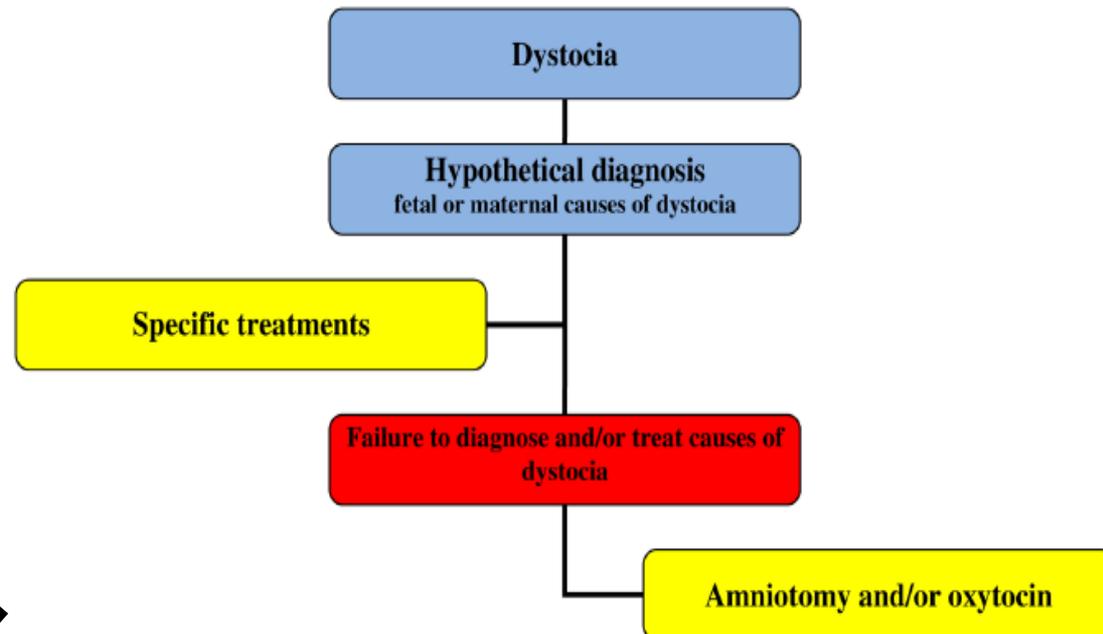
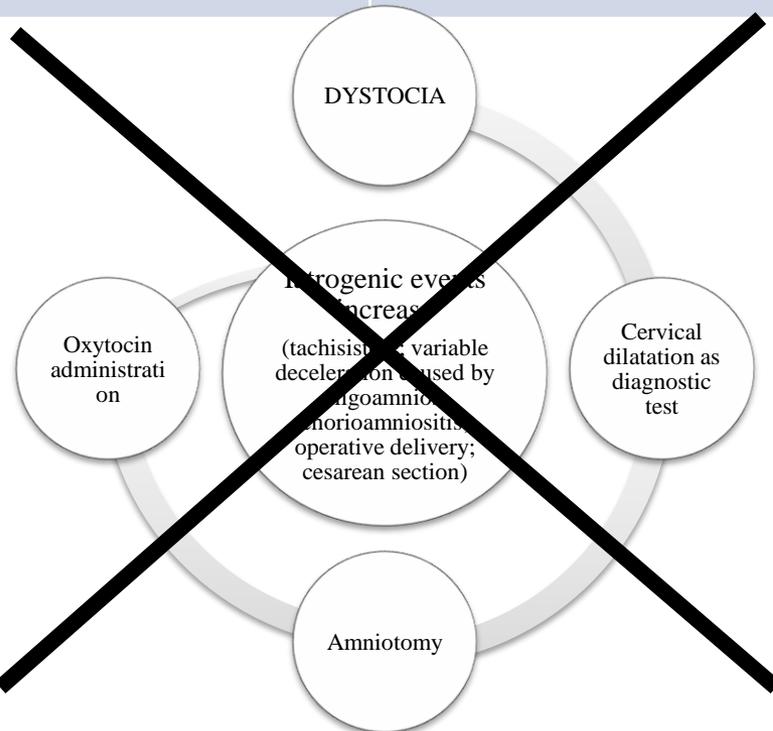
1) Riunioni giornaliere e audit settimanali; 2) discussione collegiale dei casi clinici; 3) approccio “pazientecentrico”

Gestione clinica

1) Attenta valutazione fase latente/travaglio attivo; 2) classificazione formale del CTG in travaglio; 3) riduzione amnioressi; 4) nuovo protocollo induzione e accelerazione con ossitocina

Organizzazione

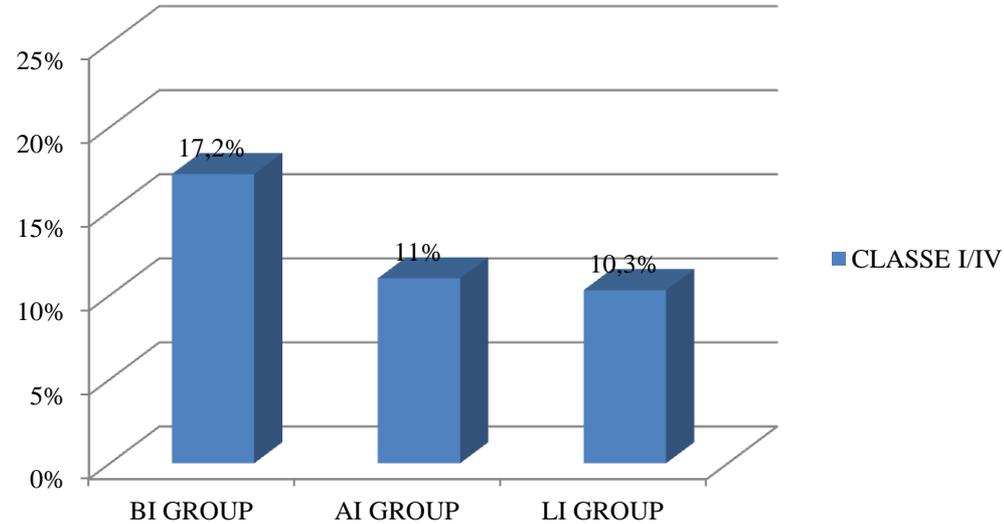
1) Introduzione ecografia in sala parto; 2) lavoro interdisciplinare con anestesisti



Risultati

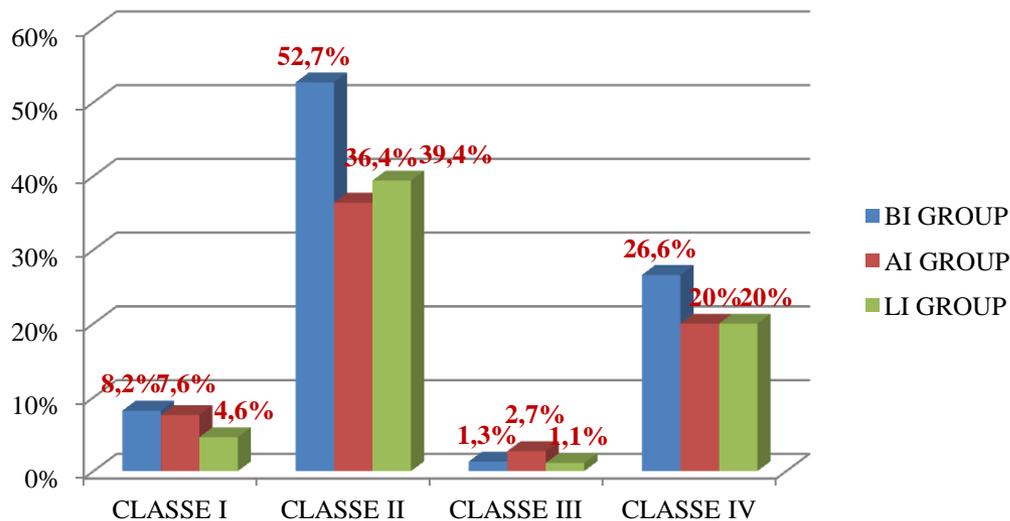
CLASSE I/IV

Classe I/IV	BI group	AI group	LI group
N° donne	691	697	732
TC	119	77	75
%	17.2%	11%	10.3%



$p < 0.001$

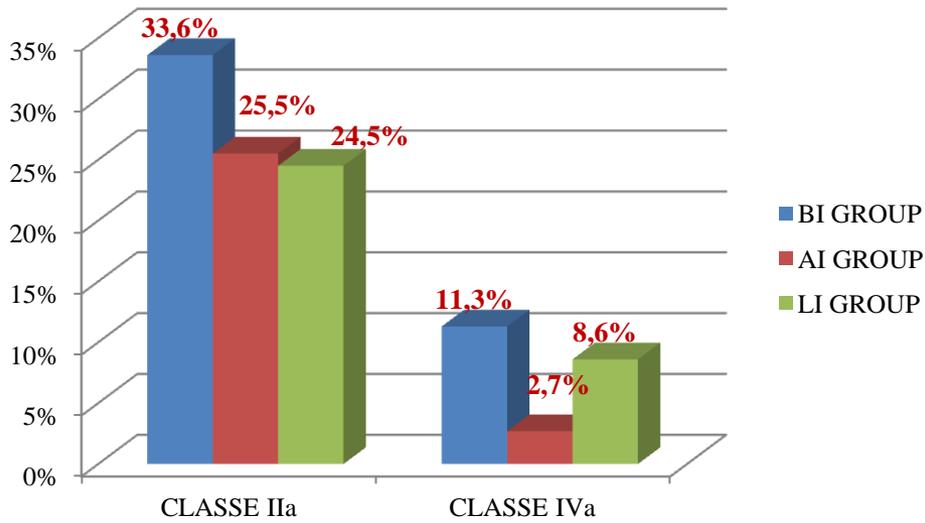
Complessiva riduzione del 40% nel rischio relativo di TC nel gruppo LI rispetto al gruppo BI.



Miglioramento nel tasso di cesarei in tutte le classi.

In classe II il miglioramento è significativo ($p=0.012$).

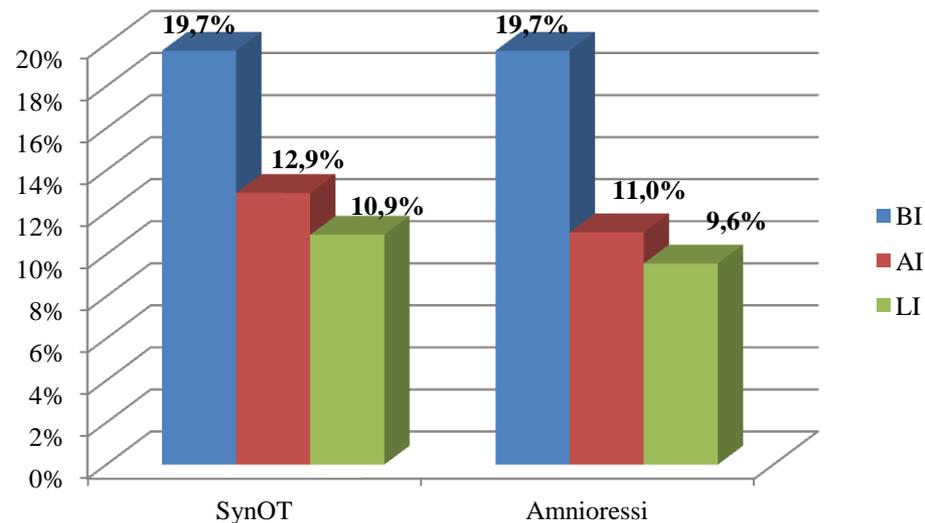
Risultati



Classe IIb	BI	AI	LI
N° donne	43	16	25
Classe IVb	BI	AI	LI
N° donne	11	8	5

Riduzione N° donne in classe IIb e IVb: risultato di crescita culturale e discussione collegiale dei casi clinici

Nessuna differenza negli esiti neonatali (Apgar score < 7 e pH arteria ombelicale \leq 7.00)



Riduzione utilizzo SynOT (p = 0.0008)
Riduzione utilizzo Amnioressi (p = 0.0001)

“Cosa aggiungono questi dati a quanto già noto”

La riduzione dei tagli cesarei è un **“PROBLEMA COMPLESSO”**

SEMPLICE

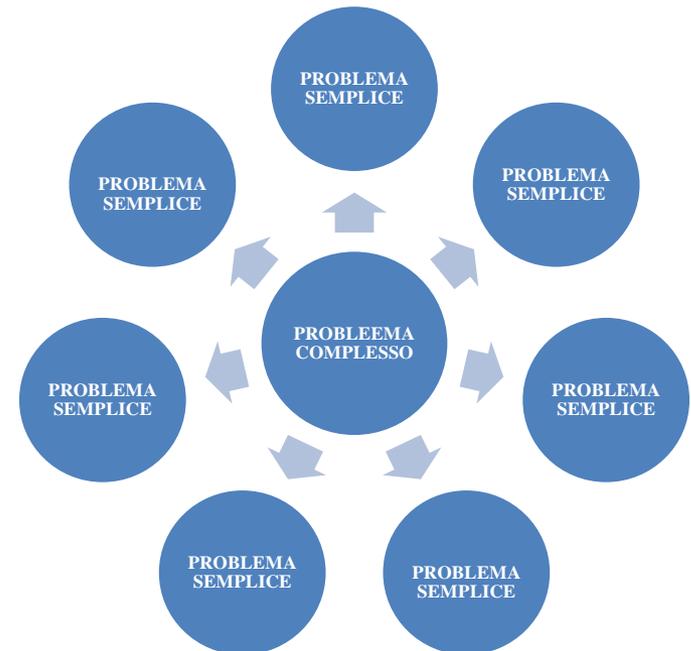
COMPLICATO

COMPLESSO

La risoluzione di un problema complesso richiede un approccio culturale che lo suddivida in problemi semplici.

Abbiamo frazionato il **“PROBLEMA COMPLESSO”** in **“PROBLEMI COMPLICATI”** e **“SEMPLICI”** e abbiamo tentato di cambiare l’approccio culturale che esisteva a livello delle varie professionalità che interagiscono in sala parto.

Si è trattato di cambiare la mentalità dell’approccio assistenziale di decine di professionisti



“Cosa indicano questi dati ai clinici perinatologi”

L'aspetto culturale nell'assistenza all'altra persona è l'aspetto preponderante, supera tutti gli elementi tecnici e li integra in un'unica visione di insieme

La specie umana è l'unica tra gli esseri viventi a cercare
“assistenza” durante il parto.

Di conseguenza la “relazione” e l'accompagnamento
durante il parto sono fondamentali

“Quali spunti danno questi dati alle prossime ricerche”

Partogramma dinamico

1 ora/casella; 15 minuti/quadrato

ORA										
Dilatazione cm	10									
	9									
	8									
	7									
	6									
	5									
	4									
	3									
	2									
	1									
Livello PP										
Posizione PP										
Posizione Tronco										
Lunghezza/angolo/altezza collo										
Flessione PP										
ECOGRAFIA	Posizione PP									
	Posizione tronco									
	Livello PP									
	HSD									
Minzione										
Alimentazione										
Contrazioni										
CTG										
Membrane										
Liquido Amniotico										
Postura materna										
Metodi per alleviare il dolore										
Manovre rianimatorie										

Anagr | PreTravaglio | VisIngr | Partogr. | Parto | Neonato/I | PostPartum

SDO:

Cogn.Nome Madre: Cogn.Padre: Nome Figlio:

Data Ricovero: Ora Ricovero: Data nascita: Nazionalità:

Parità: G: P: TC: Ab sp: IVG: GEU: Epoca Gestazionale al parto:

Diag.Acc.:

Gravidanza Fisiologica Sì No

Casse di Robson:

Altezza cm: Peso KG:

Peso Pregravidico: HT al ricovero:

PROM pre-ricovero:

Screening SBB: LA Colore: LA Quantità:

Domande A-C	A) Alla donna da 0 a 5 quanto sente che ce la può fare? B) Alla donna da 0 a 5 quanto pensa sia utile la presenza del suo partner? C) Alla donna da 0 a 5 quanto si sente sostenuta da quelli che Le stanno intorno?
Domande D-F	D) A me stessa da 0 a 5 quanto mi sento in sintonia con questa donna? E) A me stessa da 0 a 5 quanto penso che la presenza del partner sia utile? F) A me stessa Da 0 a 5 quanto penso di essere d'aiuto alla donna?



Grazie per l'ascolto