

# INDUZIONE

i dati cedap e le raccomandazioni



The poster features a dark blue background with white and light blue text. At the top left is the logo of the Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna, and at the top right is the logo of the Regione Emilia-Romagna. The main title is 'LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA' in large, bold, white letters. Below it, in smaller white text, is 'Presentazione del 16° Rapporto sui dati del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) Anno 2018'. The date and time are listed as '28 Novembre 2019' and 'Ore 9,00- 14,00'. On the right side, there is a graphic of several overlapping ribbons in green, blue, and red, each with the text 'LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA' written on it.

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA

Regione Emilia-Romagna

Convegno regionale

**LA NASCITA IN  
EMILIA-ROMAGNA**

Presentazione del 16° Rapporto sui dati  
del Certificato di Assistenza al Parto (CedAP)  
Anno 2018

28 Novembre 2019  
Ore 9,00- 14,00

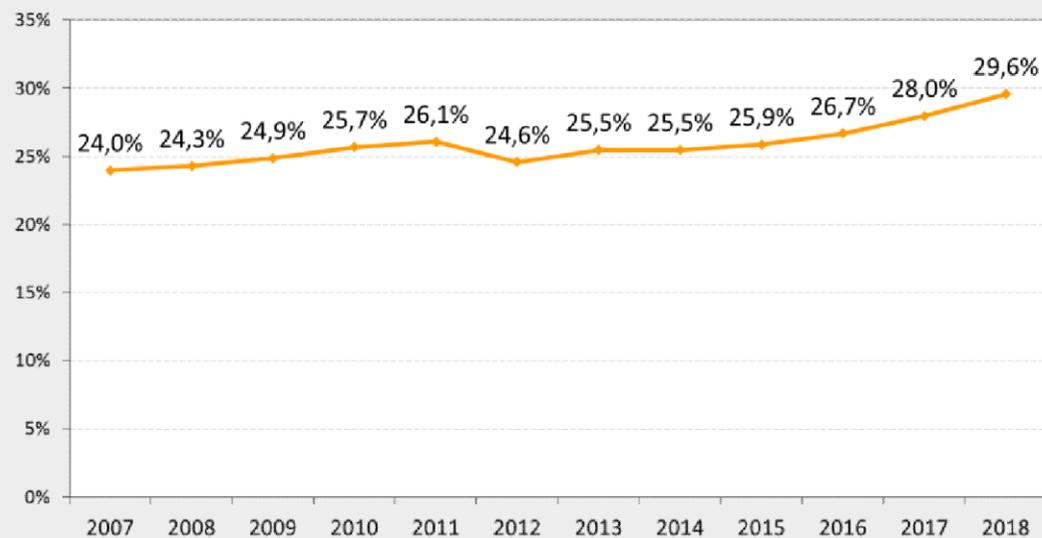
Marinella Lenzi  
Elena De Ambrosi

**induzioni  
2018**

**24,4%**  
parti

**29,6%**  
travagli

Travagli indotti (su parti con travaglio)



# Induzione

Fattori associati all'induzione del travaglio

ODDS RATIO aggiustati*	Travaglio indotto (solo parti con travaglio)	
	OR adj	IC 95%
Precedenti parti		
<i>multipare</i>	1 (rif.)	
<i>nullipare</i>	<b>2,25</b>	2,13 - 2,39
Cittadinanza		
<i>italiana</i>	1 (rif.)	
<i>straniera</i>	<b>1,10</b>	1,03 - 1,17
Scolarità		
<i>alta</i>	1 (rif.)	
<i>media</i>	<b>1,12</b>	1,05 - 1,19
<i>bassa</i>	<b>1,25</b>	1,16 - 1,36
Età		
<25 anni	<b>0,74</b>	0,67 - 0,82
25-34 anni	1 (rif.)	
≥35 anni	<b>1,46</b>	1,38 - 1,55
IMC materno		
<i>sottopeso (grave e non)</i>	<b>0,81</b>	0,72 - 0,90
<i>normopeso</i>	1 (rif.)	
<i>sovrappeso</i>	<b>1,60</b>	1,49 - 1,71
<i>obesa</i>	<b>2,72</b>	2,48 - 2,98

\* OR aggiustati per parità, cittadinanza, scolarità, età e IMC della madre

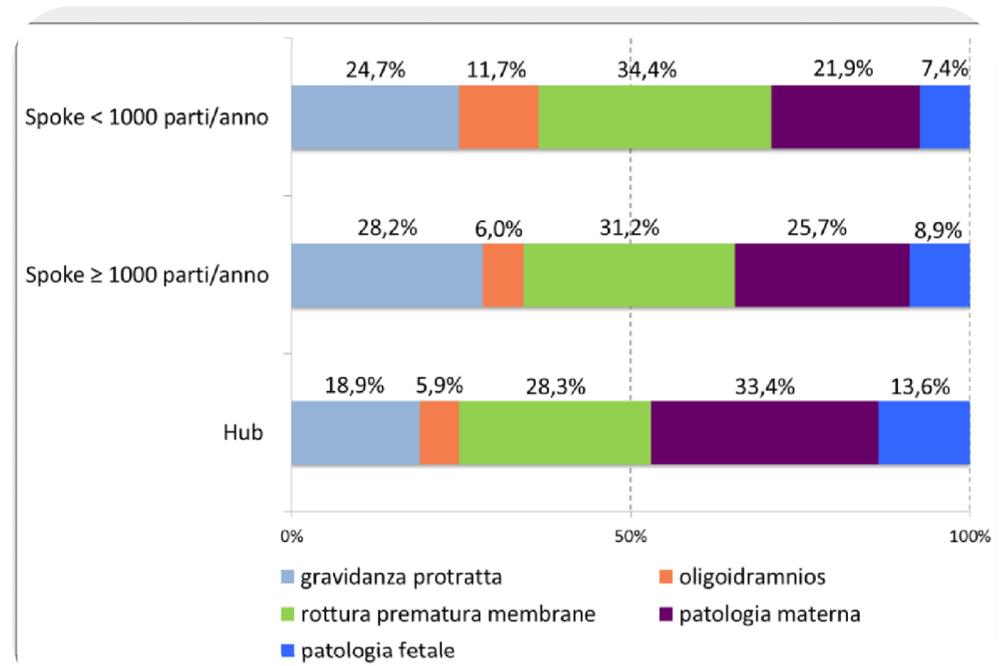
\* OR aggiustati per parità, cittadinanza, scolarità, età e IMC della madre

L'essere nullipara, la condizione di sovrappeso e - in misura maggiore - quella di obesità, sono associate a un rischio maggiore di induzione del travaglio. Al ridursi del livello di scolarità aumenta il rischio che si ricorra all'intervento.

obesa	2,72	2,48 - 2,98
sovrappeso	1,60	1,49 - 1,71

# Indicazioni

- patologia materna  
30,4%
- rottura pretermine delle membrane a termine  
29,7%
- gravidanza protratta  
21,3%
- patologia fetale  
11,9%
- oligoidramnios  
6,8%



# metodiche induzione

<b>prostaglandine</b>	<b>65,7%</b>
ossitocina	19,7%
metodi meccanci	9,3 %
altro farmaco	2,9%
amniorexi	2,5%

# metodiche induzione

Solo modalità di travaglio = travaglio indotto

Azienda / struttura di evento		Tipo induzione								Totale			
		PROSTA GLANDINE		OSSI TOCINA		CON ALTRO FARMACO		AMNI ORESSI				ALTRO METODO MECCANICO	
		Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%	Num.	%
<b>PIACENZA</b>		341	79,7	58	13,6	.	.	26	6,1	3	0,7	428	100
<b>PARMA</b>	FIDENZA	129	74,1	32	18,4	.	.	8	4,6	5	2,9	174	100
<b>REGGIO EMILIA</b>	GUASTALLA	117	88,0	13	9,8	2	1,5	1	0,8	.	.	133	100
	MONTECCHIO EMILIA	86	69,4	35	28,2	.	.	1	0,8	2	1,6	124	100
	SCANDIANO	76	88,4	7	8,1	1	1,2	2	2,3	.	.	86	100
	S.MARIA NUOVA-RE	533	78,7	80	11,8	.	.	42	6,2	22	3,3	677	100
	<i>Totale</i>	<i>812</i>	<i>79,6</i>	<i>135</i>	<i>13,2</i>	<i>3</i>	<i>0,3</i>	<i>46</i>	<i>4,5</i>	<i>24</i>	<i>2,4</i>	<i>1020</i>	<i>100</i>
<b>MODENA</b>	CARPI	126	50,0	113	44,8	6	2,4	2	0,8	5	2,0	252	100
	MIRANDOLA	61	71,8	24	28,2	.	.	.	.	.	.	85	100
	NUOVO OSP. SASSUOLO	134	48,7	83	30,2	.	.	1	0,4	57	20,7	275	100
	<i>Totale</i>	<i>321</i>	<i>52,5</i>	<i>220</i>	<i>36,0</i>	<i>6</i>	<i>1,0</i>	<i>3</i>	<i>0,5</i>	<i>62</i>	<i>10,1</i>	<i>612</i>	<i>100</i>
<b>BOLOGNA</b>	MAGGIORE - BO	649	86,0	91	12,1	5	0,7	10	1,3	.	.	755	100
	BENTIVOGLIO	186	94,4	10	5,1	.	.	1	0,5	.	.	197	100
	<i>Totale</i>	<i>835</i>	<i>87,7</i>	<i>101</i>	<i>10,6</i>	<i>5</i>	<i>0,5</i>	<i>11</i>	<i>1,2</i>	.	.	<i>952</i>	<i>100</i>
<b>IMOLA</b>		151	78,2	41	21,2	.	.	.	.	1	0,5	193	100
<b>FERRARA</b>	CENTO	72	88,9	9	11,1	.	.	.	.	.	.	81	100
<b>ROMAGNA</b>	RAVENNA	217	66,0	41	12,5	18	5,5	7	2,1	46	14,0	329	100
	LUGO	32	53,3	11	18,3	5	8,3	.	.	12	20,0	60	100
	FAENZA	30	50,0	9	15,0	18	30,0	.	.	3	5,0	60	100
	FORLÌ	269	76,0	43	12,2	7	2,0	9	2,5	26	7,3	354	100
	CESENA	168	38,7	86	19,8	45	10,4	8	1,8	127	29,3	434	100
	RIMINI	224	36,5	105	17,1	14	2,3	36	5,9	235	38,3	614	100
	<i>Totale</i>	<i>940</i>	<i>50,8</i>	<i>295</i>	<i>15,9</i>	<i>107</i>	<i>5,8</i>	<i>60</i>	<i>3,2</i>	<i>449</i>	<i>24,3</i>	<i>1851</i>	<i>100</i>
<b>AOU PARMA</b>		352	51,8	146	21,5	52	7,7	10	1,5	120	17,7	680	100
<b>AOU MODENA</b>		486	73,8	126	19,1	2	0,3	2	0,3	43	6,5	659	100
<b>AOU BOLOGNA</b>		464	56,5	320	38,9	8	1,0	19	2,3	11	1,3	822	100
<b>AOU FERRARA</b>		296	67,4	72	16,4	45	10,3	9	2,1	17	3,9	439	100
<b>Totale</b>		<b>5.199</b>	<b>65,7</b>	<b>1.555</b>	<b>19,7</b>	<b>228</b>	<b>2,9</b>	<b>194</b>	<b>2,5</b>	<b>735</b>	<b>9,3</b>	<b>7.911</b>	<b>100</b>

Fonte: Regione Emilia-Romagna - Banca dati CedAP - 2018

# esito travagli indotti ....TC

## nullipare indotte – II a

Anno	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Contributo % al tot. parti	12,5	11,8	12,3	12,5	12,2	12,5	13,0	13,7
Contributo % al tot. TC	9,6	9,5	9,5	10,0	9,3	8,7	9,3	8,9
Tasso di TC (%)	22,3	22,5	21,6	21,6	20,2	18,2	18,4	16,4

Classe IIa – 2018				
Tipologia punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	14,3	15,1	8,3 - 21,8	8,2
Spoke ≥1000 parti/anno	13,0	15,5	4,8 - 25,5	8,8
Spoke <1000 parti/anno	12,1	23,2	13,9 - 43,3	12,2

frequenza delle donne appartenenti a questa classe è superiore a quella registrata nei sott...

Spoke <1000 parti/anno	12,1	23,2	13,9 - 43,3	12,2
Spoke ≥1000 parti/anno	13,0	15,5	4,8 - 25,5	8,8
Hub	14,3	15,1	8,3 - 21,8	8,2

## pluripare indotte – IV a

Anno	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Contributo % al tot. parti	6,0	5,7	5,9	6,1	6,4	6,8	7,4	7,7
Contributo % al tot. TC	1,0	1,1	1,1	1,1	1,0	1,3	1,1	1,1
Tasso di TC (%)	4,9	5,5	5,1	5,0	4,1	4,9	3,8	3,6

Classe IVa – 2018				
Tipologia punti nascita	contributo % al totale dei parti	tasso cesarei (%)	range tasso di cesarei (%)	contributo % al totale dei cesarei
Hub	7,7	4,2	0,6 - 6,8	1,2
Spoke ≥1000 parti/anno	8,4	2,4	0 - 4,8	0,9
Spoke <1000 parti/anno	7,5	3,1	0 - 9,1	1,1

Spoke <1000 parti/anno	7,5	3,1	0 - 9,1	1,1
Spoke ≥1000 parti/anno	8,4	2,4	0 - 4,8	0,9
Hub	7,7	4,2	0,6 - 6,8	1,2

## Diapositiva 7

---

1

giulia bovini; 24/11/2019

Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita

## Induzione del travaglio di parto

*Revisione rapida e raccomandazioni*

Bologna, 26 ottobre 2019

Commissione consultiva tecnico-scientifica sul percorso nascita

### Gruppo di lavoro 'Induzione del travaglio di parto'

coordinatrice:

Marinella Lenzi, medico ginecologo-ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Maggiore, Ausl Bologna

componenti:

Paolo Accorsi, medico ginecologo-ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Carpi (MO), Ausl Modena

Margherita Antonelli, ostetrica, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Rimini, Ausl Romagna

Angela Bandini, medico ginecologo-ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Forlì, Ausl Forlì

Lorena Brondelli, medico ginecologo-ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale S.Orsola, AUO Bologna

Elena De Ambrosi, medico ginecologo, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Rimini, Ausl Romagna

Stefania Fieni, medico ginecologo-ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, AUO Parma

Maria Cristina Galassi, medico ginecologo-ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Sassuolo(MO), Ausl Modena

Geraldina Gamberini, medico ginecologo-ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Rimini, Ausl Romagna

Gloria Giacomini, medico ginecologo-ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Cesana, Ausl Romagna

Corradino Ignelzi, ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Rimini, Ausl Romagna

Elisabetta Petrella, medico ginecologo-ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Modena, AUO Modena

Emanuele Soncini, medico ginecologo-ostetrico, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Reggio Emilia, AUO Reggio Emilia

Nicoletta Telleri, ostetrica, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale di Carpi (MO), Ausl Modena

Cinzia Vicinelli, ostetrica, Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Maggiore, Ausl Bologna

Vittorio Basevi, medico ginecologo-ostetrico, Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva, Regione Emilia-Romagna

segreteria organizzativa:

Castelli Elena, Servizio presidi ospedalieri, Regione Emilia-Romagna



revisione rapida , aggiornamento ... 2014 → 2019

- aumento incidenza
- revisione letteratura
- indicazioni
- modifiche epidemiologiche
- metodiche

revisione rapida , aggiornamento ... 2014 → 2019

- aumento incidenza
- revisione letteratura
- indicazioni
- modifiche epidemiologiche
- metodiche

2013 → 12 LG

2019 → 49 LG

## revisione rapida , aggiornamento ... 2014 → 2019

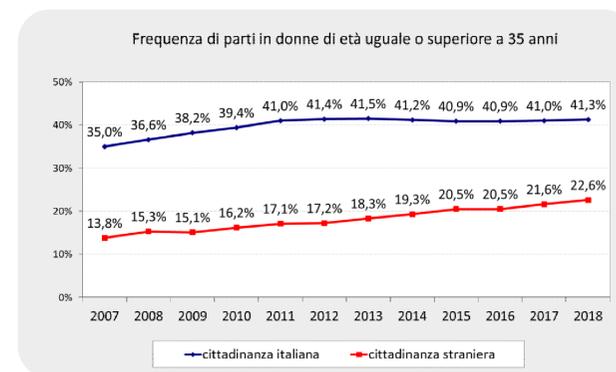
- aumento incidenza
- revisione letteratura
- indicazioni
- modifiche epidemiologiche
- metodiche

	2010	2019
prom	29,6%	29,7%
post – termine	27,8%	21,3%
oligoidramnios	17,6%	6,8%
patol materna	16,9%	30,4%
patol fetale	8,2%	11,9%

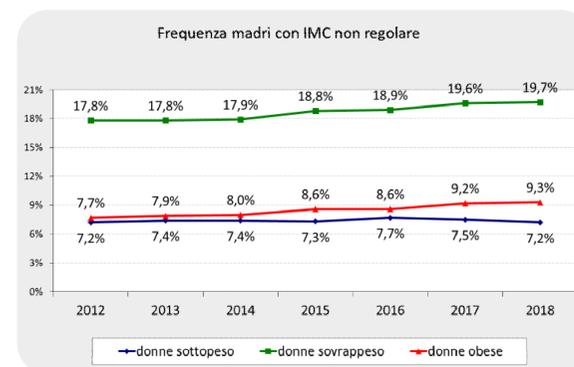
# revisione rapida , aggiornamento ... 2014 → 2019

## ■ aumento età

- aumento incidenza
- revisione letteratura
- indicazioni
- modifiche epidemiologiche
- metodiche



## ■ aumento obesità



# Indicazioni

- rottura pretermine delle membrane
- gravidanza protratta
- oligoidramnios
- diabete
- disturbi ipertensivi
- obesità
- macrosomia
- pregresso taglio cesareo
- età materna avanzata

## revisione rapida , aggiornamento ... 2014 → 2019

- aumento incidenza
- revisione letteratura
- modifiche epidemiologiche
- indicazioni
- metodiche
- prostaglandine
- ossitocina
- metodi meccanici
- misoprostolo
- **metodi combinati**

# Rottura prematura delle membrane a termine (PROM)

*In donne con gravidanza a termine e PROM, l'induzione del travaglio, rispetto all'attesa, migliora gli esiti materni e perinatali?*

- si raccomanda di discutere con le donne con PROM a termine l'opzione tra l'induzione e l'attesa di 24 ore, informandole della possibilità che nel 60-70% di casi il travaglio insorga spontaneamente a fronte di un rischio di infezione neonatale grave pari a 1% e induzione immediata
- si raccomanda di offrire la profilassi antibiotica al ricovero in caso di colonizzazione da SGB nelle donne che desiderino procrastinare l'induzione
- si raccomanda di documentare il counselling eseguito in cartella clinica.

# Diabete in gravidanza

*In donne con diabete l'induzione del travaglio, rispetto all'attesa, migliora gli esiti materni e perinatali?*

## ***Donne con diabete pregestazionale***

- si raccomanda di offrire l'induzione tra 39<sup>+0</sup> e 39<sup>+6</sup> settimane in caso di donne con diabete pregestazionale ben controllato senza complicanze
- si raccomanda il parto tra 36<sup>+0</sup> e 38<sup>+6</sup> o anche prima, a seconda della gravità del quadro, nei casi in cui vi siano condizioni morbose associate.

# Diabete in gravidanza

## *Donne con diabete gestazionale (GDM)*

- Si raccomanda il parto elettivo mediante induzione al travaglio di parto o TC se indicato nelle donne con *GDM* in dieta con buon controllo glicemico che non hanno partorito entro 40<sup>+6</sup> settimane. In queste donne non è raccomandato l'espletamento del parto prima della 39<sup>+0</sup> settimana di gestazione
- si raccomanda l'induzione tra 39<sup>+0</sup> e 39<sup>+6</sup> settimane in caso di *GDM* in terapia con controllo glicemico ottimale
- si raccomanda di anticipare l'induzione tra 37<sup>+0</sup> e 38<sup>+6</sup> settimane in caso di scarso controllo glicemico.

# Disordini ipertensivi della gravidanza

*In donne con gravidanza a termine che soffrono di ipertensione cronica l'induzione del travaglio, rispetto all'attesa, migliora gli esiti materni e perinatali?*

- si raccomanda di offrire l'induzione tra 38<sup>+0</sup>-39<sup>+6</sup> settimane alle donne gravide con ipertensione cronica ben controllata.

# Disordini ipertensivi della gravidanza

*In donne con gravidanza a termine e ipertensione gestazionale l'induzione del travaglio, rispetto all'attesa, migliora gli esiti materni e perinatali?*

- si raccomanda di non offrire l'induzione prima di 37<sup>+0</sup> settimane alle donne con ipertensione gestazionale ben controllata
- non esiste accordo sul timing ottimale, questo deve essere stabilito e concordato dopo colloquio con un ostetrico esperto a partire da 37<sup>+0</sup> settimane, in base alla gravità dell'ipertensione gestazionale, alla presenza di comorbidità e di fattori di rischio per esiti avversi, alla storia ostetrica e alle condizioni cervicali.

# Disordini ipertensivi della gravidanza

*in donne gravide con preeclampsia l'induzione del travaglio, rispetto all'attesa, migliora gli esiti materni e perinatali?*

- si raccomanda l'induzione a 37<sup>+0</sup> settimane per le donne gravide con preeclampsia senza caratteristiche di gravità

# Obesità

*in donne con obesità l'induzione del travaglio, rispetto all'attesa, migliora gli esiti materni e perinatali?*

- nelle donne gravide obese l'induzione del travaglio non migliora gli esiti materni e perinatali. In questa condizione, le indicazioni all'induzione sono le medesime delle gravide non obese.

## Età materna $\geq 40$ anni

*In donne di età  $\geq 40$  anni in assenza di patologie associate, l'induzione elettiva del travaglio, rispetto all'attesa, migliora gli esiti materni e perinatali?*

- l'induzione del travaglio in donne di età  $\geq 40$  anni, in assenza di patologie associate, non è raccomandata. Si raccomanda di discutere con la donna timing e modalità dell'induzione e del parto, tenendo in considerazione rischio di morte in utero, rischio di TC/parto operativo, desiderio della donna di ulteriori gravidanze e preferenze sulla modalità di parto.

# Pregresso taglio cesareo

*In donne con pregresso taglio cesareo con induzione del travaglio quali sono le probabilità di successo (parto vaginale)?*

- Il successo dell'induzione si osserva in almeno il 60% dei casi, con ancora maggiore probabilità in presenza di precedente parto vaginale e Bishop score favorevole
- Il rischio di rottura d'utero è aumentato di 2-3 volte, in caso di induzione /*augmentation* del travaglio (l'aumento del rischio in termini assoluti è <2-3%)

# Pregresso taglio cesareo

## *Metodi di induzione del travaglio nella donna con precedente taglio cesareo*

- in donne con un Bishop score favorevole, è raccomandata l'amniorexi seguita da infusione ossitocica; si raccomanda di limitare la velocità di infusione di ossitocina a un massimo di 20 milliunità/minuto
- in caso di Bishop score sfavorevole è consigliabile l'utilizzo di metodi meccanici (catetere di Foley o Cook) seguiti da amniorexi e infusione ossitocica

# Macrosomia fetale

*In donne con sospetta macrosomia fetale (in assenza di diabete), l'induzione del travaglio, rispetto all'attesa, migliora gli esiti materni e perinatali?*

- l'induzione del travaglio in donne non diabetiche con sospetta macrosomia fetale non è raccomandata poiché non migliora gli esiti materni e perinatali
- Il ricorso al taglio cesareo elettivo può essere considerato in presenza di feto con peso stimato  $\geq 5000$  grammi, dopo adeguata informazione ai genitori sui limiti della stima del peso e sull'epoca gestazionale ottimale per l'induzione

# Fallimento dell'induzione

*in donne indotte quali sono i criteri utilizzati per definire il fallimento dell'induzione?*

- si raccomanda di definire fallimento dell'induzione il mancato raggiungimento della fase attiva del travaglio (dilatazione di 4 cm con appianamento del 90% o 5 cm indipendentemente dall'appianamento, presenza di 3-5 contrazioni/10 minuti) dopo almeno 12-18 ore di infusione ossitocica con membrane rotte
- qualora la paziente rifiuti un ulteriore ciclo di maturazione cervicale o la prosecuzione dell'induzione con ossitocina, si raccomanda di registrare l'eventuale ricorso al TC non dovuto a "fallita induzione" ma per "rifiuto di proseguire o completare la procedura".