

L'eccessivo ricorso al taglio cesareo – analisi dei dati italiani

A. Fortino¹, L. Lispi¹, F. D'Ippolito², G. Ascone²

“Diminuire la frequenza dei parti per taglio cesareo, e ridurre le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando entro il triennio ad un valore nazionale pari al 20%, in linea con valori medi degli altri paesi europei, anche tramite una revisione del DRG relativo” costituisce uno degli obiettivi dello schema di Piano Sanitario Nazionale 2002-2004.

Con il “percorso nascita”, uno dei punti qualificanti del Progetto obiettivo materno infantile (D.M. 24 aprile 2000), si è suggerito che ad ogni parto venga garantito un livello essenziale ed appropriato dell'assistenza ostetrica e pediatrica/neonatologica, attraverso un'organizzazione a rete su base regionale o interregionale articolata in tre livelli, con differenti caratteristiche strutturali e competenze professionali.

In particolare è previsto, sotto l'aspetto ostetrico, che le Unità di I livello siano quelle che effettuano un volume di parti non inferiore a 500/anno e che, in assenza di patologie accertate, controllano la gravidanza ed assistono la gravida al parto in età gestazionale > 34 settimane; le Unità di II livello siano quelle che effettuano un volume di parti non inferiore a 800/anno, ed assistono gravidanze e parti a rischio, in età gestazionale > 32 settimane, in situazioni che non richiedono presuntivamente interventi di livello tecnologico ed assistenziale elevato tipiche del III livello, per la madre e per il feto; le Unità di III livello siano quelle che effettuano un volume di parti non inferiore a 1000/anno e che assistono gravidanze e parti a rischio elevato.

L'obiettivo che il Progetto propone è che, attraverso l'afferenza al punto nascita competente per bisogni di salute, almeno l'80% delle gravide e dei neonati ad alto rischio siano assistiti al III livello nonché la riduzione dei tagli cesarei in particolare nelle strutture di I e II livello. Come indicatori per valutare il raggiungimento di questi obiettivi vengono proposti la percentuale di gravide e neonati ad alto rischio assistiti al III livello, la percentuale di tagli cesarei per livello e la percentuale di “clienti” soddisfatti.

Le funzioni e gli standard di organizzazione forniti dal Progetto obiettivo per ognuno dei tre livelli, rappresentano un indirizzo orientativo da adattare alle varie esigenze di programmazione sanitaria e nell'ambito dei rispettivi piani aziendali.

Con riferimento allo specifico indicatore costituito dalla frazione di parti effettuati con taglio cesareo, tuttavia, non si può non rilevare la peculiare situazione esistente nel nostro paese, nel quale, contrariamente a quanto da tutti

¹ Direzione generale della programmazione sanitaria

² Direzione generale della prevenzione

auspicato e raccomandato, nel corso degli anni si assiste ad un aumento della frequenza relativa di tale procedura chirurgica, con valori nettamente superiori a quanto rilevato in altri paesi sviluppati e che ci pongono tra le nazioni a maggior frequenza di tagli cesarei.

Alcune indagini sono state effettuate per chiarire le dimensioni e le possibili cause di tale situazione. L'indicatore relativo all'incidenza dei tagli cesarei è stato posto quale oggetto di continua attenzione da parte del Ministero della salute ed è stato introdotto anche tra quelli che costituiscono il "Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria", di cui al D.M. 12 dicembre 2001. Per tale indicatore di appropriatezza clinica è stato stabilito, in detto decreto, un parametro di riferimento pari al 15-20%. Tale parametro di riferimento è stato individuato sulla base delle esperienze internazionali, che mostrano valori simili (o inferiori) nella maggior parte dei paesi europei, tra cui Francia, Germania, Spagna, Gran Bretagna e dell'osservazione di quanto avviene nelle diverse realtà regionali del nostro paese.

I rapporti annuali sulle attività ospedaliere, pubblicati dalla Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, mostrano per il triennio 1998-2000, una percentuale in lenta ma progressiva crescita, con valori annui pari rispettivamente a 31,4%, 32,9%, 33,2%.

L'aumento è dovuto principalmente ad alcune regioni ad altissima frequenza di taglio cesareo, tra le quali la Campania (dato 2000 pari al 53%), la Sicilia (42,5%), la Puglia (40,6%), la Basilicata (40,8%).

Altre regioni del Centro Sud mostrano valori inferiori e tendenze alla stabilità o ad un modesto miglioramento: ad esempio i valori osservati in Sardegna sono circa la metà di quelli della Campania mentre quelli della regione Lazio mostrano una iniziale inversione di tendenza (con diminuzione di circa il 3% nel triennio considerato).

Valori significativamente inferiori (circa il 20%) si riscontrano in regioni quali il Friuli V.G. che hanno operato da tempo scelte di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e di promozione dell'appropriatezza.

Se il ricorso al taglio cesareo fosse ricondotto in tutte le regioni italiane a quest'ultimo valore registrato in Friuli V. G. e prossimo al citato parametro di riferimento, si otterrebbe nel nostro Paese una riduzione annua di almeno 35.000 parti cesarei.

Né il tasso complessivo italiano, né il progressivo aumento nel tempo, né la distribuzione geografica regionale inducono a sostenere l'ipotesi secondo la quale l'eccessivo ricorso al taglio cesareo sia dovuto a carenze logistiche o di personale.

Nelle regioni con maggior frequenza di parto cesareo si osservano valori percentuali più elevati nelle strutture private (accreditate e non) che in quelle pubbliche (v. tabella 1). Per quanto riguarda le strutture private accreditate un caso particolarmente critico è costituito da quelle operanti nella regione Campania, che effettuano il 57% di tutti i tagli cesarei effettuati dalle strutture

private accreditate italiane, a fronte di una percentuale delle nascite in tale regione pari al 12,6% del dato complessivo italiano.

Nelle regioni con maggior frequenza di parto cesareo, anche nelle strutture pubbliche si registrano valori molto più elevati della media italiana.

Dai dati del Sistema informativo sanitario non risulta una relazione evidente, nelle diverse regioni, tra la consistenza numerica del personale ostetrico ed infermieristico ed il numero di parti; alcune regioni ad elevata frequenza di parti cesarei hanno una dotazione di personale sanitario maggiore di altre a bassa frequenza (quali Veneto o Lombardia).

L'eccessivo ricorso al taglio cesareo costituisce, quindi, un fenomeno complesso rispetto al quale possono evidenziarsi alcuni principali fattori esplicativi che di seguito saranno richiamati in modo schematico.

Anzitutto è rilevabile un "*fattore geografico*" evidente, con maggiore intensità del fenomeno in molte regioni del centro e, ancor di più, del sud; in tali regioni, l'eccesso si riscontra sia nelle strutture pubbliche che in quelle private accreditate.

Nell'ambito di tale concentrazione geografica, si evidenzia tuttavia un "*fattore organizzativo*", costituito dalla maggiore diffusione del taglio cesareo nelle strutture private accreditate, con particolare criticità in quelle della Campania.

Tale fattore è a sua volta probabilmente determinato dal numero medio di parti eseguiti: analisi condotte da questo Ministero hanno mostrato infatti una relazione inversa tra numero di parti complessivi e numero di parti cesarei.

Infine altri studi disponibili, nonché diverse esperienze condotte anche in Italia, indicano che un ruolo fondamentale è esercitato da aspetti "di processo", costituiti dalla variabilità del comportamento dei singoli medici anche operanti in simili condizioni organizzative o, a volte, nella stessa struttura sanitaria ("*fattore medico*"), dalla relazione medico-paziente-équipe sanitaria, dalla completa informazione e preparazione che il personale sanitario fornisce alle pazienti, dalla eccessiva medicalizzazione del percorso nascita.

Tab. 1: Distribuzione regionale dei parti totali e dei parti cesarei in strutture pubbliche e private – anno 2000

Regione	PARTI TOTALI				PARTI CESAREI					
	in strutture pubbliche	in strutture private accreditate	in strutture private	totale	in strutture pubbliche		in strutture private accreditate		in strutture private	
					numero	in % sul totale dei parti	numero	in % sul totale dei parti	numero	in % sul totale dei parti
PIEMONTE	33.778	184		33.962	9.133	27,0	98	53,3		
V. D'AOSTA	1.116			1.116	263	23,6				
LOMBARDIA	79.222	5.418	449	85.089	18.126	22,9	1.775	32,8	264	58,8
P.A. BOLZANO	5.058	240		5.298	939	18,6	50	20,8		
P.A. TRENTO	5.022			5.022	1.286	25,6				
VENETO	41.869			41.869	10.639	25,4				
FRIULI V. G.	9.000	618		9.618	1.852	20,6	109	17,6		
LIGURIA	11.111			11.111	3.306	29,8				
EMILIA R.	32.426	1.043	37	33.506	9.056	27,9	434	41,6	27	73,0
TOSCANA	27.693	292		27.985	6.737	24,3	92	31,5		
UMBRIA	7.085			7.085	1.880	26,5				
MARCHE	11.354	1.084		12.438	3.692	32,5	447	41,2		
LAZIO	39.681	6.375	1.671	47.727	12.607	31,8	2.301	36,1	805	48,2
ABRUZZO	9.949	427		10.376	3.586	36,0	196	45,9		
MOLISE	2.550			2.550	912	35,8				
CAMPANIA	37.303	28.099		65.402	17.550	47,0	17.347	61,7		
PUGLIA	37.448	4.649	157	42.254	14.967	40,0	2.090	45,0	99	63,1
BASILICATA	5.012			5.012	1.981	39,5				
CALABRIA	13.209	5.251		18.460	4.492	34,0	2.430	46,3		
SICILIA	35.341	4.197		39.538	14.337	40,6	2.428	57,9		
SARDEGNA	11.318	1.550		12.868	3.139	27,7	335	21,6		
TOTALE	456.545	59.427	2.314	518.286	140.480	30,8	30.132	50,7	1.195	51,6

Fonte: Scheda di dimissione ospedaliera 2000