

I CESAREI IN ITALIA

I cambiamenti nella frequenza di taglio cesareo (TC) hanno caratterizzato l'assistenza ostetrica degli ultimi decenni. In Italia i parti per via cesarea erano circa il 15% di tutti i parti nei primi anni '80, per crescere rapidamente al 26% nel 1995 al 33% nel 2000 ed al 37,5% nel 2010 per poi iniziare una riduzione. Con questi valori l'Italia è tra le nazioni con i più alto tasso di TC al mondo



Considerazioni sulla frequenza dei parti per via cesarea in Italia

LA CRESCITA DEI PARTI per via cesarea rappresenta senza dubbio una delle cause del miglioramento della prognosi ostetrica. Numerosi studi clinici controllati hanno ad esempio documentata l'efficacia del TC nel migliorare la prognosi fetoneonatale in caso di presentazione podalica o di gravidanza gemellare.

Tuttavia le marcate differenze internazionali e, nello specifico della situazione italiana, tra aree geografiche e punti rappresentano da sempre un tema di grande dibattito ed un punto critico dell'assistenza ostetrica.

Se è infatti vero che cambiamenti nei pattern riproduttivi, come ad esempio l'innalzarsi della età media al primo parto ed il crescere della proporzione di nullipare tra le gravide possono almeno in parte giustificare l'aumento della frequenza di TC, osservazioni cliniche ed epidemiologiche indicano che il ricorso al TC riconosce determinanti non solo medici, ma anche organizzativi e culturali e che gli attuali tassi di TC osservati in alcune realtà assistenziali non sono giustificati da meri aspetti clinici. È ben noto infatti che marcate differenze nei tassi di TC sono presenti tra i diversi punti parto anche nell'ambito di una medesima area geografica con similari popolazioni o pattern riproduttivi.

Lo stesso decremento nella frequenza di TC osservato negli ultimi dieci anni documenta quanto il ricorso al parto per via cesarea sia influenzato non solo da determinati medici/assistenzia-



FABIO PARAZZINI,
Ginecologo,
Professore Ordinario,
Università di Milano

li, ma anche da aspetti culturali ed organizzativi. In questo articolo vengono sintetizzati i principali indicatori di natalità, e di assistenza al parto in Italia cercando di dare un quadro d'insieme dei cambiamenti sociali e clinici che hanno interessato la gravidanza ed il parto negli ultimi 30-40 anni e che possano fungere da riferimento "storico" per interpretare l'aumento al ricorso al TC. Verranno poi considerati i punti di criticità che devono essere tenuti presenti in una discussione franca sul ricorso al TC.

IL QUADRO DI RIFERIMENTO DEMOGRAFICO.

IN ITALIA, la natalità è drammaticamente diminuita: negli anni '60 il numero di nati in Italia era maggiore alle 900mila unità (con un picco nel 1963 di 1.016.120 nati). Alla fine degli anni novanta il numero di nati per anno era pari a circa 520mila -530mila nati. Negli anni 2000 si è osservata una lieve ripresa da attribuire alla cresciuta frequenza di nati con genitori di origine non italiana seguita poi dal 2009 da una marcata e costante diminuzione raggiungendo il numero di 379.333 nati nel 2023 (Tab.1). La diminuzione osservata negli ultimi anni è dovuta alla riduzione numerica delle coorti di donne che stanno entrando in età fertile. Quindi a costanza di tasso di fecondità totale delle donne italiane ci si attende una riduzione di alcuni punti percentuali per anno del numero di nati in Italia. La riduzione del numero

di nati ha ovvie ricadute su il volume di attività osservate presso i punti nascita italiani.

Un altro importante cambiamento che si è osservato nelle abitudini riproduttive delle donne italiane è il netto aumento della età media al primo parto (Tab.1). L'età media delle donne al parto del primo figlio è aumentata da 25,2 anni nel 1980 a 28,3 nel 2000 ed a 33,1 nelle cittadine italiane ed a 31,1 anni in quelle di nazionalità non italiana nel 2022.

Il cambiamento nelle caratteristiche materne (maggiore proporzione di nullipare ed elevata età materna) portano dal punto di vista assistenziale ad un cambiamento nel profilo di rischio delle donne che accedono alla sala parti (si pensi solo alla frequenza di diabete gestazionale che interessa oggi circa il 6-7% delle gravidanze).

TABELLA 1. Numero nati età media al primo parto in Italia in accordo ed anni di calendario selezionati.

Anno	Numero nati	Età media al primo parto
1970	901.472	25,1
1980	640.401	25,1
1990	569.255	26,9
2000	543.039	27,6
2010	561.944	31,7
2023	379.333	-33,1 italiane 31, 1 straniera [^]

[^]dato riferito al 2022

I CESAREI IN ITALIA

LA FREQUENZA DI TAGLIO CESAREO

IL RICORSO AL TC è nettamente e costantemente aumentato nel tempo fino a circa il 2010. I TC erano circa l'11% di tutti i parti nel 1980, ma nel 2010 ben il 37,5% dei parti sono avvenuti con tale modalità. Nel 2022 il tasso di TC è stato pari a 31% (Tab.2). I tassi di TC sono rimasti costantemente maggiori al Sud. La Calabria, la Sicilia e la Campania raggiungono i livelli più alti; le regioni del Nord, Trentino Alto Adige in testa, hanno presentato e presentano le percentuali più basse. Un'ulteriore modalità di "misurare" gli andamenti del ricorso al taglio cesareo è l'uso dell'indicatore frequenza di TC primario, indicatore calcolato come numero nati da TC in gravide senza pregresso TC diviso la somma dei nati da parto vaginale più numero nati da TC in gravide senza pregresso TC. L'uso di tale indicatore permette di monitorare il ricorso al taglio cesareo "ripulendolo" dal fenomeno del taglio cesareo iterativo. Tale indicatore è stato scelto dal Piano Nazionale Esiti per monitorare l'andamento del ricorso al TC in Italia.

Nel corso degli ultimi anni, il ricorso al TC primario ha subito una progressiva riduzione, passando da una percentuale pari al 29% nel 2008, al 25% nel 2015 al 22% nel 2021. Come si può osservare la differenza tra il tasso di TC totale e primario è pari a circa 9 punti percentuali, valore sostanzialmente confrontabile alla frequenza di donne pre-cesarizzate al parto. Infatti in Italia, la proporzione di parti vaginali in donne pre-cesarizzate è ancora complessivamente bassa essendo nel 2022 pari al 10%.

TABELLA 2. Percentuale di TC sul totale dei parti per anno di calendario

Anno di calendario	% parti per via cesarea
1981	13
1985	16
1995	26
2000	33
2010	37,5
2020	31,1
2022	31

QUALE È LA PERCENTUALE "IDEALE" DI PARTI CESAREI?

Dal 1985, la comunità medica internazionale ha costantemente indicato che il tasso totale di TC deve essere compreso tra il 10% e il 15%. Questa soglia è stata decisa in seguito alla dichiarazione del WHO e fondata sulla revisione dei pochi dati disponibili, basati sui tassi di taglio cesareo dei paesi con i più bassi tassi di mortalità infantile e materna nel mondo in quel momento.

Tale raccomandazione è stata nel tempo fortemente discussa, anche alla luce dei cambiamenti delle caratteristiche delle donne gravide (prima fra tutte l'aumento della età materna) e dei differenti modelli assistenziali. Con il crescere delle evidenze sui rischi e benefici legati al TC (si pensi solo al cambiamento delle tecniche anestesio-

RICORSO AL TC PRIMARIO

2008

29%

2015

25%

2021

22%

logiche che ha di fatto eliminato la mortalità materna da anestesia) numerose ricerche hanno riconsiderato tale valore. Ad esempio nel 2015 uno studio di Molina et al (Molina et al "Relationship between Cesarean Delivery Rate and Maternal and Neonatal Mortality", JAMA (2015), 314(21): 2263-2270) ha rivalutato utilizzando i dati relativi all'anno 2012 prendendo in considerazione 172 stati membri della WHO: è stato calcolato come "ideale" un tasso di taglio cesareo complessivo pari a 19,4 per 100 nati vivi (ossia il valore che massimizza i benefici e riduce i rischi della procedura) quindi superiore alla soglia del 15% definita dalla WHO.

Tale stima non specifica la quota di TC iterativi che come abbiamo visto "pesa" marcatamente sul tasso totale di tagli cesarei e si basa su dati riferiti ad ormai 14 anni orsono.

SONO APPLICABILI I VALORI SUGGERITI INTERNAZIONALMENTE ALLO SPECIFICO DELLA SITUAZIONE ITALIANA?

Come abbiamo visto nel corso degli ultimi anni la frequenza del ricorso al taglio cesareo è andata diminuendo in Italia sia con riferimento ai tassi di TC totale sia ai TC primario. I valori rimangono tuttavia ancora distanti da quelli ancora indicati da WHO.

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 oggi tipiche di alcuni Paesi (es. aree del sud del mondo ed alcune nazioni sviluppate), ma non a tutte le nazioni. La valutazione della frequenza "ideale" di TC 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.

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 3 mostra alcuni confronti internazionali relativamente all'età media al primo parto.

TABELLA 3. Età media al parto in nazioni europee.

Nazione	Età media al primo parto (anni)
Albania	26.6
Austria	29.9
Belgio	29.5
Bulgaria	26.5
Croazia	29.2
Repubblica Ceca	28.8
Danimarca	30.0
Estonia	28.5
Finlandia	29.8
Francia	29.1
Germania	30.1
Grecia	31.0
Ungheria	28.6
Islanda	28.6
Irlanda	31.2
Italia	31.6
Olanda	30.3
Norvegia	30.0
Polonia	28.1
Portogallo	30.4
Romania	27.1
Serbia	28.1
Slovacchia	27.3
Slovenia	29.0
Spagna	31.6
Svezia	29.8
Svizzera	31.2

L'età materna è il principale fattore di rischio di TC, riconosciuto già negli anni '80, anni in cui la frequenza di TC era pari a circa il 10%. (Parazzini et al. Determinants of caesarean section rates in Italy. Br J Obstet Gynaecol. 1992 Mar; 99(3): 203-6.) ed è costantemente osservato in nazioni ad alto e basso tasso di TC. 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 30% e al 10% sopra i 40) -contro una proporzione nelle nazioni considerate ad esempio negli studi del WHO rispettivamente del 10% e 3% ((M Laopaiboon, et al on behalf of the WHO Multicountry Survey on Maternal Newborn He-





alth Research Network Advanced maternal age and pregnancy outcomes: a multicountry assessment DOI: 10.1111/1471-0528.12659) - possiamo calcolare che l'elevata età materna al parto possa giustificare in confronto alla popolazione WHO una maggior frequenza di TC di circa il 4%. 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.

FREQUENZA DI GEMELLARITÀ

Una indicazione ben definita al taglio cesareo (con esclusione in parte della presentazione cefalica) è la gravidanza multipla. La frequenza di parti multipli, causa la frequenza di utilizzo della procreazione medica assistita, è in Italia tra le più alte al mondo. Nel 2022 la frequenza di parti multipli era pari a 1,6%, circa un punto percentuale maggiore rispetto alla frequenza osservata in nazioni a minor utilizzo di tecniche di PMA.

FREQUENZA DI DONNE CHE RIPORTANO ALL'ANAMNESI UN PRECEDENTE TAGLIO CESAREO O COMUNQUE UN INTERVENTO SULL'UTERO

Una altra caratteristica della popolazione ostetrica italiana (in particolare in alcune aree geografiche) è l'alta percentuale di donne con pregresso TC.

Il rapporto Cedap non riporta la frequenza di donne precesarizzate tra le puerpere. Tuttavia anali-

“ Analisi regionali suggeriscono che in Italia oggi circa il 10-15% 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%

si regionali suggeriscono che in Italia oggi circa il 10-15% 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% (Vogel JP et al, Use of the Robson classification to assess caesarean section trends in 21 countries: a secondary analysis of two WHO multicoutry surveys. Lancet Glob Health. 2015 May;3(5):e260-70)

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 et al 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 a circa il 90% (Piano Nazionale Esiti 2022)). Di conseguenza dobbiamo considerare che almeno il 10% dei parti oggi avvengono

per via cesarea a causa di tale condizione (contro un atteso di 5%, se considerassimo una frequenza di donne precesarizzate pari al 7%). (si veda anche precedentemente il confronto tra il tasso di TC totale e primario).

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.

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 et al 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 et al Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. BJOG 2011, 118(4):391-399; Kanellopoulos D, Gourounti K. Tocophobia and Women's Desire for a Caesarean Section: a Systematic Review. Maedica (Bucur). 2022 Mar;17(1):186-193).

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 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 et al Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences BMC Pregnancy and Childbirth 2013, 13:78).

I CESAREI IN ITALIA



Non abbiamo una indagine nazionale che fotografi la differenza 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 et al. *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 (Pazzini 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 *Caesarean 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 sti-

“Le ragioni del ricorso al cesareo da parte delle future mamme sono complesse, possono variare da una regione all'altra e sono influenzate dal background socio-culturale”

mare 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 31% (dato 2022). Tale percentuale diventa pari al 33,8% nei punti nascita che assistono meno di 500 parti anno ed al 31,2% nei punti nascita che assistono 500-799 parti anno (Tab. 4)

TABELLA 4. Percentuale di parti cesarei secondo la dimensione del punto nascita (analisi CEDAP 2023)

Dimensione punto nascita	Tasso taglio cesareo
<500	33,8
500-799	31,2
800-999	29,8
1000-2499	31,7
>=2500	28,7
Totale	31,0

Tale andamento si osserva anche quando si considerano i tassi di TC primari (Tab.5).

TABELLA 5. Proporzioni di TC primario per dimensione del punto nascita e tipologia di struttura (2022)

Dimensione del punto nascita (n. parti assistiti anno)	Strutture accreditate	Strutture pubbliche
<=500	27,2	25,6
501-999	23,0	31,3
>=1000	19,5	30,0

Tale differenza è stata ampiamente indagata ed in larga parte attribuita a minor condizioni di sicurezza dei punti nascita più piccoli (es mancan-

za di presenza in guardia del secondo operatore e dell'anestesista nel punto nascita) che portano di conseguenza ad un maggior ricorso al Tc nelle situazioni di primo allarme.

Come osservato nel rapporto 2022 del PNE “*il DM 70/2015 ha fissato la quota massima di TC primari al 25% per le maternità con più di 1.000 parti annui e al 15% per quelle con volumi inferiori. Se si escludono le strutture con meno di 500 parti/anno, di cui si prevedeva la chiusura già con l'Accordo Stato-Regioni del 2010 e che nella maggior parte dei casi sono interessate da un elevato ricorso al parto chirurgico, nel 2022 solo il 15% delle maternità con meno di 1.000 parti/anno e il 65% dei punti nascita con volumi superiori a 1.000 hanno fatto registrare proporzioni in linea con il DM 70/2015*”.

Di fatto quindi viene chiesto ai centri più piccoli, tradizionalmente caratterizzati da alti tassi di Tc di raggiungere tassi inferiori rispetto ai centri maggiori. Se questa richiesta può apparire corretta dal punto di vista clinico (i centri più piccoli assistono sostanzialmente parti in gravidanze a basso rischio) appare molto più complesso dal punto di vista organizzativo.

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 1000-2.499 parti anno) una riduzione della frequenza di TC di circa 1-2 punti percentuali.

STIMA DEL TASSO IDEALE DI TAGLIO CESAREO DI POPOLAZIONE IN ITALIA

La tabella 6 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, frequenza di parto multiplo, 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”.

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'obiettivo 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 26-28%

TABELLA 6. Percentuale di TC attribuibili a specifiche caratteristiche della popolazione italiana

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
Richiesta materna	2-3
Aspetti organizzativi: centri piccoli	1-2

*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):771-8 See comment in PubMed Commons belowStivanello 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 cesarizzate - anche se di difficile ad oggi quantificazione sulla base dei dati pubblicati - possono anch'esse probabilmente essere stimate attorno a circa l'1%.

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 et al. 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), 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 et al Effect of fear of litigation on obstetric care: a nationwide analysis on obstetric practice. *Am J Perinatol.* 2011 Apr;28(4):277-84)

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.

CONCLUSIONE

Le osservazioni prima elencate suggeriscono come nei documenti di programmazione sanitaria il tasso di taglio cesareo ideale deve essere sempre contestualizzato allo specifico della situazione italiana. Il ripetere 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 primari. 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). Sarebbe inoltre utile che il taglio cesareo su richiesta materna venga 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;

Infine 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;

Le considerazioni sul tasso di TC qui riportate fanno 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).

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

Riteniamo quindi opportuno che alle considerazioni suesposte si aggiungano 2 punti fondamentali:

■ Sarebbe opportuno un chiarimento definitivo da parte ministeriale sulla classificazione dei centri di primo e secondo livello che non si può assolutamente limitare esclusivamente al numero dei parti/anno. Il primo motivo è che

la denatalità crescente richiede una modifica dei parametri adottati e il secondo motivo è che il numero dei nati va parametrato in rapporto al numero di posti letto dedicati alla ostetricia e al personale medico/ostetrico operante in un determinato punto nascita.

Infatti, il criterio del numero di parti derivava dalla considerazione che nei centri a maggiore numerosità di nascite esiste una maggiore expertise degli operatori ma questo criterio non può essere avulso dal parametro medici posti letto e quindi dal calcolo di quanti parti assiste ciascun operatore e quale è effettivamente la intensità di lavoro di un determinato punto nascita e la complessità affrontata. Quindi la classificazione del punto nascita di secondo livello deve rispondere ad altri criteri quali: la presenza della TIN, la presenza di chirurghi ginecologi oncologi, la presenza di radiologia interventistica, banca del sangue, Terapia intensiva e Rianimazione, risorse umane, risorse tecniche e consulenze specialistiche accessorie.

■ Per rendere effettivamente comparabili le percentuali di tagli cesarei primari bisognerebbe escludere dal calcolo tutti i casi in cui il taglio cesareo è indicato tassativamente.

Se infatti si è voluto assumere l'indicatore "TC primari" è perché sulla indicazione al cesareo per i tagli cesarei pregressi si è deciso considerare questi casi (cioè le pazienti con pregresse incisioni sull'utero) come necessari e quindi da escludere. Per lo stesso motivo bisogna escludere dal conteggio dei tagli cesarei primari anche le pazienti con presentazioni di podice, fronte e spalla non prima delle 39 settimane di gestazione, le condizioni di placenta previa major e placenta accreta, le condizioni in cui il peso stimato del feto sia superiore a 4,5 kg nelle donne diabetiche (non prima delle 38 settimane), la gravidanza gemellare monocoriale e monoamniotica a 32 settimane definite infezioni virali (lesioni primarie da HSV; HIV; coinfezione da HIV e HCV). Tutto ciò renderebbe più chiara e comparabile l'attività ostetrica, specie dei centri di riferimento in cui la concentrazione di casi a rischio o con patologie è più alta e consentirebbe ad un numero maggiore di punti nascita di rientrare come tasso di TC primari al di sotto del 23-27 %, come quanto richiesto dal Ministero.



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