

TAGLIO CESAREO: UNA SCELTA APPROPRIATA E CONSAPEVOLE

Le nuove Linee Guida del Sistema Nazionale Linee Guida



Ministero della Salute



I dati sul ricorso al taglio cesareo in Italia sono noti: il Paese è passato dall'11% sul totale dei parti del 1980 al 28% del 1996, fino a sfiorare il 38% nel 2008, conquistando il primo posto in Europa.

Altrettanto nota è la forte variabilità che si registra tra le diverse Regioni (dal 60% della Campania al 24% del Friuli Venezia Giulia) e tra le diverse tipologie di strutture in cui la donna partorisce (si passa dal 75% nelle case di cura private al 35% negli ospedali pubblici). Una variabilità, che come spesso avviene in sanità, può essere un forte indicatore di inappropriata delle pratiche messe in atto dagli operatori sanitari.

Utili a contrastare questo trend potranno rivelarsi le linee guida redatte dal Sistema nazionale per le linee guida pubblicate nel mese di gennaio 2012.

Il documento "Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole" (http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf) arriva a circa due anni dalla pubblicazione della prima parte della linea guida sul taglio cesareo, focalizzata sugli aspetti della comunicazione tra professionisti sanitari e donne, e si concentra

sulle indicazioni del cesareo programmato e d'urgenza, sintetizzate in 59 raccomandazioni. Il lavoro è frutto della collaborazione dell'Istituto e delle Società scientifiche coinvolte a diverso titolo nel percorso parto.

Le condizioni che costituiscono una chiara indicazione al cesareo non sono numerose:

- la presentazione podalica del feto;
- la presenza di lesioni primarie da *Herpes simplex* a livello genitale nell'ultimo trimestre di gravidanza;
- l'infezione da HIV (ma soltanto se la donna è in terapia antiretrovirale altamente attiva con carica virale plasmatica > 50 copie/ml, o in monoterapia con ZDV quale alternativa alla terapia antiretrovirale altamente attiva);
- la coinfezione da virus HIV e HCV in donne non in terapia HAART e/o con carica virale HIV plasmatica > 50 copie/ml);
- la placenta previa;
- una pregressa rottura dell'utero o un precedente cesareo con incisione longitudinale;
- una gravidanza gemellare monocoriale e monoamniotica (che costituisce comunque un'evenienza molto rara);
- il peso stimato del feto superiore ai 4,5 kg nelle donne diabetiche.

Sono da valutare invece i casi in cui:

- il feto è piccolo per età gestazionale (ma soltanto se presenta problemi rilevati agli esami strumentali);
- uno dei feti è in presentazione podalica nel corso di una gravidanza gemellare;
- è prevista una sproporzione cefalo-pelvica.

Le linee guida, inoltre, chiariscono che *non costituisce un'indicazione al cesareo*:

- un pregresso taglio cesareo;
- un travaglio pretermine;
- un'infezione da virus dell'epatite B o dell'epatite C;
- la gravidanza gemellare.

Il documento inoltre ha sottoposto a revisione le pratiche che, se effettuate durante il travaglio di parto, consentono di ridurre le probabilità di dover ricorrere al cesareo. Molto forti sono le evidenze scientifiche a favore del sostegno emotivo offerto alla donna durante il travaglio di parto, effettuato da persone con o senza una formazione specifica. Non sono invece disponibili prove con-

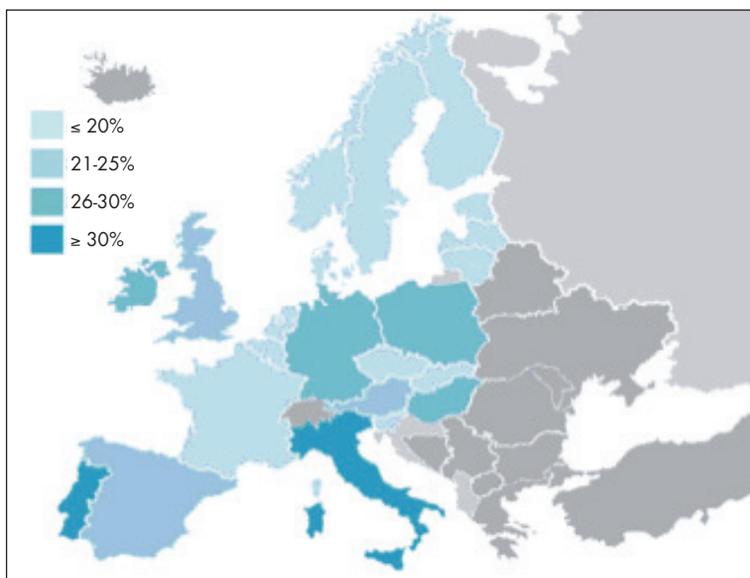


Figura 1. Percentuale di tagli cesarei in Europa (Fonte: European Perinatal Health Report, dicembre 2008).

clusive a favore del fatto che l'analgia perimidollare o pratiche come il parto in acqua riducano la probabilità del taglio cesareo. Queste procedure, tuttavia, precisano le linee guida, potrebbero avere un'influenza su altri esiti che sono al di fuori dello scopo del documento.

Dalla Prefazione al documento del Ministro della Salute

In Italia, il ricorso al taglio cesareo ha raggiunto livelli estremamente elevati e, nonostante il problema sia da diversi anni al centro del dibattito politico-sanitario, non si è ancora registrata alcuna significativa inversione di tendenza. Permane, inoltre, una spiccata variabilità nel confronto tra le regioni, ma anche all'interno di una medesima realtà regionale, tra punti nascita di differente tipologia amministrativa e volume di attività (con percentuali di cesarei nettamente superiori alla media nazionale nei reparti caratterizzati da basso numero di parti). Tale variabilità sembra peraltro riconducibile, in larga misura, a pratiche assistenziali non appropriate e devianti rispetto alle indicazioni cliniche basate sulle prove di efficacia.

È pur vero che la complessità del fenomeno richiede la messa a punto di strategie molteplici di intervento, in grado di coniugare misure di programmazione sanitaria finalizzate a disincentivare gli eccessi della medicalizzazione, con iniziative formative ed educative volte a modificare gli atteggiamenti e orientare i comportamenti degli operatori sanitari e delle donne alle prese con l'esperienza della maternità.

Sul versante organizzativo, si avverte la necessità di rivisitare l'intero percorso nascita, di cui il parto rappresenta l'evento culminante ma non unico, a partire dalla ridefinizione dei criteri per la razionalizzazione dell'offerta assistenziale (dotazione ottimale di posti letto nei reparti di ostetricia e neonatologia; numero minimo di

parti per punto nascita; parametri per la classificazione delle strutture sanitarie in base al livello di complessità).

Nel contempo, serve approntare nuovi modelli organizzativi, capaci di integrare livelli e setting assistenziali diversi - in ambito territoriale e ospedaliero - e di differenziare i percorsi per la gravidanza fisiologica e quella a rischio o patologica.

A tale proposito sarebbe utile promuovere a livello regionale lo sviluppo di reti assistenziali basate sul modello hub&spoke, in modo da concentrare l'assistenza di elevata complessità in poche strutture di riferimento e demandare ai centri satelliti l'assistenza dei casi a basso rischio, in un rapporto di maggiore prossimità con gli assistiti. Dovrebbero, inoltre, essere rafforzate le politiche locali di contenimento della spesa e disincentivazione economica basate sulla rimodulazione tariffaria o l'abbattimento oltre determinate soglie di ammissibilità, fissate per differenti livelli di gravità clinica e/o tipologia di struttura.

Accanto ai provvedimenti di politica sanitaria occorre non demordere sul versante della promozione culturale, sostenendo attivamente la diffusione di comportamenti clinici appropriati nella pratica assistenziale corrente. In questa direzione vanno le linee guida del SNLG-ISS.

Un ulteriore elemento riguarda la necessità di un impegno concreto e indifferibile da parte del Servizio Sanitario Nazionale a sostegno dell'implementazione. Le LG rischiano di rimanere un esclusivo esercizio culturale se la loro diffusione tra gli operatori sanitari e i potenziali utenti non è adeguatamente sorretta da uno sforzo implementativo a livello locale, orientato alla messa in pratica dei contenuti delle raccomandazioni, mediante la realizzazione di percorsi organizzativi, protocolli diagnostico-terapeutici e attività specifiche di formazione...

Prof. Renato Balduzzi
Ministro della Salute