

ANALISI DELLA FREQUENZA DI TAGLIO CESAREO SECONDO LE CLASSI DI RISCHIO CLINICO

Francesco Maneschi, Michele Sarno, Valentina Vicaro, Cristina Pane,
Irene Ceccacci, Alessia Simeone

Unità Operativa Complessa di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale Santa Maria Goretti - Latina

Indirizzo per corrispondenza: Dott. Francesco Maneschi

Unità Operativa Complessa di Ginecologia e Ostetricia, Ospedale Santa Maria Goretti

Via Guido Reni snc, 04100 Latina (LT) Italia

tel e fax: +39 0773 6553870; e-mail: francesco.maneschi@tin.it

ABSTRACT

Discussion about what Caesarean Section (CS) rate should be considered as adequate is a matter of debate. In this study the Robson classification system has been adopted retrospectively to a population of women who had a registered birth in 2 hospital of central Italy: S.Maria Goretti hospital in Latina (A) and Regina Elena in Priverno (B).

During the year 2006, in the 2 hospitals 1640 women in the hospital A, and 492 in the hospital B gave birth to 2161 babies. Respectively the rate of CS in both hospitals was 30% and 38%.

The clinical group most represented in both hospitals was that of women at first pregnancy, cephalic presentation (group 1). The clinical group mainly contributing to the total C-section rate was that including the women with previous CS (group 5) in hospital A, and group 1 in hospital B. Women with singleton pregnancy, cephalic, nulliparous/multiparous in which CS was performed before onset of labour (group 2b and 4b), and women with singleton pregnancy, cephalic (group 10), contributed only 5% to all CS. The analysis of CS rate according to clinical groups classification makes it possible to understand the obstetrics management of each hospital, and to identify the main contributors to the total CS rate, in order to tailor educational programs.

Key words: *caesarean section, classification system, Robson groups*

RIASSUNTO

In questo studio il sistema di classificazione, basato sulla identificazione prospettica di gruppi di donne con specifiche frequenze di taglio cesareo (TC) ideato da Robson, è stato applicato retrospettivamente alle partorienti di due ospedali del Lazio. Nel 2006, sono stati espletati 1640 parti nell'ospedale S. Maria Goretti di Latina (ospedale A), e 492 nell'ospedale Regina Elena di Priverno (ospedale B). Il tasso di TC è stato rispettivamente del 30.2% e il 38%.

La classe di rischio clinico più rappresentata è stata quella delle primipare a termine, con presentazione cefalica (classe 1). Il tasso di TC in questa classe è stato del 13% nell'ospedale A e il 40% nell'ospedale B. La classe che più ha contribuito al totale dei cesarei è stata quella delle donne precesarizzate (classe 5) nell'ospedale A e la classe 1 nell'ospedale B. Questo sembra indicare una differente condotta ostetrica nei due ospedali.

Il contributo al totale dei TC delle classi 2a e 4a, (TC prima del travaglio) e della classe 10 (età gestazionale < 37 settimane) è stato marginale. La suddivisione in classi di rischio clinico sembra offrire un quadro della condotta ostetrica di ogni realtà operativa, e potrebbe identificare le situazioni cliniche maggiormente responsabili del totale dei TC eseguiti, su cui orientare gli interventi di formazione continua.

Parole chiave: *taglio cesareo, classificazione, classe di rischio clinico*

INTRODUZIONE

Oggi il taglio cesareo è l'intervento di chirurgia ostetrica eseguito con maggiore frequenza. Alla fine degli anni settanta la percentuale dei parti effettuati con taglio cesareo in Italia si attestava intorno al 5% (1), successivamente ha subito un progressivo incremento, arrivando nel 2006 a cifre che si attestano intorno al 25-30% (2). Anche nel Lazio si osserva un simile andamento: in un periodo di venti anni, dal 1985 al 2005 i tagli cesarei sono aumentati dal 23% al 42.7% con un incremento pari all'85.7%. Confrontando questi valori con quelli di altre regioni italiane, il Lazio insieme alla

Campania, Basilicata, Sicilia, Puglia, Molise e Calabria si colloca ai primi posti, mentre altre regioni come la Lombardia, il Veneto e la Toscana presentano una frequenza di taglio cesareo notevolmente inferiore (al di sotto del 30%); il Friuli Venezia Giulia ha la frequenza più bassa (22%) (3).

Anche in altri paesi industrializzati come gli Stati Uniti e il Canada il ricorso al taglio cesareo è triplicato dagli anni settanta agli anni novanta, durante i quali negli USA il tasso globale si è attestato al 24% nel 1990 e al 22% nel 1999 (4), come conseguenza di una serie di interventi tesi a stabilizzare il fenomeno. Successivamente la linea di tendenza ha ripreso a salire raggiungendo nel 2003 il

27.5% e il 29.1% nel 2004 (5).

Sono molte le cause che hanno determinato l'aumento della frequenza del taglio cesareo; tanto che oggi non è facile individuare gli interventi tramite i quali governare questo fenomeno. Il miglioramento delle tecniche chirurgiche e dell'assistenza postoperatoria hanno generato la convinzione che il taglio cesareo sia privo di rischi. In realtà la mortalità materna attribuibile all'intervento è da 2 a 10 volte superiore rispetto al parto vaginale (6) e la frequenza di complicanze nel post-partum è almeno dieci volte più alta (7). Inoltre si stanno sempre più delineando gli effetti negativi sulle gravidanze successive quali la placenta previa e quella accreta (8).

Tra le cause va annoverata la presenza sempre più consistente nelle nostre sale parto di una generazione di medici educati a risolvere ogni problema con il taglio cesareo. Altre cause che sono state invocate sono: le mutate condizioni socio-culturali, oggi le donne tendono a posticipare l'età della prima gravidanza e ad avere meno figli e il ricorso al taglio cesareo cresce con l'aumentare dell'età della gestante (9); la possibilità di programmare la nascita e ridurre l'ansia della partoriente e dei familiari (10); il desiderio di diminuire la mortalità perinatale e di prevenire le complicazioni perinatali (11); e il timore dei medici e del personale paramedico di essere incolpati di negligenza, imperizia o inosservanza di norme, atteggiamento che conduce ad una medicina difensiva, attuata spesso per la pressione psicologica della gestante o dei familiari (10).

Non tutti hanno criticato l'aumento progressivo del ricorso al taglio cesareo. Alcuni come Baker e D'Alton (12) ne hanno evidenziato i benefici dimostrando che se è vero che dal 1965 al 1980 i tagli cesarei sono aumentati dal 5% al 18-25%, nello stesso periodo la mortalità perinatale è scesa dal 40% al 18-20%, anche se il calo di questo indice si è verificato pure dove la percentuale dei cesarei è rimasta molto contenuta (13). Recentemente è stato dimostrato che i maggiori rischi materni e i maggiori costi associati al taglio cesareo non sono bilanciati da un corrispondente e costante miglioramento degli esiti perinatali (14). Da una analisi della frequenza di taglio cesareo e della mortalità perinatale condotta regione per regione sono state evidenziate tre situazioni: regioni con un tasso medio di cesarei più basso della media nazionale e con bassa mortalità perinatale e morbilità neonatale; regioni con tassi simili alla media per tutte e tre le variabili; regioni con alto tasso di cesarei e un'alta mortalità perinatale e alta morbilità neonatale (14). Questa analisi sembra dimostrare la mancanza di una relazione tra frequenza di taglio cesareo e mortalità perinatale. Attualmente i vantaggi per il neonato sono confermati esclusivamente per la presentazione podalica, ma non per i feti in presentazione cefalica (15).

Tra le cause va annoverata la impossibilità di discernere nell'insieme rappresentato dal tasso globale di taglio cesareo, la frequenza relativa alle diverse indicazioni che portano all'esecuzione dell'intervento. La possibilità di eseguire questo tipo di analisi deve essere collegata all'impiego di un sistema di classificazione riconosciuto, condiviso e applicabile a livello internazionale.

Lo scopo principale di un sistema di classificazione è quello di migliorare la gestione del paziente, e il metodo con cui definire la suddivisione in gruppi è la parte più importante di qualsiasi sistema di classificazione. Infatti ogni cambiamento dei parametri stabiliti può determinare la variazione della stratificazione dei dati e della loro comparazione. E' quindi importante che una volta definiti i gruppi o le categorie, questi siano mutuamente esclusivi e totalmente inclusivi. Ciò significa che qualsiasi dato, classificato in base ad uno

specifico parametro o ad una combinazione di parametri, possa essere posto in un unico gruppo o categoria, e allo stesso tempo possa essere posizionato in uno dei gruppi o delle categorie disponibili nella classificazione. Il sistema di classificazione, inoltre, deve essere facile da comprendere e da implementare, e i suoi gruppi o categorie devono essere rilevanti da un punto di vista clinico.

La maggior parte degli studi sulla frequenza del taglio cesareo hanno dimostrato che il taglio cesareo è generalmente riconducibile a quattro indicazioni: pregresso taglio cesareo; presentazione anomala, distocia, e sofferenza fetale (16). Le stesse sono poi diventate categorie per il reperimento e l'analisi dei dati. Le classificazioni basate su questa metodologia di analisi presentano un problema fondamentale, infatti può accadere che lo stesso parto possa essere classificato in più di una categoria, smentendo così il criterio cardine della mutualità esclusiva. Per superare l'insieme di questi problemi, un nuovo sistema di classificazione basato sulla identificazione prospettica di gruppi di donne clinicamente rilevanti con specifiche frequenze di taglio cesareo è stato elaborato nel 2001 da M.S. Robson (16). Questa classificazione rende possibile una comparazione tra i risultati di una stessa unità operativa in tempi diversi, tra quelli di differenti unità operative, e tra quelli di diverse aree geografiche.

I concetti, e i parametri usati da Robson identificano gruppi di donne ben definiti, mutuamente esclusivi e totalmente inclusivi, prospettici e clinicamente rilevanti, di facile comprensione e organizzazione. I gruppi sono stati suddivisi usando i principali parametri utilizzati in ostetricia, presenti al momento del parto: la presentazione fetale (cefalica, podalica, trasversa e obliqua); la parità (nullipara, multipara con o senza cicatrice uterina); il numero di feti; il travaglio (spontaneo, indotto, taglio cesareo prima del travaglio) e l'età gestazionale. Utilizzando questi parametri sono stati definiti dieci gruppi idonei e clinicamente rilevanti che cercano di riflettere il più possibile la realtà clinica.

Questo studio si propone tramite l'applicazione della classificazione di Robson nella pratica clinica, di identificare le principali componenti che determinano il ricorso al taglio cesareo.

MATERIALI E METODI

Tutte le donne che hanno partorito in 2 ospedali del Lazio, ospedale S. Maria Goretti di Latina (Ospedale A) e ospedale Regina Elena di Priverno (Ospedale B), tra il 1/1/2006 al 31/12/2006 sono state classificate nelle 10 classi di rischio clinico. L'analisi dei dati è stata condotta in maniera retrospettiva e separatamente per ogni ospedale.

Le 10 classi principali (Tabella I) divengono 12 quando le classi che includono le pazienti primipare, classe 2, e pluripare, classe 4, con feto unico, età gestazionale \geq a 37 settimane, e presentazione cefalica, in cui è stato indotto il parto, vengono suddivise in *a*, quando il parto è stato indotto farmacologicamente, e in *b* quando il parto è stato espletato per via cesarea prima dell'inizio del travaglio. Le classi 2b e 4b rappresentano le donne in cui il taglio cesareo è stato eseguito in elezione.

Per ogni paziente sono stati analizzati i seguenti parametri: età; numero delle gravidanze; numero dei parti; presenza e numero di pregressi tagli cesarei; modalità del parto; numero di feti; presentazione fetale; età gestazionale; induzione farmacologica. Tutti i dati sono stati raccolti in un database.

Per ciascuno dei due ospedali è stato calcolato il numero totale

Tabella I. Le classi di rischio clinico.

CLASSE	DEFINIZIONE
classe 1	nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio spontaneo
classe 2a	nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, travaglio indotto
classe 2b	nullipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, cesareo elettivo
classe 3	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio spontaneo
classe 4 a	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, travaglio indotto
classe 4b	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale ≥ 37 settimane, no pregresso taglio cesareo, cesareo elettivo
classe 5	multipara, gravidanza singola, presentazione cefalica, pregresso taglio cesareo
classe 6	nullipara, gravidanza singola, presentazione podalica
classe 7	multipara, gravidanza singola, presentazione podalica, include pregresso taglio cesareo
classe 8	gravidanza multipla (include pregresso taglio cesareo)
classe 9	gravidanza singola, presentazione trasversa, obliqua... (include pregresso taglio cesareo)
classe 10	gravidanza singola, presentazione cefalica, età gestazionale < 37 settimane, include pregresso taglio cesareo

dei parti, il numero totale dei tagli cesarei, e la frequenza globale di ricorso al taglio cesareo. Le donne sono state suddivise nelle classi di rischio, e per ogni classe è stato indicato il numero totale delle partorienti, e quante tra queste sono state sottoposte a taglio cesareo. Questo dato indica la frequenza di taglio cesareo per ogni singola classe di rischio clinico. Per ogni classe è stato calcolato il peso percentuale sull'intera popolazione. Questo dato fornisce indicazioni circa le caratteristiche ostetriche della popolazione in studio. Per ogni classe di rischio clinico è stato inoltre calcolato il contributo percentuale dei tagli cesarei sul totale dei tagli cesarei eseguiti sull'intera popolazione in osservazione.

Per verificare se differenze nella distribuzione della popolazione ostetrica possono influenzare il tasso globale di taglio cesareo, la frequenza di taglio cesareo per ogni classe di rischio clinico osservata nell'ospedale A è stata applicata alle pazienti afferenti all'ospedale B, e il tasso globale di taglio cesareo è stato così ricalcolato.

RISULTATI

Nel periodo in esame negli ospedali considerati sono stati espletati 2132 parti. Nell'ospedale A si sono verificati 1640 parti, di cui 496 (30.2%) per via cesarea, e nell'ospedale B sono stati registrati 492 parti, di questi 187 (38%) per via cesarea.

La distribuzione delle gestanti nelle singole classi di rischio clinico, la frequenza di taglio cesareo per ogni singola classe di rischio clinico, e il peso percentuale di ogni singola classe di rischio clinico sul totale dei tagli cesarei è riportata nelle Tabelle II e III.

Dall'analisi della distribuzione delle gestanti nelle singole classi di rischio clinico si evince che in entrambe le unità operative le classi maggiormente rappresentate, con il 42% nell'ospedale A e con il 50% nell'ospedale B, erano quelle comprendenti le donne con gravidanza singola, presentazione

cefalica oltre le 37 settimane di amenorrea, e con il travaglio iniziato spontaneamente o dopo induzione farmacologica (classi 1 e 2a). Le donne con precedente esperienza di parto vaginale, le pluripare (classe 3 e 4a), erano il 35,4% nell'ospedale A e il 33% nell'ospedale B. Questi dati sembrano indicare una prevalenza delle primipare sulle pluripare nella popolazione osservata. L'induzione farmacologica del travaglio (classi 2a e 4a) è

Tabella II. Frequenza di TC secondo le classi di rischio clinico nell'Ospedale A.

Classe di rischio clinico	Numero pazienti	% sull'intera popolazione	Numero cesarei	% di taglio cesareo	Contributo al totale dei cesarei
1	562	34.2	73	12.9	14.7
2a	124	7.6	50	40.3	10
2b	12	0.7	12	100	2.4
3	535	32.6	27	5	5.4
4a	47	2.8	9	19.1	1.8
4b	9	0.5	9	100	1.8
5	207	12.6	207	100	41.7
6	43	2.6	43	100	8.6
7	21	1.3	21	100	4.2
8	17	1	17	100	3.4
9	2	0.1	2	100	0.4
10	61	3.7	26	42.6	5.2
Totale	1640	100	496	30.2	100

Tabella III. Frequenza di TC secondo le classi di rischio clinico nell'Ospedale B.

Classe di rischio clinico	Numero pazienti	% sull'intera popolazione	Numero cesarei	% di taglio cesareo	Contributo al totale dei cesarei
1	228	46.3	92	40.3	49.1
2°	26	5.2	2	7.6	1
2b	4	0.8	4	100	2.1
3	149	30.2	19	12.7	10.1
4°	14	2.8	0	0	0
4b	4	0.8	4	100	2.1
5	49	9.9	49	100	26.2
6	15	3	15	100	8
7	8	1.6	8	100	4.2
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0
10	1	0.2	1	100	0.5
Totale	492	100	187	38	100

stata utilizzata nel 10,4% dei casi nell'ospedale A e nel 8% dei casi dell'ospedale B.

Il taglio cesareo prima dell'inizio del travaglio (classe 2b e 4b) è stato effettuato nell'1,2% delle donne nell'ospedale A e nell'1,6% delle gestanti nell'ospedale B. Questo dato riflette in parte la richiesta di taglio cesareo in elezione da parte delle donne.

Il gruppo di donne con pregresso taglio cesareo e presentazione cefalica costituiva il 12,9% dell'intera popolazione ostetrica nell'ospedale A e il 9,9% nell'ospedale B.

La percentuale di donne con gravidanza singola, presentazione cefalica ed età gestazionale inferiore alle 37 settimane che hanno partorito nei due ospedali e delle donne con gravidanza plurima riflette il livello dell'assistenza perinatale dei singoli presidi ospedalieri considerati.

La percentuale di taglio cesareo nelle primipare con presentazione cefalica ed età gestazionale > 37 settimane (classe 1) è stata del 12,9% nell'ospedale A e del 40,3% nell'ospedale B. Analogamente la percentuale di taglio cesareo nelle pluripare con presentazione cefalica ed età gestazionale > 37 settimane

(classe 3) è stata inferiore nell'ospedale A (5%) rispetto a quanto osservato nell'ospedale B (12,7%). Questi dati sembrano suggerire una differente gestione del travaglio di queste pazienti nei due ospedali.

In entrambi gli ospedali esaminati il ricorso al taglio cesareo è stato sistematico nelle donne con pregresso taglio cesareo (classe 5), con presentazione podalica e trasversa (classe 6 e 7) indipendentemente dalla parità, e nelle gestanti con gravidanza plurima

(classe 8).

La classe di rischio che più ha contribuito, in termini percentuali al totale dei tagli cesarei eseguiti nell'ospedale A è stata quella delle donne con pregresso taglio cesareo (classe 5) con il 41,7% dei tagli cesarei eseguiti, mentre nell'ospedale B la classe che più ha contribuito al totale dei cesarei è stata quella delle donne alla prima gravidanza, a termine, con presentazione cefalica (classe 1) con il 49,1% dei tagli cesarei eseguiti in quella sede.

Applicando alla popolazione dell'ospedale B il tasso di taglio cesareo osservato in ciascuna classe di rischio clinico nell'ospedale A, il tasso globale di taglio cesareo ricalcolato sarebbe stato il 26,5%.

DISCUSSIONE

I risultati di questo studio sembrano suggerire che l'implementazione della classificazione secondo le classi di rischio clinico nella pratica clinica è semplice ed attuabile. L'analisi della popolazione ostetrica afferente ad una singola unità operativa e delle modalità del parto attuate secondo questa classificazione (16), permette di tratteggiare un quadro della popolazione afferente e della condotta ostetrica di ciascuna unità operativa.

La distribuzione delle gestanti nelle classi di rischio clinico ha mostrato che nella popolazione in studio la classe più rappresentata era quella delle donne alla prima esperienza gestazionale con presentazione cefalica che includeva il 40-50% delle gestanti. Questi dati sono simili a quelli riportati in analisi condotte sul territorio italiano per esempio in Emilia Romagna (17), ma

Tabella IV. Frequenza di taglio cesareo per classe di rischio clinico. Revisione della letteratura.

Classe di rischio clinico	Robson Wycombe Hospital (1997)	Thomas England and Wales (2001)	Baroncini Ospedale Civile di Piacenza (2004)	McCarthy RWH Melbourne (2005)
1	7.2	11.8	10.2	15.4
2	23.0	35.4	55.3	43.3
3	1.6	3.4	2.3	3.6
4	12.0	20.3	32.6	23.1
5	62.4	63.5	94.8	80
6	92.6	91.9	96.8	87
7	81.0	89.2	100	78.3
8	57.4	58.7	70	63
9	100	98.8	100	100
10	32.1	32.7	27	35
<i>Frequenza globale TC</i>	16,3	22,1	28	28,3

si differenziano rispetto ai dati riportati nella letteratura anglosassone nella quale le classi prevalenti sono quelle che includono le pluripare con presentazione cefalica (18). Dai dati osservati nei due ospedali emerge una differenza relativa alla percentuale di gestanti con pregresso taglio cesareo e a quelle con gravidanza < 37 settimane, che sono il 6% in meno nell'ospedale B rispetto all'ospedale A. Considerate la frequenza di taglio cesareo in queste classi e il loro contributo al totale dei tagli cesarei, la variazione anche piccola della distribuzione delle pazienti nelle singole classi di rischio clinico può modificare la frequenza globale di taglio cesareo, come dimostrato dal tasso globale di taglio cesareo ricalcolato nell'ospedale B che è risultato essere il 26,5%, inferiore al 30,2% osservato nella popolazione ostetrica afferente all'ospedale A. Riteniamo importante considerare la variabilità della popolazione ostetrica quando si confronta il tasso di taglio cesareo globale tra diverse aree geografiche o unità operative.

Per quanto riguarda la frequenza di taglio cesareo in ciascuna classe di rischio clinico i dati riportati in letteratura sono ancora limitati (Tabella IV), e non sono ancora stati stabiliti gli standard di riferimento per ciascuna classe di rischio. La letteratura (16,17,18,20) riporta un frequenza di taglio cesareo nella primipare (classe 1) tra il 7,3% e il 15,4%, nelle pluripare (classe 3) tra il 1,6% e il 3,6%, nelle precesarizzate (classe 5) tra il 62,4% e il 94,8%, nelle primipare podaliche (classe 6) tra il 87% e il 96,8%, nelle gravidanze plurime (classe 8) tra il 57,4% e il 70%, e nelle gravidanze con età gestazionale < 37 settimane (classe 10) tra il 27% e il 35%. Nel confronto con questi dati, la frequenza di taglio cesareo nelle singole classi di rischio osservata nei due ospedali presi in esame sembra mostrare diversi atteggiamenti clinici: la frequenza di taglio cesareo per quanto riguarda le classi 1, 2a, 3, 4a nell'ospedale A non sembra discostarsi dai dati della letteratura ad indicare una analoga condotta ostetrica di questa unità operativa nelle gestanti a termine di gravidanza, con feto unico e presentazione cefalica; mentre nell'ospedale B la frequenza di taglio cesareo tra le primipare (classe 1 e 2a) e tra le pluripare (classe 3 e 4a) sembra discostarsi in maniera evidente dai dati della letteratura ad indicare un diverso approccio nella gestione clinica di queste pazienti.

Le classi 2b e 4b, che rappresentano le donne con gravidanza a termine e presentazione cefalica, primipare e pluripare in cui è stato eseguito un taglio cesareo prima dell'inizio del travaglio indicano le pazienti in cui l'intervento ostetrico viene programmato per indicazione materna. Tra questi rientra il taglio cesareo effettuato per richiesta materna, che spesso viene considerato uno dei fattori determinati l'incremento del numero dei cesarei. In questo studio le donne primipare o pluripare che hanno eseguito il taglio cesareo in elezione oscillavano tra il 0,5% e il 0,7%, e hanno contribuito al 2,4% del totale dei cesarei ad indicare una minima influenza di queste motivazioni sul tasso globale osservato.

Rispetto ai dati della letteratura (16, 17, 18, 20) la frequenza di taglio cesareo osservata nelle pazienti con presentazione podalica e con gravidanza multipla appare più alta in entrambe gli ospedali esaminati. In queste classi di rischio il ricorso al taglio cesareo è stato sistematico, ad indicare in queste pazienti una condotta ostetrica molto aderente alle linee guida sul taglio cesareo pubblicate dalla regione Lazio (3). Queste classi rappresentano circa il 5% delle gestanti in studio e contribuiscono per circa il 12%-16% al totale dei cesarei, similmente a quanto

riportato in letteratura (20), suggerendo un modesto contributo di queste situazioni ostetriche al totale dei cesarei.

Nelle pazienti già sottoposte a taglio cesareo, con feto in presentazione cefalica, in entrambi gli ospedali considerati il taglio cesareo iterativo è stato eseguito nel 100% dei casi. Questi dati si discostano dai dati riportati in letteratura dove il ricorso al taglio cesareo ripetuto è avvenuto nel 56%-95% dei casi (16, 17, 18, 20). Anche se questa classe include il 9%-12% delle gestanti in studio ha contribuito al 26% e al 41,7% dei cesarei eseguiti nei due ospedali ad indicare che le donne precesarizzate sono una delle principali determinanti del tasso globale di taglio cesareo. La classe di rischio che ha maggiormente contribuito al numero totale di tagli cesarei è stata nell'ospedale A è stata quella delle donne precesarizzate per le quali è stato eseguito il 41,7% dei tagli cesarei, mentre nell'ospedale B è stata classe 1 (primipare con feto singolo in presentazione cefalica, età gestazionale > 37 settimane), per le quali è stato eseguito il 49% dei tagli cesarei. Questi dati suggeriscono che la classe che più contribuisce al numero totale dei tagli cesarei può variare tra differenti ambienti operativi. In letteratura nelle serie che riportano un tasso globale di taglio cesareo tra il 21% e il 28% (16, 17, 18, 20), la classe che maggiormente contribuisce al totale dei tagli cesarei è quella che include le donne precesarizzate, mentre dai dati riportati per l'intera regione Lazio per il 2005, nella quale il tasso globale di taglio cesareo è stato il 42,7%, la classe che ha maggiormente contribuito al totale dei tagli cesarei è stata la classe 1 (3). I nostri dati e quelli riportati nell'analisi dei parti della regione Lazio sembrano dimostrare che la classe delle primipare può costituire uno dei maggiori determinanti del tasso globale di taglio cesareo, suggerendo che l'impiego di modalità organizzative, e di assistenza al parto che portino a privilegiare il parto vaginale in questo gruppo di donne può significativamente modificare il tasso globale, ed evitare di contribuire alla continua crescita della popolazione di donne precesarizzate, che costituiscono l'altro principale determinante del numero totale di cesarei.

Il contributo delle gravidanze con esito prematuro, che si è ritenuto contribuire significativamente al tasso globale dei cesarei, è stato limitato in questa analisi per le caratteristiche degli ambienti operativi. I dati della letteratura (16,17,18,20), pur riportando una frequenza di taglio cesareo in queste pazienti tra il 32% e il 35%, stimano tra il 8% e il 10% (19, 20) il contributo della classe 10 al numero totale dei tagli cesarei, ad indicare il limitato contributo di questa classe al trend di crescita del numero di cesarei.

In conclusione l'analisi della frequenza di taglio cesareo nelle singole classi di rischio clinico offre uno spaccato della condotta ostetrica della singola realtà operativa, e permette di identificare le situazioni cliniche su cui orientare gli interventi organizzativi e di formazione continua, orientati a modificare il trend globale di taglio cesareo. In tal senso il nostro studio e i dati della letteratura concordano su due aree di intervento: una rappresentata dalle pazienti con pregresso taglio cesareo nelle quali è possibile offrire il parto di prova, atteggiamento clinico che trova limitata accettazione anche in letteratura (21); l'altra rappresentata dalle pazienti alla prima gravidanza, a termine, con feto in presentazione cefalica nelle quali con una opportuna condotta ostetrica è possibile mantenere un tasso di taglio cesareo intorno al 10%-15% per ridurre la frequenza globale di taglio cesareo, e per non dilatare la popolazione di donne precesarizzate nelle quali evitare i successivi cesarei rimane arduo.

BIBLIOGRAFIA

1. Istituto nazionale di statistica. *Health for all italia. Un sistema informativo territoriale su sanità e salute. Lista degli indicatori 2007. Dati disponibili su <http://www.istat.it/sanita/Health/>.*
2. *World health organization. European health for all database, 2007. Dati disponibili su <http://www.euro.who.int/HEADB>.*
3. Polo A, Spinelli A, Papini P, et al. *Le Nascite nel Lazio (anni 2004-2005). Laziosanità-Agenzia Sanità Pubblica, Roma 2006.*
4. Ventura SJ, Martin JA, Curtin Sc, et al. *Birth: Final data for 1999. Natal Vital Stat Rep 2001; 49:1-74.*
5. Menacker F, Declercq E, Macdorman M.S. *Cesarean delivery: background, trends, and epidemiology. Semin Perinatol. 2006; 30: 235-41.*
6. Lydon-Rochelle M, Holt V L, Easterling T R, et al. *Caesarean delivery and postpartum mortality among primiparas in Washington state, 1987-1996. Obstet Gynecol 2001; 97:169-74.*
7. Koroukian S M. *Relative risk of postpartum complications in the Ohio medical population: vaginal versus caesarean delivery. Med Care Res Rev 2004; 61: 203-24.*
8. Lydon-Rochelle M, Holt V L, Easterling T R, et al. *First-birth caesarean and placental abruption or previa at second birth. Obstet Gynecol 2001; 97: 765-9.*
9. Kirchengast S. *Maternal age and pregnancy outcome. An anthropological approach. Anthropol. Anz. 2007; 65: 181-91.*
10. Devendra K, Arulkumaran S. *Should doctor perform an elective caesarean section on request? Ann Acad Med Singapore 2003; 32: 577-82.*
11. Hook B, Kiwi R, Amini SB, et al. *Neonatal morbidity after elective repeat caesarean section and trial of labor. Pediatrics 1997; 100: 348-53.*
12. Baker E.R., Dalton M.E. *Cesarean section birth and cesarean hysterectomy. Clin Obstet Gynecol 1994, 37: 806-15.*
13. Anderson GM, Lomas J. *Determinants of the increasing caesarean section birth rate. New Engl J Med 1984; 311: 887-92.*
14. Capunzo M, Cavallo P. *Mortalità perinatale: differenze tra nord e sud. Quaderni Dipartimento Scienze dell'Educazione. Università Salerno 1995; 2: 49-56.*
15. Villar J, Carroli G, Zavalita N. *Maternal and neonatal individual risks and benefits associated with caesarean delivery: Multicentre prospective study. BMJ 2007; 335: 1003-4.*
16. Robson MS. *Classification of caesarean sections. Fetal and maternal review 2001; 12: 23-39.*
17. Baronciani D, Basevi V, Battaglia S, et al. *Le nascite in Emilia Romagna. II Rapporto sui dati del CedAP. 2005. Centro stampa giunta regionale, Bologna 2005.*
18. Thomas J, Paranjothy S. *National sentinel caesarean section audit report. 2001; RCOG Press, Londra 2002*
19. Castellano A, Dell'Aquila C, Di Lallo D, et al. *Linee guida sul taglio cesareo. Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica Roma 2007.*
20. Mc Carthy F, Rigg L, Cady L, et al. *A New way of looking at caesarean section births. Aus and N Z J of Obstet Gynaecol 2007; 47: 316-20.*
21. Bruce M., Flamm. *Vaginal birth after caesarean (VBAC). Best Practice & Res Clinic Obstet & Gynaecol 2001, 15:81-92.*