

GLI ANESTESISTI RIANIMATORI ... TRA TAGLIO CESAREO E PARTO ANALGESIA

INDAGINE CONOSCITIVA NELLE U.O. DI OSTETRICIA E GINECOLOGIA

*Questa indagine è stata realizzata grazie alla preziosa collaborazione dei Delegati Scientifici e dei Presidenti Regionali dell'AARO I che hanno contribuito alla diffusione e alla raccolta di un questionario rivolto agli anestesiisti/rianimatori con l'obiettivo di conoscere lo stato dell'**analgesia del parto** in Italia.*

La reale incidenza della Parto Analgesia in Italia è scarsamente conosciuta e le informazioni in merito alla sua applicazione derivano dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) e da indagini effettuate per studi di interesse sociale (Pari Opportunità) o dai centri d'eccellenza. Dall'analisi delle SDO relative all'anno 2003 si rileva che la procedura "Iniezione di anestetico nel canale vertebrale per analgesia" codice 0391, utilizzata soprattutto dai centri di terapia antalgica per i pazienti oncologici, risulta praticata nel 12,4 per mille parti vaginali (4.141 su 332.759) e nel 3,6 per mille dei parti cesarei (705 su 198.261). Il dato è certamente sottostimato, in quanto il codice non è specifico e poco utilizzato, ma conferma comunque la difficoltà per la partoriente di accedere a questo tipo di analgesia durante il parto.

Da un'indagine effettuata dal Club Italiano Anestesiisti Ostetrici (C.I.A.O.) in tutti i punti nascita in Italia, è risultato che solo il 10% dei punti nascita effettua la Parto Analgesia e solo 38 centri hanno garantito questa procedura 24 ore al giorno pari al 3,05% dei parti effettuati in Italia nel 2000.

Nel 2003 un'indagine del Ministero Pari Opportunità ha reso noto che il 38% dei 600 punti nascita italiani è in grado di praticare l'anestesia epidurale, ma solo il 9% offre il servizio 24 ore su 24 in regime di convenzione. La Società Italiana Anestesia, Rianimazione, Emergenza, Dolore (S.I.A.R.E.D.), con il contributo dell'A.A.R.O.I., ha tentato di colmare questa carenza di dati effettuando nel 2006 un'indagine nazionale sull'analgesia del parto allo scopo di conoscere meglio la realtà dell'assistenza anestesiológica in ostetricia in Italia. I risultati preliminari dell'indagine sono stati presentati al 4° Congresso Nazionale della SIARED che si è tenuto a Napoli nel settembre del 2006.

L'indagine è stata svolta tramite un questionario distribuito agli anestesiisti rianimatori che operano negli ospedali di tutte le regioni italiane. La raccolta delle informazioni e dei dati è avvenuta con la preziosa collaborazione dei Delegati Scientifici Regionali dell'AARO I.

Sul totale dei questionari inviati, sono pervenute le risposte da 401 ospedali, 333 dei quali con il Punto Nascita. Il numero dei Punto Nascita che hanno risposto, corrisponde a circa la metà delle Divisioni di Ostetricia del SSN. La distribuzione geografica dei dati è rappresentativa di tutto il territorio nazionale con le risposte provenienti da 109 ospedali del Nord, 99 del Centro e 124 del Sud Italia (Tabella 1).

Tabella 1
Distribuzione geografica degli ospedali con punto nascita che hanno partecipato all'indagine.

Area geografica Nord	Ostetricie	Area geografica Centro	Ostetricie	Area geografica Sud	Ostetricie
Piemonte Valle d'Aosta	33	Emilia Romagna	23	Campania	32
Trentino Alto Adige	11	Toscana	28	Molise	2
Friuli Venezia Giulia	8	Marche	15	Puglia	11
Veneto	27	Umbria	11	Basilicata	11
Lombardia	24	Lazio	5	Calabria	3
Liguria	6	Abruzzo	17	Sardegna	22
				Sicilia	43

Presidenza Nazionale

I risultati ottenuti e analizzati sono stati molto interessanti in quanto hanno evidenziato la situazione italiana in modo molto più vicino alla realtà di quanto non era emerso con le precedenti indagini. Inoltre, in parte, hanno confermato i dati segnalati in precedenza da quanti si erano cimentati in una simile ricerca. Il quadro che emerge è variegato dimostrando come alcuni ospedali, con mission nel campo materno-infantile, garantiscono alla partoriente lo svolgimento del parto mediante Parto Analgesia nell'arco delle 24 ore e questo serve quale elemento di richiamo per la propria utenza. Altre realtà forniscono questo servizio sporadicamente e in alcuni casi esclusivamente in regime libero-professionale per cui la metodica può essere di scarso accesso a tutte le partorienti.

L'indagine dimostra che in Italia le strutture che forniscono assistenza ospedaliera e che sono dotate di Punto Nascita, sono di varie dimensioni: il 55% ha un numero di posti letto <300, il 28% è compreso tra 300 e 600 posti letto, 11% tra 600 e 1000 e nel 6% dei casi i posti letto sono oltre 1000. Il Punto Nascita si riscontra più frequentemente nelle Aziende Sanitarie Locali (66%) cui fanno seguito le Aziende Ospedaliere (23%), i Policlinici, le Aziende Ospedaliere-Universitarie, gli Istituti di Ricerca (7%) e le Aziende Sanitarie Private Convenzionate (3%).

Il numero di parti effettuati nelle diverse strutture non presenta un'omogenea distribuzione territoriale. Il 65% degli ospedali dotati di Punti Nascita fanno meno di 1000 parti/anno (il 28% del campione segnala un numero di parti anno inferiore a 500), il 20% tra 1000 e 1500 e solo il 15% oltre 1500 parti/anno (Tabella 2).

Esiste in Italia, a conferma di quanto già conosciuto e messo chiaramente in evidenza da altre indagini, un elevato ricorso all'espletamento del parto mediante taglio cesareo in controtendenza con quanto avviene in molte altre nazioni. Un quarto delle ostetriche prese da noi in esame, infatti, effettua oltre il 40% di parti cesarei sul totale dei parti espletati ed oltre la metà supera il 30% (Tabella 3).

La frequenza del taglio cesareo è maggiore negli ospedali che hanno un limitato numero di parti per anno rispetto a quelli con maggior numero di parti/anno perciò il ricorso al taglio cesareo sale al diminuire del numero dei parti effettuati (Tabella 4).

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dell'espletamento del parto mediante taglio cesareo, sono soprattutto le donne del sud a essere sottoposte più frequentemente a questo tipo di intervento per

Tabella 2
Distribuzione del numero parti/anno nei punti nascita.

Parti anno	Punti nascita	
	Val. ass.	%
<500	95	28
500-1000	124	37
1000-1500	67	20
>1500	49	15

Tabella 3
Percentuale parti cesarei in rapporto al numero totale di parti nei punti nascita.

Parti Cesarei/parti anno	Punti nascita	
	Val. ass.	%
<20%	19	6%
20-30%	118	35%
30-40%	107	32%
>40%	88	26%

Tabella 4
Incidenza percentuale di parti cesarei in base al numero totale dei parti delle strutture.

Numero Parti Anno	Cesarei >40%	Cesarei 30%-40%
<500	42%	34%
500-1000	15%	37%
1000-1500	32%	18%
>1500	11%	11%

l'espletamento del parto. Nei 124 punti nascita del sud e delle isole, 74 (pari al 60%) fanno oltre il 40% dei parti mediante taglio cesareo mentre nel centro e nel nord Italia sono soltanto 8% e 18%, rispettivamente, i punti nascita che effettuano oltre il 40% dei parti operativi sul totale annuo dei parti espletati (Figura 1).

Quanti sono gli ospedali in Italia in grado di assicurare concretamente un'analgia del parto?

L'indagine mette in evidenza come le metodiche di umanizzazione del parto, siano presenti in poco più della metà degli Ospedali (57%), con prevalenza assoluta della tecnica peridurale (76%) seguita dal parto dolce o in acqua (44%). Pur risultando la metodica più introdotta (42% dei punti nascita) di fatto resta ristretta ad un limitato numero di ospedali italiani (16% dei punti nascita).

L'indagine conferma come l'analgia epidurale sia la metodica più frequentemente introdotta per l'umanizzazione del parto (42% dei punti nascita), ma di fatto resta ristretta ad un limitato numero di ospedali italiani (16% dei punti nascita).

La parto analgesia mediante analgesia epidurale è disponibile solo nel 16% dei punti nascita con copertura 24ore su 24 e senza alcun costo per l'utenza, mentre nel 27% le tecniche analgesiche del parto sono applicate saltuariamente e con limiti organizzativi restrittivi. Esistono, per esempio, alcune realtà in cui l'offerta è prevista esclusivamente nelle ore diurne (6 ospedali) mentre nella metà dei punti nascita non si effettua completamente la Parto Analgesia.

La distribuzione geografica del servizio di Parto Analgesia nelle 24 ore risulta più concentrata al nord, con il 29% degli ospedali che la effettuano (32 su 110 punti nascita), mentre al centro la percentuale scende al 17% (17 su 99 punti nascita) e al sud si riduce ulteriormente per cui il servizio è effettuato nel 12% delle ostetricie (15 ospedali su 124).

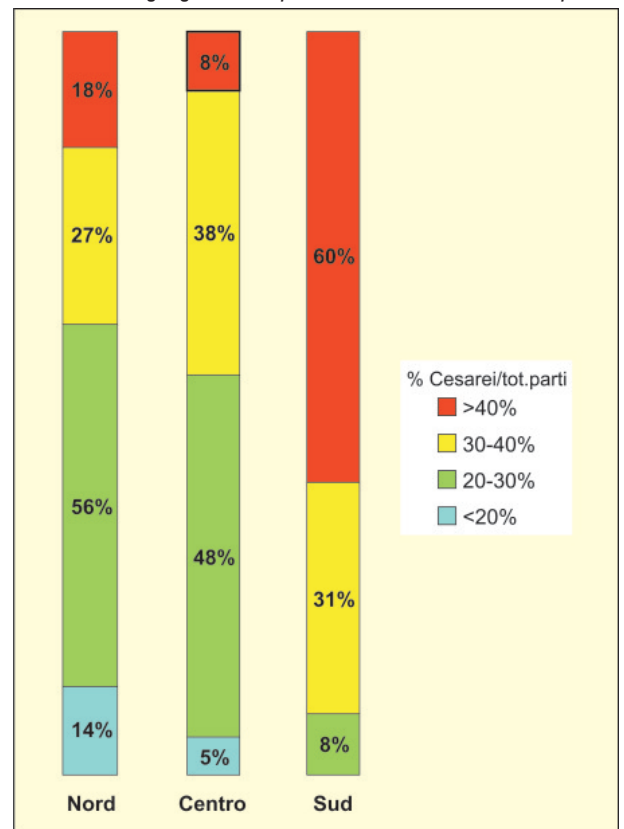
Il reale prodotto dell'offerta del servizio è costituito dal numero di parti effettuati con tecniche che eliminano il dolore. Quando la Parto Analgesia è garantita in modo continuativo 24 ore su 24, in media il 29% dei parti è effettuato mediante questa metodica ma con notevoli differenze percentuali tra i diversi ospedali. La presenza di limiti organizzativi è chiamata in causa nel determinismo della riduzione notevole della Parto Analgesia, con un valore medio dell'8% e, quando l'offerta è saltuaria, la percentuale di Parto Analgesia scende sino al 5%.

La Parto Analgesia, laddove è offerta, è condotta continuativamente dall'anestesista rianimatore che nel 68% dei casi non è impegnato in altre attività. Nel 28% coinvolge attivamente le ostetriche qualora il servizio è effettuato su 24 ore contro il 13% quando l'offerta della Parto Analgesia è vincolata da limiti di tempo nell'arco della giornata. Nel 63% dei casi la partoriente è stata sottoposta ad una visita preventiva, nel 26 % dei casi la valutazione prima della Parto Analgesia è raramente effettuata e nell' 11% non viene mai effettuata.

Il valore economico del DRG del parto, segnalato dagli Anestesiisti che hanno compilato il questionario, varia da regione a regione con 729 euro erogati dalla Regione Emilia Romagna, 1.517 euro dalla Regione Piemonte e valori molto più elevati in altre regioni, in accordo con quanto previsto per il parto per via vaginale senza complicanze. La situazione è analoga per i codici che prevedono parti vaginali complicati o parti cesarei. Le conoscenze da parte degli intervistati in questo ambito sono risultate scarse e poco precise.

L'indagine mette chiaramente in evidenza come le progettualità aziendali non siano ancora orientate ver-

Figura 1
Distribuzione geografica dei parti cesarei sul numero totale parti.



so l'obiettivo "Parto senza dolore" per cui i servizi di guardia e reperibilità anestesiológicas dedicati all'area ostetrica sono ancora molto limitati (rispettivamente 10% e 3%) e l'attività svolta con sistema incentivante specificamente per la partoanalgesia (16%) è notevolmente ridotta.

Nei dipartimenti materno-infantili, l'anestesia in area ostetrica è considerata il sicuro approdo nei momenti in cui è necessaria una rapida operatività, specialmente quando un tranquillo travaglio di parto si complica con un evento che necessita di un intervento tempestivo. Ma, nonostante tutto ciò, l'anestesista non è ancora considerato di primo piano nelle soluzioni operative elettive dell'evento nascita. Eppure spesso sia la madre sia il bambino necessitano dell'intervento rianimatorio/anestesiológico contemporaneamente.

La limitata pratica del parto senza dolore nella realtà italiana è determinata da molti fattori legati principalmente a modelli socio-culturali e strutturali (limitate dimensioni delle unità ostetriche) che si riflettono nei modelli organizzativi, costituendo di fatto un ostacolo alla diffusione della Parto Analgesia, sia per i costi (personale) sia per l'esperienza che si può acquisire (formazione). Il limitato numero di parti, dovuto in larga parte ad una accentuata tendenza alla dispersione territoriale, fa sì che l'offerta di Parto Analgesia sia un obiettivo difficilmente raggiungibile in confronto agli attuali standard europei. L'idea di creare un servizio anestesiológico specificamente attivo per un numero molto limitato di parti è economicamente e strutturalmente improponibile.

Il piano previsto dalla Commissione Ministeriale L.E.A. per assicurare il controllo del dolore durante il travaglio di parto alle donne che hanno effettuato tale scelta, senza vanificare l'equità di accesso alle prestazioni, prevede fasi intermedie, sperimentazioni e modelli organizzativi che rappresenteranno una corsa ad ostacoli per gli anestesisti che si occupano di ostetricia. La gradualità prevista dalla Commissione Nazionale partirà da soluzioni organizzative contestualizzate al numero di parti ed alle procedure richieste, prevedendo la possibilità di organizzare il servizio nei centri che effettuano oltre 1200 parti/anno. Sarà comunque necessario un notevole sforzo organizzativo dal momento che circa un terzo dei punti nascita con oltre 1000 parti/anno non offre il servizio di Parto Analgesia e la garanzia di equità di accesso avviene nel 27% ovvero meno di un terzo del totale (figura 2).

L'umanizzazione delle nascite è di elevato interesse sociale, ma questo obiettivo ancora non è stato ancora pienamente raggiunto nel nostro paese. È positiva la considerazione che nei centri dove il servizio di Parto Analgesia è presente 24h, una donna su quattro sceglie l'epidurale per il parto, confermando come l'obiettivo del 20% di Parto Analgesie su tutti i parti che si effettuano in Italia ogni anno, costituisca un traguardo possibile laddove si riesce a superare le problematiche organizzative.

Oggi questa situazione non è più accettabile e deve essere preso in seria considerazione il fatto che la disponibilità di un servizio di Parto Analgesia può contribuire a ridurre il ricorso al taglio cesareo. Il nostro Paese detiene il primato di parti chirurgici in Europa ed un bambino su tre nasce con taglio cesareo. Eppure, secondo un rapporto Istat, le donne non scelgono preferenzialmente il taglio cesareo per partorire e l'87% di esse preferirebbe dare alla luce il proprio bambino mediante un parto spontaneo.

Figura 2
Accesso alla partoanalgesia negli ospedali con oltre 1.000 parti/anno.



Adriana Paolicchi
Alessandro Bardini

Presidenza Nazionale