

Considerazioni sulla frequenza “realistica” a livello di popolazione in Italia del parto per via cesarea.

11 luglio 2015

Documento preparato dal gruppo di lavoro AOGOI: Fabio Parazzini, Sabina Di Biase, Giuseppe Ettore, Yoram Jacob Meir.

Introduzione

La frequenza di taglio cesareo (Tc) è senza dubbio un punto critico dell'assistenza ostetrica oggi in Italia.

Nel 2011 ultimo dato nazionale disponibile dalle analisi dei Certificati di assistenza al parto (Cedap) (www.salute.gov.it/portale/documentazione) si è osservato un tasso complessivo pari a 36,7% con marcate differenze tra aree geografiche. Tale valore pone l'Italia tra le Nazioni con i più elevati tassi di Tc (Tab 1).

Tale tasso, inoltre, differisce marcatamente da gli obbiettivi di “tasso ideale” di popolazione ripetutamente riportati in documenti quali il Piano sanitario nazionale 2006-2008 e il Piano Sanitario 2011-2013 -che invitavano a contenerne il ricorso alla via cesarea al di sotto del 20% del totale dei parti- od il regolamento del Ministero della Salute sugli standard quantitativi e qualitativi dell'assistenza ospedaliera che fissa al 25% la quota massima di cesarei primari per le maternità con più di 1000 parti, ma al 15% per le maternità con meno di 1000 parti.

Tali percentuali ricalcano sostanzialmente la tradizionale valutazione dell'WHO che sin dal 1985 afferma che una proporzione di cesarei superiore al 15% non è giustificata.*

Gli obiettivi WHO rappresentano tuttavia una valutazione che si basa sulla frequenza delle indicazioni cliniche per cui vi è una chiara e documentata evidenza scientifica di efficacia del Tc nel migliorare la prognosi fetale e o materna (es. presentazione podalica, gemellarità) in una popolazione giovane e caratterizzata da una elevata parità media, caratteristiche tipiche di alcuni Paesi (es. aree del sud del mondo ed alcune nazioni sviluppate), ma non a tutte le nazioni.

La valutazione della frequenza di taglio cesareo di popolazione nel nostro Paese deve oggi tenere in conto di:

- un differente profilo epidemiologico della nostra popolazione rispetto alle altre popolazioni;
- una elevata frequenza di donne che riportano all'anamnesi un precedente taglio cesareo o comunque un intervento sull'utero;
- una crescente richiesta da parte della donna di partorire per via cesarea in particolare nelle fasce di età più elevate;
- una organizzazione dei punti nascita che vede ancora oggi la presenza di numerose sale parto che assistono meno di 1000 parti l'anno.

Il presente documento mira a discutere sinteticamente tali aspetti cercand di darne una quantificazione nella prospettiva di popolazione^o.

*Ancora recentemente (23 aprile 2015) lo statement dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) "Who Statement on CaesareanSectionRates" indica giustamente che l'utilizzo inappropriato di una pratica assistenziale di provata efficacia quale il taglio cesareo (Tc) non si associa a migliori esiti perinatali per le donne e per i bambini. Tale affermazione porta ad una quantificazione esclusivamente teorica del tasso ideale di cesarei a livello di popolazione. Infatti l'Oms attraverso una revisione sistematica degli studi sul "tasso ideale" di cesarei a livello di popolazione, e mediante un'analisi globale dei più recenti dati disponibili per Paese conclude che a livello di popolazione i tassi di Tc superiori al 10-15% non sono associati a una riduzione del tasso di mortalità materna e infantile.

^oNon viene considerato nel presente documento il ruolo dei parti operativi vaginali anche se vi sono alcuni studi che hanno mostrato come istituzioni con bassi tassi di Tc possano essere caratterizzate da maggiori tassi di parti operativi vaginali e come tali differenti modalità di assistenza al parto debbano considerarsi nella valutazione degli esiti finali(Janakiraman V, Ecker J. Quality in obstetric care: measuring what matters.ObstetGynecol. 2010;116:728–32. Maso G et al Risk-adjusted operative delivery rates and maternal-neonatal outcomes as measures of quality assessment in obstetric care: a multicenter prospective study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015 Feb 5;15:20. doi: 10.1186/s12884-015-0450-2). Considerando le differenze che si osservano nella frequenza di Tc tra le varie nazioni, si può osservare come paesi caratterizzati da una bassa frequenza di TC come ad esempio l'Irlanda, registrano una

frequenza almeno doppia di parti operative vaginali rispetto all'Italia (Hehir MP et al Increasing rates of operative vaginal delivery across two decades: accompanying outcomes and instrument preferences. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Nov; 171(1):40-3. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.08.015. Epub 2013 Aug 14).

Tabella 1 frequenza di Tc in nazioni selezionate

<u>Nazione</u>	<u>Anno</u>	<u>Percentuale parti per via casarea/100 parti</u>
<u>Nord Europa</u>		
Danimarca	2010	20,8
Finlandia	2010	16,1
Irlanda	2009	26,4
Norvegia	2009	17,3
Svezia	2008	16,7
Inghilterra	2010	23,7
<u>Europa occidentale</u>		
Austria	2010	28,9
Belgio	1999	
Francia	2003	18,8
Germania	2009	30,3
Olanda	2008	14,3
Svizzera	2009	32,2
<u>Nord America</u>		
Canada	2008	27,7
USA	2010	32,8
<u>Oceania</u>		
Australia	2009	31,5
Nuova Zelanda	2009	31,2
<u>Asia</u>		
Giappone	2008	18,4

Differente profilo epidemiologico della nostra popolazione rispetto alle altre popolazioni.

La principale caratteristica della popolazione ostetrica italiana è l'elevata età media al parto e l'alta percentuale di primipare.

La tabella 2 mostra alcuni confronti internazionali relativamente all'età media al primo parto.

Se si confronta tale tabella con la precedente riferita alla frequenza di taglio cesareo nelle varie popolazioni si può osservare come le nazioni a più alto tasso (es Italia, Germania, Svizzera o l'Australia) siano anche quelle che riportano la più alta età media al primo parto.

D'altra parte l'età materna è il principale fattore di rischio di Tc riconosciuto già negli anni '80, anni in cui la frequenza di taglio cesareo in Italia era pari a circa il 10%. (Parazzini et al. Determinants of caesarean section rates in Italy. Br J ObstetGynaecol. 1992 Mar;99(3):203-6.)

Infatti sostanzialmente tutte le condizioni di rischio (si pensi ad esempio al diabete od all'ipertensione) e le patologie ostetriche aumentano con l'età materna, incluse le classiche indicazioni cliniche al taglio cesareo quali la gemellarità, la presentazione podalica, la macrosomia, la distocia dinamica del parto.

Di conseguenza la frequenza di queste condizioni è maggiore in Italia rispetto a molte altre nazioni.

Stimando complessivamente un rischio circa doppio (ossia conservativamente pari al 20%) nelle donne tra i 35 ed i 39 anni e triplo nelle donne sopra i 40 anni (ossia 30%) delle indicazioni al Tc e considerando che in Italia la proporzione di donne che partoriscono tra i 35 anni ed i 39 anni è pari circa il 26% e a l'8% sopra i 40, dati riferiti al 2013) (<http://demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/> accesso 20 giugno 2015) -contro una proporzione nelle nazioni considerate ad esempio negli studi del WHO rispettivamente del 10,6% e 3,1%% (Fig. 1)- possiamo calcolare che l'elevata età materna al parto possa giustificare in confronto alla popolazione WHO una maggior frequenza di Tc di circa il 3%- Tale stima conservativa è stata ottenuta applicando il maggior rischio di Tc alla proporzione di donne nelle fasce d'età >35 anni eccedenti alla percentuale di donne in tale fascia d'età nella popolazione WHO.

Tab. 2. Età media al primo parto (www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2256.html)

Nazione	Anno	Età materna al primo nato (media)
Albania	2010	23.4
Armenia	2011	23.5
Australia	2006	30.5
Austria	2011	28.5
Azerbaijan	2011	23.4
Belgio	2010	28.2
Bosnia ed Erzegovina	2011	26.3
Botswana	2007	19
Bulgaria	2011	26.3
Canada	2011	28.1
Croatia	2011	27.9
Repubblica Ceca	2011	27.8
Danimarca	2012	29.1
Estonia	2011	26.4
Finlandia	2012	28.5
Francia	2010	28.1
Germania	2012	29,2
Giappone	2012	30.3
Grecia	2010	31.2
Hong Kong	2008	29.8
Ungheria	2011	28.3
India	2005/6	19.9
Israele	2011	27.3
Italia	2011	30.3
Kazakhstan	2011	25
Lituania	2011	26.7
Macedonia	2011	26.2
Messico	2008	21.3
Moldova	2011	23.7
olanda	2011	29.4
Polonia	2011	26.9
Portogallo	2012	29.5
Romania	2011	26
Russia	2009	24.6
Singapore	2010	29.8
Slovachia	2010	27.8
Slovenia	2011	28.8
Spagna	2010	29.8
Svezia	2010	28.9
Svizzera	2012	30,4
Tailandia	2009	23.3
Turchia	2010	22,3
Ucraina	2010	25.8
UK Inghilterra e Galles	2012	28.1
Ungheria	2011	
USA	2011	25.6
Uzbekistan	2006	23.8

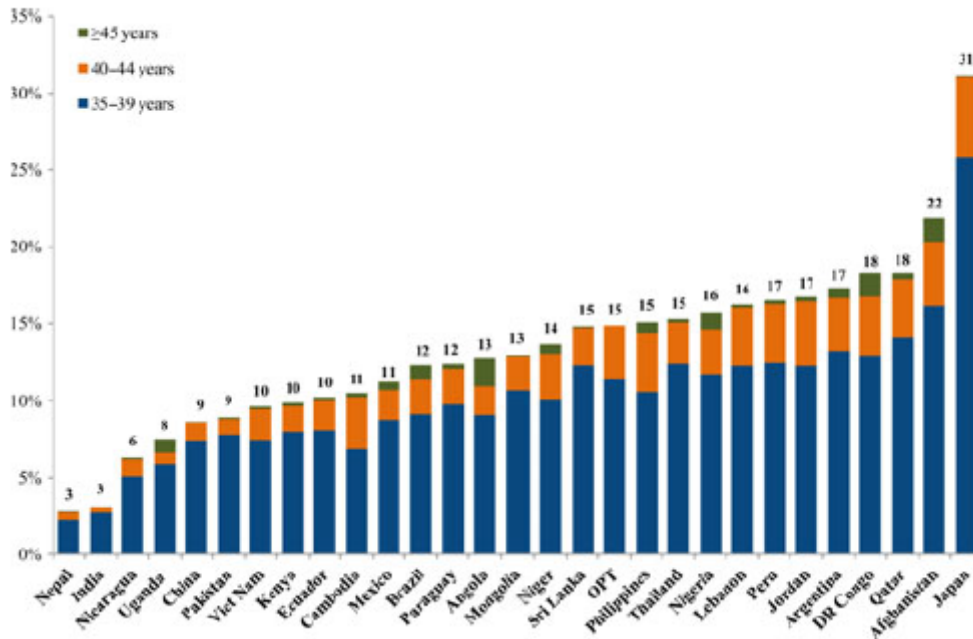


Fig1. Distribuzione dei nati per età della madre nelle Nazioni partecipanti alla WHO Multicountry Survey on Maternal and Newborn Health (M Laopaiboon, et al on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn Health Research Network Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment DOI: 10.1111/1471-0528.12659)

Frequenza di donne che riportano all'anamnesi un precedente taglio cesareo o comunque un intervento sull'utero

Senza dubbio la caratteristica epidemiologica principale della popolazione ostetrica italiana (in particolare in alcune aree geografiche) è l'alta percentuale di donne con pregresso TC.

Il rapporto Cedap 2011 non riporta la frequenza di donne precesarizzate tra le puerpere. Tuttavia analisi regionali* suggeriscono che oggi in Italia oggi circa il 15% delle donne che accedono in sala parto sono precesarizzate. Di contro, la percentuale di pazienti precesarizzate riportato nelle analisi del WHO multicoutry study nelle aree con tasso di Tc pari al 20% era del 7% (Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicountry surveys. Vogel JP, Betrán AP, Vindevoghel N, Souza JP, Torloni MR, Zhang J, Tunçalp Ö, Mori R, Morisaki N, Ortiz-Panozo E, Hernandez B, Pérez-Cuevas R, Qureshi Z, Gülmezoglu AM, Temmerman M; WHO Multi-Country Survey on Maternal and

Newborn Health Research Network. Lancet Glob Health. 2015 May;3(5):e260-70. doi: 10.1016/S2214-109X(15)70094-X. Epub 2015 Apr 9)

Anche nei centri attenti a tale aspetto e con bassi tassi di TC circa il 70% delle donne precesarizzate oggi partoriscono per via cesarea (Guise J-M, Eden K, Emeis C, Denman MA, Marshall N, Fu R, Janik R, Nygren P, Walker M, McDonagh M. Vaginal Birth After Cesarean: New Insights. Evidence Report/Technology Assessment No.191. (Prepared by the Oregon Health & Science University Evidence-based Practice Center under Contract No. 290-2007-10057-I). AHRQ Publication No. 10-E003. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. March 2010.) (in Italia tale percentuale sale all'89% Cedap 2011). Di conseguenza dobbiamo considerare che almeno il 10,5% dei parti oggi avvengano per via cesarea a causa di tale condizione (contro un atteso di 5%, se considerassimo una frequenza di donne precesarizzate pari al 7%) .

Le marcate differenze nella frequenza di donne precesarizzate nelle differenti regioni italiane a causa del perdurare nel tempo di differenti tassi di taglio cesareo possono almeno in parte anche spiegare la marcate differenze che oggi osserviamo nella frequenza di TC nelle varie regioni.

**La percentuale di precesarizzate in regione Emilia od in Lombardia è pari a circa il 10 % in Campania tale percentuale è pari al 23,5% nel 2012. Tale differenza di per sé spiega oggi almeno una differenza di 10 punti percentuale di maggior ricorso al taglio cesare in Campania rispetto alle regioni del nord Italia.*

Richiesta da parte della donna di partorire per via cesarea.

Nella letteratura medica, non sono disponibili dati dettagliati sulla frequenza di richiesta materna nelle varie nazioni ed in particolare in Italia. In generale gli studi condotti suggeriscono come nelle nazioni del Nord Europa tale frequenza sia inferiore al 10% delle donne, mentre in nazioni con disponibilità di organizzazione sanitaria, ma considerate in via di sviluppo, come il Brasile, tale preferenza raggiunga percentuali superiori al 50% (Kingdon C, Baker L, Lavender T. Systematic review of nulliparous women's views of planned cesarean birth: the missing component in the debate about a term cephalic trial. Birth. 2006 Sep;33(3):229-37; Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, Bonotti AM, Gibbons L, Sanchez AJ, et al: Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. BJOG 2011, 118(4):391-399).

Considerando lo specifico della situazione italiana, in uno studio condotto su 1000 donne la percentuale di preferenze per il taglio cesareo era pari al 20%. Tale percentuale era maggiore nelle donne più giovani (quasi il 35% delle donne di età inferiore a 25anni ed il 16% di quelle di età > 35 anni) e meno istruite (20.5% versus 13.4% nelle più istruite). Inoltre il 40% delle donne che riportavano all'anamnesi un precedente taglio cesareo hanno dichiarato di preferire un nuovo taglio cesareo rispetto al 6 % delle donne che riportavano all'anamnesi un parto vaginale. Tale ultimo dato sottolinea il ruolo della prima esperienza di parto nella scelta della modalità del parto nel corso della seconda gravidanza. (Torloni MA, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, et al Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:78) Le ragioni riportate per preferire il cesareo erano paura del dolore alla nascita, possibilità di pianificare il momento del parto e sicurezza per la madre ed il bambino (65% delle risposte). Il 40% delle donne che preferivano un Tc ha dichiarato che lo preferivano perché permetteva un ritorno più rapido della attività sessuale (Torloni MA, Betrán AP, Montilla P, Scolaro E, Seuc A, et al Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:78).

Non abbiamo una indagine nazionale che fotografi la differenze tra le varie regioni italiane nelle preferenze delle donne rispetto alle modalità del parto. Tuttavia alcuni dati ci suggeriscono come tale richiesta materna sia molto differente nelle varie aree geografiche italiane.

Al proposito interessante è uno studio condotto in Veneto ed in Sicilia. Tale studio ha valutato le differenze regionali nelle motivazioni riportate dalle donne rispetto al taglio cesareo su richiesta. Tra le ragioni emotive, la paura del dolore è stata la ragione più frequentemente riportata in Sicilia ($p = 0,045$), di contro le precedenti esperienze negative e l'ansia associata alla gestazione in Veneto ($p = 0,009$; $p = 0,001$)(Mancuso A, De Vivo A, Fanara G, Albiero A, Priolo AM, Giacobbe A, Franchi M. Caesarean section on request: are there loco-regional factors influencing maternal choice? An Italian experience. J ObstetGynaecol. 2008 May;28(4):382-5)

Questi dati suggeriscono come le ragioni del ricorso al cesareo siano complesse, possano variare da una regione all'altra e siano influenzate dal background socio-culturale.

Come già indicato, non sono disponibili dati nazionali sulla frequenza di Tc su richiesta.

In una analisi della fine degli anni 2000 delle SDO lombarde più del 10% dei Tc (ossia ad un tasso di Tc pari a circa il 30% più del 3% dei parti) riportava come indicazione motivi psicologici od altre indicazioni o mancata menzione della indicazione, definizioni che sono spesso usate per i casi di richiesta materna. Tale percentuale era in costante crescita dagli inizi degli anni 2000 (Parazzini F et al, I ricoveri ostetrici negli ospedali della Lombardia nel 2008. It J Gynecol Obstet 2010, 22:1). Valori simili sono stati riportati per il 2000 in una analisi condotta nelle Marche ed anche in questo caso la crescita della richiesta materna rispetto al decennio precedente era pari a circa il doppio (Tranquilli A e Giannubilio SR Cesarean delivery on maternal request in Italy Int J Gynecol Obstet 2004; 84:169-170)

Sulla base delle considerazioni fatte e degli studi riportati -e considerando che il fenomeno appare in aumento- possiamo ragionevolmente stimare in modo conservativo sulla base delle considerazioni sopra riportate che il 2-3% dei parti avvenga per via cesarea su richiesta materna. Percentuali maggiori di richiesta materna sono state suggerite per le regioni del Mezzogiorno (Mancuso A et al Women's preference on mode of delivery in Southern Italy Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85:694-699)

Organizzazione dei punti nascita.

Come già precedentemente riportato, la frequenza di TC è pari in Italia al 36,7% (dato 2011). Tale percentuale diventa pari al 42,3% nei punti nascita che assistono meno di 500 parti anno ed al 41,7 % nei punti nascita che assistono 500-799 parti anno e 38,0% in quelli che assistono 800-999 parti anno (Tab 3).

Tab. 3. Percentuale di parti cesarei secondo la dimensione del punto nascita (analisi CEDAP 2011)

Classe di parti	% parti cesarei secondo la dimensione del punto nascita
0-499	42,3
500-799	41,7
800-999	38,0
1000-2499	34,9
2500+	32,0
Totale	36,7

Tale differenza è stata ampiamente indagata ed in larga parte attribuita a minor condizioni di sicurezza dei punti nascita più piccoli (es mancanza di presenza in guardia del secondo operatore e dell' anestesista nel punto nascita) che portano di conseguenza ad una maggior ricorso al Tc nelle situazioni di primo allarme.

In Italia oggi (dati CEDAP 2011) nascono circa 50500 bambini (9.5% dei nati) in punti nascita che assistono meno di 500 parti anno e 153000 (29%) in punti nascita che assistono tra 500 e 1000 parti l'anno.

Una riorganizzazione dell'offerta della assistenza al parto che porti alla chiusura dei punti nascita con meno di 1000 parti l'anno porterebbe già di per sé (applicando ai nati nei punti nascita che assistono meno di 1000 parti l'anno i tassi di Tc che osserviamo nei punti nascita che assistono 100-2499 parti anno) una riduzione della frequenza di Tc di 2 punti percentuali.

Stima del tasso ideale di taglio cesareo di popolazione in Italia

La tabella mostra in sintesi la quota di tagli cesarei oggi attribuibili in Italia alle peculiari caratteristiche epidemiologiche della nostra popolazione (in sintesi maggiore età al parto ed alta proporzione di donne con pregresso TC), la quota di tagli cesarei per richiesta materna e la quota di cesarei attribuibile alla presenza di punti nascita "piccoli".

Come si può osservare la percentuale ideale di Tc pari al 20% tiene in conto se non in modo molto limitato di tali aspetti.

In accordo alle nostre considerazioni la quota di TC realistico (intendendo con tale termine la percentuale media di Tc che oggi può essere realisticamente osservata in Italia nel suo complesso, non l'obbiettivo teorico che escluda ad esempio il ricorso al Tc per richiesta materna e le problematiche organizzative) per la nostra popolazione possa essere considerata pari al 28-29%.

	Tc dovuti a tale condizione (%)
Valutazione WHO delle indicazioni cliniche certe che migliorano la prognosi materna e neonatale in un popolazione "ideale"*	15
Elevata età materna nella popolazione italiane (frequenza di patologie quali gemellarità, diabete etc)	3
Pregressi cesarei	5,5
Richiesta materna	2-3
Aspetti organizzativi: centri piccoli	2

**In questa percentuale si includono: parti podalici (4,5%) gemellarità (1%) placenta previa/accreta 0,5% distacco intempestivo di placenta (0,5%) macrosomia/sproporzione feto pelvica (1%) sofferenza fetale in travaglio di parto (3%) patologie materne (cardiopatie, preeclampsia/eclampsia, infezioni materne)(0,5%) parto di feto piccolo per età gestazionale di bassa età gestazionale (3%), fallimento induzione in gravidanze oltre il termine (1%). (le percentuali indicano il rischio assoluto di base nella popolazione <35anni)fonti varie: Cammu H et al Common determinants of breech presentation at birth in singletons: a population-based study.Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014 Jun;177:106-9. doi: 10.1016/j.ejogrb.2014.04.008. Epub 2014 Apr 19; www.salute.gov.it/portale/documentazioneGetahun D et al Previous cesarean delivery and risks of placenta previa and placental abruption.Obstet Gynecol. 2006 Apr;107(4):771-8Stivanello E Determinants of cesarean delivery: a classification tree analysis.BMC Pregnancy Childbirth.2014 Jun 28;14:215. doi: 10.1186/1471-2393-14-215)*

Il determinante maggiore dello scostamento dalla stima WHO è l'alta proporzione di pregressi cesarei e la indicazione richiesta materna. Una stima che consideri che tutte le donne precesarizzate siano avviate ad un travaglio di prova ed un tasso di parto vaginale dopo travaglio di prova del 50% (il miglior tasso riportato in letteratura) porterebbe una riduzione del tasso di Tc di circa un punto percentuale. Possibili sovrapposizioni nelle varie indicazioni -esempio presentazione podalica in donne già cesarizzata - anche se di difficile ad oggi quantificazione sulla base dei dati pubblicati - possono anch' esse probabilmente essere stimate attorno a circa l'1%.

Una ulteriore considerazione

Nella stima precedentemente presentata non sono state considerate le conseguenze della medicina difensiva.

Ad oggi non vi sono in Italia valutazioni dettagliate di quanti Tc possano essere attribuiti alle preoccupazioni relative al contenzioso medico legale. Tuttavia è ben noto come la frequenza di Tc sia in relazione alla frequenza di contenzioso medico legale ed alle modalità assicurative presenti nei vari stati (Chung SH, Seol HJ, Choi YS, Oh SY, Kim A, Bae CW. Changes in the cesarean section rate in Korea (1982-2012) and a review of the associated factors. *J Korean Med Sci.* 2014 Oct;29(10):1341-52. doi: 10.3346/jkms.2014.29.10.1341. Epub 2014 Oct 8.), Inoltre alcune indagini hanno mostrato come elevati livelli di premi assicurativi (un indicatore indiretto del rischio di contenzioso medico legale) siano associati ad un maggior rischio di Tc di circa il 20% (Zwecker P, Azoulay L, Abenham HA Effect of fear of litigation on obstetric care: a nationwide analysis on obstetric practice. *Am J Perinatol.* 2011 Apr;28(4):277-84. doi: 10.1055/s-0030-1271213. Epub 2011 Jan 19.)

Questo punto è assolutamente fondamentale e già di per sé può essere considerato un rilevante motivo degli alti tassi di Tc presenti in Italia ed in generale nelle nazioni caratterizzate da un elevato contenzioso medico legale ed un coinvolgimento diretto del medico sia dal punto di vista penale sia civilistico.

Proposte operative

In considerazione delle considerazioni prima discusse si possono proporre alcune azioni:

-nei documenti di programmazione sanitaria il tasso di taglio cesareo ideale deve essere sempre contestualizzato allo specifico della situazione italiana. Il ripetere in modo non argomentato un tasso ideale mutuato da considerazioni del WHO che si riferiscono alla popolazione mondiale e riproposte senza una precisa valutazione epidemiologica può essere “misleading” ed inoltre causa di fraintendimenti in particolare con la stampa laica;

-il piano nazionale esiti ha scelto di valutare i tagli cesarei primitivi*. Tale modalità permette di non considerare il ruolo dei Tc ripetuti, tuttavia non permette di valutare il fondamentale ruolo dell'età materna come determinante del rischio di ricorso al TC e la indicazione richiesta materna. Una considerazione simile può essere fatta anche per l'utilizzo della classificazione di Robson (Robson MS Can we reduce the caesarean section rate? *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. Volume 15, Issue 1, February 2001, Pages 179–194);

-la valutazione del ricorso al TC per fasce d'età materna deve essere una informazione disponibile routinariamente per i confronti tra regioni, ASL, punti nascita;

-il taglio cesareo su richiesta materna deve essere codificato separatamente al fine di considerarlo nella valutazione del tasso di tagli cesarei complessivi e per permettere un monitoraggio del fenomeno su base nazionale, regionale e di singola struttura;

-la più volte ribadita necessità di procedere celermente in tutte le regione ad una riorganizzazione in sicurezza di tutti i punti nascita deve essere una priorità;

-il legislatore deve identificare le opportune modifiche legislative al fine di ridurre il contenzioso medico legale e riportare serenità tra gli operatori sanitari.

Le società scientifiche da parte loro si impegnano ad attivare momenti formativi rivolti a tutti gli operatori di sala parto, al fine di mantenere al massimo livello possibile le capacità di assistenza di un parto vaginale da parte di tutti gli operatori attraverso l'organizzazione di specifici momenti di formazione e l'attivazione e di gruppi di esperti.

Commento finale

Il presente documento ha l'obiettivo di chiarire che le spesso riportate stime di tasso di Tc "ideale" della WHO fanno riferimento ad una popolazione epidemiologicamente differente da quella che oggi si osserva nei punti nascita italiani, caratterizzata da un profilo di "basso rischio" e valutata sostanzialmente sul solo rischio di morte materna e fetale.

Non rappresentano quindi un valore "benchmark" utile per la nostra popolazione.

La stima di tasso di Tc riportata nel presente documento fa riferimento ad una media nazionale, che rispecchia le note differenze regionali e di macro area. Una stima riferita alle differenti aree geografiche può variare marcatamente (ad esempio la frequenza di donne precesarizzate può giustificare in alcune aree anche 10 punti percentuali di differenza tra un'area ed un'altra).

La stima riportata inoltre fa riferimento alla situazione attuale: cambiamenti nelle evidenze scientifiche rispetto alla modalità di assistenza al parto (si pensi ad esempio all'assistenza al parto podalico) o miglioramenti nella capacità della valutazione del rischio nelle donne precesarizzate possono portare a riduzioni nella frequenza "realistica" di Tc nella nostra come nella popolazioni delle altre nazioni.

Obiettivo di tutti gli "stakeholders" è e sarà sempre l'umanizzazione del parto nella sicurezza evitando inutili procedure siano esse farmacologiche, assistenziali o chirurgiche.

**"la proporzione di parti cesarei primari in Italia è scesa dal 29% del 2008 al 26% del 2013.*