



TAVOLA ROTONDA
Il taglio cesareo: quando e perché
Milano, 23 marzo 2010
ore 14.30

Documento Informativo

A cura di Pilar Montilla

Premessa

L'Italia è uno dei paesi europei con il tasso di taglio cesareo più alto, oltre il 38% delle nascite avviene in questo modo. Il costante aumento dei tagli cesarei ha stimolato un intenso dibattito sull'analisi dei costi/benefici associati al diffuso utilizzo di questo intervento chirurgico. Sebbene il taglio cesareo oggi sia più sicuro rispetto al passato, rappresenta un intervento chirurgico vero e proprio legato quindi a possibili rischi per la madre e il bambino. Secondo the United Kingdom Confidential Enquiry sulle morti materne, un parto cesareo elettivo senza una situazione di emergenza o una necessità clinica, presenta una possibilità di morte materna 2.84 volte maggiore rispetto a un parto vaginale. Questo dato suggerisce che quando il tasso di taglio cesareo in una popolazione aumenta oltre i livelli clinici necessari, i rischi possono superare i benefici⁽¹⁾.

Il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 riafferma il principio di adesione a linee guida e protocolli per un appropriato ricorso al parto con taglio cesareo. Il Ministero del Welfare italiano, sulla base dell'analisi demografica ed epidemiologica della popolazione femminile italiana e dei relativi comportamenti riproduttivi, ha raccomandato di non superare la soglia del 20% di parti cesarei.

Il tasso di parti cesarei in Italia ha una grande variabilità interregionale, soprattutto con un forte gradiente Nord – Sud a sfavore di quest'ultimo. Le Regioni che hanno un'altissima frequenza di tagli cesarei sono la Campania (60%), la Sicilia (52,4%), il Molise (48,9%), la Puglia (47,7%) e la Basilicata (54,4%). Valori significativamente inferiori (tra il 24% e il 28%) si riscontrano a partire dalla P.A. di Bolzano, in Friuli V.G., in Toscana, nella P.A. di Trento e in Lombardia.

Nella regione Lombardia, una delle più virtuose in Italia in materia del basso tasso di tagli cesarei, il **40% degli ospedali lombardi ha superato il 30% di cesarei**, percentuale peraltro fortunatamente ben inferiore al 60% superata dalla Campania, ma comunque molto al disopra del 15% suggerita dall'O.M.S e del 20% indicata dal Ministero della Salute.

¹ Maternal Mortality and Mode of Delivery, Lancet 1999 e Why Mothers Die. Report on confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom 1994–96. London: Stationery Office, 1998).

Secondo dati parziali del 2009 sulla natalità in Lombardia, il tasso del taglio cesareo nella regione è pari al 28%, ma è in costante crescita. Tra il 2001 e il 2010 la percentuale di tagli cesarei è passata dal **21,3%** al **28,1%**.

Vi sono 4 elementi da analizzare:

1. Il contesto in cui si ricorre al taglio cesareo
2. La frequenza di parti cesarei secondo la tipologia del punto nascita
3. Le azioni di monitoraggio dalla Direzione Sanità della Regione Lombardia
4. Le proposte di azione della mozione parlamentare per contribuire alla riduzione del tasso del taglio cesareo in Lombardia.

1. Le cause del ricorso al taglio cesareo

In genere, ci sono principalmente tre situazioni in cui il taglio cesareo viene praticato:

- **Situazione di emergenza:** quando le circostanze durante il travaglio obbligano a indurre la nascita del bambino (**un intervento d'urgenza**).
- **Necessità clinica:** quando durante la gravidanza si evidenzia clinicamente la necessità di praticare un taglio cesareo (**un intervento medicalmente programmato**).
- **Scelta personale:** quando sulla base di una scelta fatta dalla donna o dal medico, si pratica il taglio cesareo (**un intervento elettivo**), senza l'esistenza di una situazione di rischio clinico per la madre e/o per il bambino.

Nel caso della Lombardia, secondo dati del 2005, usando la classificazione di Robson⁽²⁾, le differenze più significative nella proporzione dei tagli cesarei riguardano i gruppi che comprendono donne con cicatrice dell'utero da precedente intervento chirurgico (27%), seguite dai casi con presentazione/posizione fetale anomala (16,3%), patologia della gravidanza (14,6%) e situazione di emergenza durante il travaglio (11%). I parti senza carattere di urgenza sono circa 5%. L'incidenza di parti con cesareo aumenta con l'età (le donne maggiore di 34 anni si tocca il 100% nelle gravidanze per le cinquantenni), ma anche nelle ragazze giovani (14-15 anni) c'è un picco del 33% che poi scende al minimo intorno ai 20 anni per poi risalire.

2. Le strutture punto nascita

Tra i fattori che condizionano la pratica del taglio cesareo ci sono: l'accesso a un supporto continuo durante il travaglio, l'assistenza ostetrica, medica e tecnologica durante il parto ed il tipo di struttura del punto nascita. Secondo i dati della Direzione Sanità 2008, in Lombardia sono attivi 74 centri nascita, 63 pubblici e 11 privati. I neonati assistiti nelle strutture pubbliche sono 85.536 (87%), quelli assistiti nelle Case di Cura private 12.562 (13%).

La tabella No.1 presenta una classificazione della tipologia di punto nascita secondo il numero dei neonati assistiti.

² La classificazione di Robson è ampiamente validata a livello nazionale e internazionale per l'analisi dei dati sul taglio cesareo

Tabella1. Ricorso al taglio cesareo per tipologia di punto nascita

Numero di nati	Strutture Private	Strutture Pubbliche	Numero parti Totale	%parti Totale	Numero parti cesarei	%parti cesarei
< 499	2	6	2.823	3%	1.018	36%
> 500 e < 1000	5	23	20.422	21%	6.301	31%
> 1000 e < 1500	1	18	23.779	24%	6.177	26%
> 1500	3	17	51.074	52%	14.234	28%
Totale	11	63	98.098	100%	27.730	28%

Fonte: Direzione Generale Sanità Regione Lombardia – Anno 2008 – Strutture Sanitarie

Le strutture sanitarie con un numero di parti annuo inferiore a 500 sono solo 8 e nella maggior parte dei casi sono strutture pubbliche (6 punti nascita); le strutture di questa categoria presentano tassi di taglio cesareo superiore al **35%**.

Le strutture sanitarie con un numero di nati tra 500 e 999 presentano tassi di cesareo superiore al 31%. Vale la pena evidenziare che le cinque strutture private di questa categoria, hanno un tasso di tagli cesarei superiore al **40%**.

Le strutture sanitarie con un numero di nati tra 1000 e 1499 presentano il tasso di parti cesarei più basso (26%); ad evidenziare il fatto che l'unica struttura privata di questa categoria, la Casa di Cura Ponte S.PIETRO, con un numero di parti annuo di circa 1100, ha un tasso di taglio cesareo eguale al 20%, come raccomandato dal Ministero.

Un'adeguata struttura sanitaria dovrebbe disporre di un'organizzazione adeguata, di risorse umane esperte e disponibili, di un'equipe di Terapia Intensiva Neonatale (TIN) per garantire livelli di sicurezza di fronte ad un'emergenza nel corso di un parto vaginale. Nel caso della Lombardia, anche le strutture sanitarie con un numero di nati superiore a 1500, dotate delle risorse sopracitate, hanno un tasso di cesarei superiore al **28%**; i casi sono diversi: mentre l'IRCCS Policlinico di Milano, con **6790** parti annuo, ha un tasso di parti con taglio cesareo pari al **41,62%**, l'ospedale S. Gerardo di Monza con **2915** parti ha un tasso del **18,35%** di cesarei.

In Lombardia 25 ospedali hanno tassi di parto con taglio cesareo tra il 10% e il 25%. Tra i più virtuosi (con un numero di parti annuo superiore a 1000) con tassi di taglio cesareo inferiore al 15%, possiamo segnalare l'Ospedale Sacra Famiglia di Erba (10,6%) e il Vittorio Emanuele di Carate Brianza (11,5%). Tra gli ospedali meno virtuosi, il record assoluto va all'Istituto Clinico Città di Pavia (**54,5%**) seguito, ma a lunga distanza, dall'Ospedale Beato Matteo di Vigevano a pari merito con l'Istituto Clinico Città di Brescia (46,5%).

Entrando nei dati di ogni provincia, forniti dalla Direzione Sanità, Brescia detiene il record con il 38,7%, seguita da Mantova (34,41%) e Milano città (31%). Intorno al 30% troviamo Pavia, Lodi, Lecco e Cremona; al 25%, Bergamo, Varese, Sondrio, Como.



3. Azioni di monitoraggio

Al fine di monitorare la riduzione dei tagli cesarei, sarebbe importante fare un'attività di controllo sulle seguenti variabili:

- Numero totale di parti effettuati nel periodo di riferimento
- Numero di cartelle cliniche di parto cesareo controllate
- Numero di casi valutati inappropriati e relative sanzioni o altre determinazioni

4. Proposte di Azioni

Inoltre, la Regione può anche considerare le seguenti azioni:

- Investire risorse nel ridurre la frequenza del taglio cesareo nelle primipare e nelle pluripare con feto singolo, a termine di vertice, potenziando gli organici delle ostetriche
- Premiare i centri che raggiungono obiettivi di contenimento
- promuovere capillari campagne di informazione dedicate in particolare alle donne sui rischi del taglio cesareo non necessario

La mozione

Dal frutto del lavoro svolto in occasione del "1° Incontro istituzionale sulla Salute riproduttiva: Fattori critici della Salute Materno Infantile", promosso dall'Organizzazione Mondiale della Salute (O.M.S.), dalla Partnership per la Salute Materna, e dall'Osservatorio nazionale per la salute della donna (O.N.Da), con la partecipazione di un gruppo di Parlamentari italiane, nel giugno, 2009 è stata approvata dal Senato italiano una mozione bipartisan sull'appropriato ricorso al parto con taglio cesareo in Italia.

La mozione invita le Regioni e le Province Autonome, a intraprendere le seguenti azioni:

- adeguarsi alle migliori Linee Guida già esistenti sul parto cesareo
- promuovere l'appropriatezza del parto cesareo, attraverso l'utilizzo di strumenti informativi adeguati a rilevare tutte le informazioni possibili legate alla fase pre-natale, all'evento nascita e al monitoraggio ad un anno dalla nascita del bambino;
- promuovere l'introduzione e lo sviluppo degli strumenti di audit e feedback, (in termini anche di software per il calcolo degli indicatori, manuali e schede per le attività di audit), che permettano di identificare variabili che sono importanti per controllare alcune delle cause dell'elevato ricorso al taglio cesareo (dati epidemiologici, percentuali di tagli cesarei elettivi e ripetuti, richieste di tagli cesarei da parte delle donne);
- fornire consulenze e distribuire materiale informativo alle donne gravide sui corsi pre-parto, sui vantaggi e svantaggi del parto cesareo, sul tipo di intervento, sui rischi ed i benefici e sulle implicazioni per le gravidanze future, da distribuire presso consultori ed ambulatori pubblici e privati;
- intraprendere azioni al fine di garantire i requisiti minimi strutturali ed organizzativi nei luoghi dedicati alla gravidanza e alla nascita e la redazione di protocolli regionali vincolanti per l'assistenza neonatale;



- intraprendere azioni al fine di promuovere l'assegnazione di maggiori risorse alle autorità sanitarie regionali e agli ospedali per garantire l'epidurale gratuita ed accessibile come un diritto delle donne a partorire con meno dolore;
- promuovere misure e azioni volte a garantire a tutte le donne uguali opportunità nell'accesso a servizi completi di salute sessuale e riproduttiva, così come ad incrementare la loro consapevolezza sui loro diritti e sui servizi disponibili.

Conclusioni

Alla luce della situazione sopra delineata e delle proposte di azioni suggerite, risulta importante che la Regione Lombardia si impegni in modo particolare nell'applicazione e nell'aggiornamento delle Linee Guida sul parto cesareo, nell'utilizzo di strumenti di monitoraggio per identificare i motivi specifici che portano ai parti cesari, nella promozione dell'anestesia epidurale durante il parto, nelle campagne d'informazione per promuovere la naturalità del parto fisiologico e diminuire il ricorso al parto cesareo, e nell'individuazione di requisiti minimi strutturali ed organizzativi nei luoghi dedicati alla gravidanza e alla nascita.