I parti con taglio cesareo **sono la normalità?**

L'influenza del contesto culturale e organizzativo dell'offerta di servizi sanitari

Il dato epidemiologico

Il ricorso al taglio cesareo primario in Italia è tra i più elevati in Europa, è diminuito lentamente nel corso degli anni, passando da una media del 25 per cento nel 2015 al 23 per cento nel 2023[1]. Tuttavia, queste percentuali restano ben al di sopra della soglia del 10-15 per cento raccomandata dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms), considerata ottimale per garantire il massimo beneficio complessivo per la madre e il bambino[2,3]. Inoltre il dm70/2015 ha stabilito una quota massima di taglio cesareo primari del 25 per cento per le strutture con oltre 1000 parti all'anno e del 15 per cento per quelle con volumi inferiori. Escludendo le strutture con meno di 500 parti all'anno, la cui chiusura era già prevista dall'Accordo Stato-Regioni del 2010, nel 2023 solo il 14 per cento dei punti nascita con meno di 1000 parti all'anno e il 68 per cento di quelli con oltre 1000 parti hanno rispettato le proporzioni indicate dal dm 70/2015.

In Italia si evidenzia inoltre una marcata eterogeneità tra le Regioni, con un netto gradiente nord-sud e una variabilità anche all'interno delle stesse Regioni, attribuibile a una diffusa sottovalutazione dei benefici e dei rischi legati alle diverse modalità di parto. In alcune Regioni, per esempio, esistono ancora strutture con percentuali di tagli cesarei superiori al 40 per cento (in Campania, Sicilia, Puglia, Lazio e Lombardia). Un altro aspetto rilevante è l'analisi dei punti nascita in relazione alla dimensione e alla tipologia di struttura (pubblica o privata), che mostra un minor ricorso al taglio cesareo nelle strutture pubbliche con alti volumi di parti[1].

Per una valutazione complessiva dell'appropriatezza clinica in ambito perinatale può essere utile combinare il ricorso al taglio cesareo con le percentuali di parti vaginali dopo cesareo e di episiotomie. Si osserva un aumento di parti vaginali dopo cesareo, sebbene resti su valori bassi (dall'8 per cento nel 2015 al 12 per cento nel 2023), mentre il ricorso all'episiotomia si è drasticamente ridotto, passando dal 24 per cento all'11 per cento nello stesso periodo. Permane una forte variabilità inter- e intra-regionale con un gradiente nord-sud a sfavore delle regioni meridionali. La maggior parte delle regioni del sud registra alti livelli di taglio cesareo, basse percentuali di parti vaginali dopo cesareo e un frequente ricorso all'episiotomia. Al contrario, nelle Regioni del nord si rileva un minore ricorso al taglio cesareo, un maggiore utilizzo di parti vaginali dopo cesareo e un uso ridotto dell'episiotomia.

In questo contesto epidemiologico, in cui l'Italia si distingue per avere un tasso di cesarei significativamente superiore alla media raccomandata, con notevoli variazioni regionali che suggeriscono un pattern non esclusivamente clinico ma anche culturale e organizzativo, l'abitudine al parto cesareo pone diverse questioni, sia per la salute pubblica che per l'efficienza del sistema sanitario.

Carlo Piscicelli

Specialista in ostetricia e ginecologia

Consultant senior

Fondazione Policlinico Gemelli

Paola Colais

Dipartimento di epidemiologia

Servizio sanitario regionale del Lazio Asl Roma 1

L'Italia si distingue per avere un tasso di cesarei significativamente superiore alla media raccomandata, con notevoli variazioni regionali.

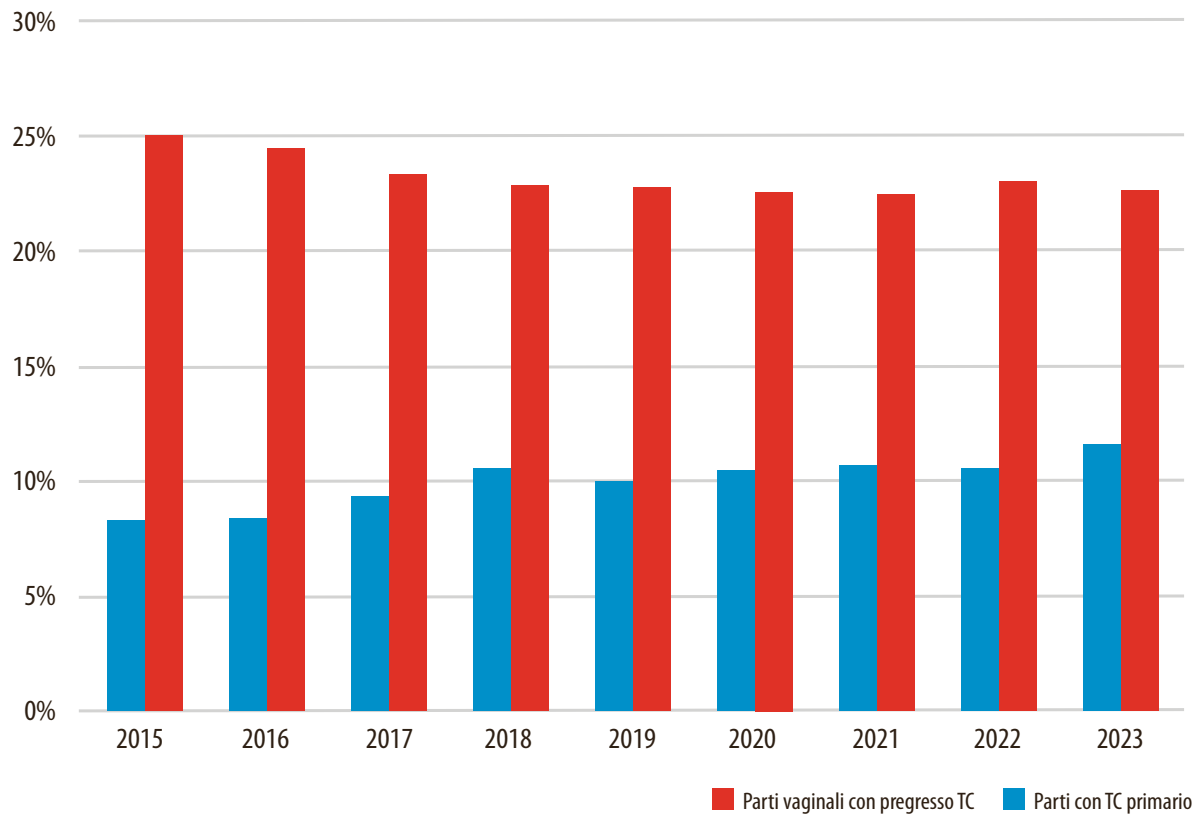
Riflessioni cliniche

Va chiarito subito che il taglio cesareo è una scelta obbligata in situazioni specifiche. In caso di placenta previa o in presenza di un prolasso del cordone ombelicale, il cesareo non solo è preferibile ma rappresenta un intervento salvavita.

Tutti conoscono mamme che hanno avuto un taglio cesareo, quasi sempre stanno bene e sono soddisfatte. Tuttavia, nella maggior parte dei casi, il cesareo non rappresenta l'opzione migliore per il parto. L'evidenza scientifica e il consenso degli esperti concordano sul fatto che i cesarei comportano, in media, maggiori rischi rispetto ai parti vaginali: perdita di sangue più abbondante, un aumentato rischio di infezioni, complicanze trombotiche, una mortalità materna più elevata, ma ciò che rende il cesareo ancora più insidioso è il fatto che il rischio maggiore si verifica nei successivi interventi. Gli ostetrici sono i chirurghi che incidono la stessa cicatrice più volte e ciò rende la situazione decisamente più complicata. Un terzo cesareo, per esempio, non lo si fa fare ad un giovane ostetrico ma ad un medico con maggiore esperienza. Il rischio di placenta accreta raddoppia al secondo cesareo ma aumenta di ben 7 volte dopo 3 o più cesarei[4]. In questi casi le mamme possono sanguinare molto, rischiano di fare una trasfusione, di subire un'isterectomia e persino di perdere la vita.

Perché, allora, i medici continuano a eseguire così tanti tagli cesarei non necessari o, come si dice in termini tecnici, "senza un'indicazione clinica"?

Le ragioni sono molteplici. In primo luogo, c'è un fattore demografico: oggi si registra un aumento di obesità, ipertensione e diabete, le mamme sono più anziane, molte ricorrono alla procreazione medicalmente assistita e tutto ciò genera un carico di preoccupazione maggiore. →



Fonte: Pne - Programma nazionale esiti.

→ Uno degli aspetti che rende il parto un evento unico è la necessità di considerare gli interessi di due pazienti: madre e bambino. Talvolta i loro interessi sono allineati, altre volte entrano in conflitto e, in questi casi, "il bambino vince". Ciononostante, questi fattori spiegano solo in parte l'incremento del ricorso al parto cesareo, dato che la crescita si osserva anche tra donne giovani e in salute.

Esiste anche un problema economico, dato che il rimborso per un cesareo è più alto rispetto a un parto vaginale. Sebbene la maggior parte dei medici ospedalieri non decida in base alla tariffa e spesso non conosca la differenza di drg (diagnosis related groups, raggruppamenti omogenei di diagnosi) tra cesareo e parto vaginale, il sistema attuale crea comunque un vantaggio economico a favore dei cesarei, disincentivando la pratica di eseguire un parto vaginale.

La maggior parte degli interventi viene eseguita nella cosiddetta "zona grigia", dove i confini tra necessario e non necessario sono sfumati come, per fare degli esempi, il lento progredire del travaglio o quando viene messo in dubbio il benessere del bambino sulla base di un tracciato cardiotocografico fetale, nonostante l'evidenza indichi questo esame inadeguato nell'identificare i bambini realmente a rischio di morte o di paralisi cerebrale. Nel caso in cui il travaglio proceda lentamente, i progressi sembrino incerti o il tracciato cardiaco fetale sia dubbio, è facile scegliere il cesareo rispetto alla gestione del travaglio.

Anche il timore di una denuncia, in caso di esiti negativi per il bambino, è un fattore che può spingere i medici verso il cesareo. Questo è particolarmente vero nei contesti ospedalieri avversi al rischio, dove l'obiettivo di aumentare la sicurezza può, di fatto, esercitare pressioni verso l'intervento chirurgico.

Vi è poi la complessità dell'ambiente del parto. Le gestanti oggi partoriscono in ospedale, distese in un letto di degenza, spesso con una flebo e una continua sorveglianza dei parametri vitali. Le nostre sale parto sembrano delle unità di terapia intensiva. Ciò che le diversifica è che, accanto alla sala parto, vi è anche una sala operatoria. Se prendiamo una mamma sana, la mettiamo in terapia intensiva e la circondiamo di chirurghi, la probabilità di essere sottoposta ad intervento chirurgico è più alta.

In Italia, il ricorso al taglio cesareo è stato storicamente molto frequente: nel 2008, più di una donna italiana su tre partoriva con questa modalità. Negli ultimi anni, si è registrata una lieve diminuzione nella proporzione di parti cesarei, un andamento riscontrabile anche tra le donne senza pregresso cesareo. Poche donne con un precedente cesareo hanno un parto naturale, ma la percentuale di questi casi è in leggero aumento.

Altro elemento da considerare, che rappresenta un fenomeno in costante aumento e difficilmente intercettabile dai sistemi di monitoraggio, è la richiesta della gestante a partorire con il cesareo. Se il medico e la gestante discutono sulla modalità del parto, sui rischi e sui benefici e giungono alla conclusione che il taglio cesareo, anche quando non è strettamente necessario, è la modalità corretta di parto, non vi è nulla di male. Il diritto all'autodeterminazione materna va rispettato. Il problema è che quest'incontro ideale tra medico e gestante che insieme prendono una decisione realmente obiettiva e basata su una esaustiva informazione è difficile da realizzare.

Infine, è sempre facile giustificare un cesareo e questo è un altro elemento insidioso. Se il bambino nasce pallido, cianotico pensiamo "meno male che abbiamo fatto un taglio cesareo"; se invece è roseo e vivace, diciamo sempre "meno male che abbiamo fatto un taglio cesareo". In entrambi i casi, si tende a credere di aver preso la decisione giusta.

Un dato che colpisce è la variabilità tra punti nascita, che, pur avendo simili volumi di parti e analoghi livelli di assistenza perinatale, presentano tassi di cesarei molto diversi.

Ora, nel caso in cui qualche lettore pensi che il tasso di tagli cesarei è così alto perché i medici vogliono guadagnare di più, lasciare prima l'ospedale, cautelarsi dal rischio medico-legale, assecondare superficialmente la volontà della donna, non è affatto questo che stiamo sostenendo. Se fosse vero, i tassi di taglio cesareo sarebbero persino più alti di quanto sono in realtà. Piuttosto, sottolineiamo che l'assistenza medica è complessa e la gestione del travaglio subisce molte pressioni.

Un dato che colpisce è la variabilità tra punti nascita che, pur avendo simili volumi di parti e analoghi livelli di assistenza perinatale, presentano tassi di cesarei molto diversi. Questo dato evidenzia l'influenza del contesto culturale e organizzativo, che può avere un peso maggiore rispetto alle considerazioni puramente cliniche. In altre parole, il principale fattore di rischio per il cesareo non è la volontà della madre o il suo rischio clinico, ma la struttura ospedaliera che la gestante sceglie, la porta che attraversa. Capire cosa rende l'ospedale "a" diverso dall'ospedale "b" è fondamentale.

Per questo motivo, le linee guida dell'Oms hanno posto l'accento sui fattori non clinici, raccomandando numerose strategie tra cui feedback periodici per aiutare le strutture a identificare trend in aumento e implementare strategie correttive, il secondo parere obbligatorio nei casi di un cesareo su richiesta materna e un'assistenza centrata sulle ostetriche[5]. ◙

1. Programma nazionale esiti: Pne. https://pne.agenas.it
2. Who. Appropriate technology for birth. Lancet 1985;326:436-7.
3. Who. Statement on Caesarean Section Rates. Geneve (Swiss): Who Press, 2015.
4. National institutes of health consensus development conference statement. Vaginal birth after cesarean: new insights March 8-10, 2010. Obstet Gynecol 2010;115:1279-95.
5. Who recommendations: non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean sections, 2018.