

L'epidemia di tagli cesarei: contesto, appropriatezza e azioni

Carlo Corchia
International Centre on Birth Defects and Prematurity, Roma

Il forum sul cesareo si è concluso, dopo averci accompagnato negli ultimi cinque numeri di Quaderni acp con interventi di diverso taglio professionale e culturale. Quelle che seguono sono delle considerazioni finali su alcuni aspetti rilevanti affrontati dagli Autori. Il prossimo forum sarà dedicato ai cosiddetti "prematuro tardivi" (i late preterms); i lettori possono farci sapere che cosa gradirebbero venisse trattato su questo tema.

Parole chiave Taglio cesareo. Appropriatezza. Scienze sociali. Tecnologia medica. Qualità delle cure

Quello dell'"epidemia" di tagli cesarei (TC) in Italia è uno degli argomenti più attuali e più presenti nei mass media e nei documenti di enti professionali e organismi istituzionali, tra cui anche la Conferenza Stato-Regioni; al punto da far apparire superfluo questo mio commento conclusivo al forum sul cesareo ospitato nei precedenti cinque numeri di *Quaderni acp* [1]. Eppure penso che qualcosa vada detto.

Comincerò ricordando un'esperienza personale. In uno dei luoghi dove ho lavorato, il neonatologo non era presente a tutti i parti, ma veniva attivato su chiamata in caso di nascite considerate a rischio. Tra queste figurava il TC. Mi chiedevo, allora, che cosa determinasse la condizione di rischio, se la presenza di problemi materni o fetali che costituivano un'indicazione appropriata per l'intervento (cosa che non sempre si verificava) o il TC in sé, vissuto già, con le poche conoscenze dell'epoca e quasi nell'inconscio, come una procedura che esponeva il neonato a una probabilità più alta di nascere con pericolose conseguenze rispetto al parto vaginale. Dopo tanto tempo e dopo la dovizia di dati accumulati negli anni, si può sostenere, direi senza ombra di dubbio, che entrambi gli scenari erano veri. Il cesareo denota una condizione di rischio indipendentemente dai motivi della sua indicazione.

I rischi per il neonato

I rischi per la salute neonatale sono stati ampiamente ricordati da Gherardo Rapisardi (*Quaderni acp* 2011;18:242-4): anticipo ingiustificato del termine di gravidanza, problemi nell'adattamento re-

spiratorio, in quello endocrinologico, termico e glicemico, maggiore frequenza di difficoltà cardiocircolatorie, alterazioni dell'adattamento del sistema immunitario alla vita extrauterina che potrebbero portare a comparsa di atopia nelle età successive, blocco della maturazione cerebrale con possibile riduzione delle connessioni sinaptiche, interferenza con lo sviluppo dei normali processi neuro-comportamentali e relazionali che sono alla base del costituirsi e del mantenimento nel tempo dei legami mamma-bambino. I prossimi anni ci diranno anche se c'è un imprinting nella modalità del parto che si trasmette alle future generazioni attraverso meccanismi epigenetici. Fra tutti questi rischi, assume particolare rilievo l'anticipo del termine di gravidanza in caso di cesareo cosiddetto elettivo, senza cioè che siano presenti motivi che possano giustificarlo sul piano clinico [2]. Per un bambino, nascere anche solo una-due settimane prima non è la stessa cosa che nascere a termine. A fini statistico-epidemiologici viene considerato a termine un parto che avviene ad almeno 37 settimane compiute di gestazione (fino a 41). Ebbene, per quanto un neonato di 37 o 38 settimane sia definito "a termine", egli ha un rischio più elevato di avere dei problemi rispetto a un neonato di 39-40 settimane [3]. Ora lo possiamo affermare con certezza!

Ancora Rapisardi ci ha ricordato che se anche qualcuno si è dato da fare per dimostrare i minori rischi del nascere con cesareo elettivo a 39 settimane, per consentire alle donne, adeguatamente informate, di scegliere autonomamente e in "piena libertà" il modo di partorire, ciò è avvenuto utilizzando dati delle statistiche correnti statunitensi, che molto discutibilmente possono essere adoperati per il calcolo del rischio individuale. In

fondo, ricorrere al cesareo è come prendere una scorciatoia: se c'è un nodo, invece di trovare il modo di scioglierlo per salvaguardare la continuità della fune, si taglia.

Il contesto e la cultura

A tutto questo fa riferimento Grazia Colombo (*Quaderni acp* 2012;19:8-10) quando sottolinea che nella nostra società partorire ha due opzioni equivalenti e "normali": una per via vaginale, l'altra con TC, indipendentemente da fattori di rischio, bensì come opzioni in relazione a differenti fattori di contesto e culturali. Non ha importanza quanto questi condizionino le scelte, perché siamo nella cultura della libertà pensata come assenza di vincoli, come potenziale auto-realizzazione attraverso l'individuale appagamento dei propri desideri. I progressi della tecnica si sono trasformati e, aggiungo, molto spesso per esigenze di mercato, in un'offerta di possibilità impensabile solo pochi decenni or sono, e hanno contribuito ad ampliare il ventaglio delle scelte autonome che, nel campo della riproduzione, sono soprattutto quelle percepite come le più sicure per sé e per il proprio figlio o sono le meno dolorose. Sono percepite, purtroppo, anche per la propria salute, perché nel caso del TC è vero esattamente il contrario. Ecco, quindi, che le donne sono diventate esse stesse strumenti di un meccanismo perverso, in quanto portatrici, nei confronti degli operatori, di aspettative e domande fortemente addomesticate al sistema tecnologico e medico, che solo apparentemente ampliano le possibilità di scelta. Al vecchio sistema di potere paternalistico si sostituisce un nuovo tipo di controllo, che scarica sulla singola persona la responsabilità e il peso della decisione: una sorta di liberatoria nei

Per corrispondenza:
Carlo Corchia
e-mail: corchiacarlo@virgilio.it

forum

confronti del medico e del sistema sanitario.

Il tema del TC su scelta della donna merita qualche riga in più. Da una revisione sistematica di indagini sulla preferenza delle donne per un TC elettivo apprendiamo che mediamente quasi il 16% di esse esprime una preferenza per un parto con TC, con frequenze variabili da un minimo dell'11% in Europa a un massimo del 24% nei Paesi latino-americani [4]. In singole realtà la frequenza può essere anche più alta. In buona parte queste differenze sono dovute al fatto che non esiste una entità nosologica "cesareo su richiesta" e pertanto i sistemi di codifica e classificazione possono variare da un luogo all'altro [5]. Le differenze nell'ambito dell'attitudine degli ostetrici ad assecondare la richiesta di una donna a partorire con TC solo per sua scelta sono ancora più marcate: in uno studio europeo le frequenze variavano dal 15% al 79% in otto differenti Paesi; i valori più bassi erano quelli di Spagna, Francia e Olanda, i più alti di Germania e Regno Unito [6]. In Italia la frequenza è risultata del 55%, e sebbene la motivazione principale fosse il rispetto dell'autonomia della donna (93%), nel 63% dei casi vi era anche il timore di ripercussioni legali. Sotto il profilo etico, tenendo conto dei fondamentali principi di valore, le evidenze disponibili sono in favore del parto vaginale nelle gravidanze a termine non complicate [7]. Che il panorama di riferimento sia tuttavia multiforme è testimoniato dal fatto che mentre nel 2002 la FIGO (Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia) sosteneva la non eticità di un TC senza indicazione medica, le recenti Linee Guida inglesi del NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) non escludono la possibilità di un cesareo su richiesta materna, affermando anche che, se il medico curante non è d'accordo a fare il cesareo, dovrebbe indirizzare la donna a un altro medico disposto a farlo [8-9].

Il problema del TC su scelta della donna quindi esiste e non va trascurato. Ma, come ancora Grazia Colombo suggerisce, le soluzioni vanno trovate conoscendo bene la radice dei fenomeni e le loro vere cause, non limitandosi alla pura analisi dei dati, che, per quanto sofisticata, rischia di fornirci solo una mappa dell'esistente.

L'appropriatezza

L'epidemiologia del TC in Italia, il Paese che detiene il primato della più alta frequenza di quest'intervento in Europa, è molto, troppo variegata e risente prioritariamente delle caratteristiche organizzative e professionali dei singoli centri nascita, come ci ha ricordato Serena Donati (Quaderni acp 2011;18:202-5). Il profilo tipico di una donna con la più alta probabilità di venire cesarizzata è quello di una donna meridionale, che va a partorire in una struttura privata e con un basso volume di attività. L'essere straniera sembra, invece, un fattore protettivo; ma che le donne straniere si rivolgano ai servizi pubblici più frequentemente di quelle italiane è però un fatto, non una spiegazione. Quanto giocano il livello culturale della donna straniera, la sua capacità di comprendere, la possibilità di interagire con il medico e la consapevolezza di poter partecipare al processo decisionale? Si può escludere categoricamente che da parte degli operatori sanitari venga messa in atto, anche se del tutto inconsapevolmente, una qualche forma velata di discriminazione, che però, alla fin fine, protegga le straniere da un eccesso immotivato di cesarei? Pur tralasciando in questa sede ogni considerazione in merito alla bontà della natura e agli eccellenti risultati che essa sarebbe in grado di assicurare sempre e comunque, il richiamo principale e fondamentale è quello relativo all'appropriatezza, un concetto che integra efficacia, efficienza e opportunità degli interventi sanitari, sia dal punto di vista clinico che organizzativo.

Il concetto di appropriatezza degli interventi è stato richiamato anche da Pietro Tarsitano (Quaderni acp 2012;19:57-9) per la sua rilevanza medico-legale; nel caso specifico, un metodo di parto piuttosto che un altro si giustifica se frutto di una decisione mirata al maggior beneficio con il minor rischio possibile per la donna e il nascituro. La valutazione del rischio ostetrico deve pertanto costituire il punto di partenza per indirizzare correttamente la decisione sulla modalità di partorire. Il principio di appropriatezza, inoltre, non si applica solo al caso individuale, ma si espande a comprendere l'operato e l'organizzazione dell'intero centro nascita, che dovrebbe dotarsi di appositi protocolli su procedure e percorsi assistenziali basati su linee guida nazio-

nali e internazionali *evidence based* e messi in atto dopo un processo di formazione, partecipazione e condivisione degli operatori. In tale contesto assume rilevanza medico-legale anche l'uso oculato delle risorse economiche disponibili. Questi sono, in estrema sintesi, gli strumenti fondamentali per contrastare il contenzioso legale, che soprattutto in sede civile sembra aumentare sotto la spinta di interessi di vario genere, ma al quale appunto contribuisce, in molti casi, l'inappropriatezza delle cure e del contesto strutturale e procedurale in cui queste si attuano.

Che fare?

Ciro Guarino (Quaderni acp 2012;19:102-4) ci ha illustrato come sia possibile, in una realtà difficile e nella regione con la più alta frequenza di cesarei in Italia, operare in modo virtuoso e far scendere nel proprio ospedale la proporzione di TC dal 53% al 17% in soli 5 anni; senza escludere, peraltro, la possibilità del TC su scelta materna, la cui quota sul totale dei TC è attualmente del 7%, ma che in tutti i casi riguarda donne già cesarizzate in precedenza. Ciò dimostra che è sempre possibile attuare una medicina migliore, pur tra mille difficoltà, quando si operi attraverso un percorso articolato di gestione della qualità, totalmente condiviso da parte dell'équipe, che consenta di elaborare protocolli frutto di un approfondimento scientifico collettivo e di sfatare i falsi miti che albergano nella pratica clinica quotidiana, come quello che a una donna con un pregresso TC sia preclusa la possibilità di un parto vaginale. Spesso, purtroppo, questi miti sono alimentati dalla cattiva letteratura, che non infrequentemente si trova pubblicata anche in riviste importanti [10]. Ma vi sono robuste evidenze per sostenere che l'ammissione al travaglio, in assenza di controindicazioni specifiche, deve essere offerta a tutte le donne che hanno già partorito mediante TC [11]. Indubbiamente ci vuole anche, come condizione necessaria, un'adeguata opera di comunicazione nei confronti delle donne, se si pensa che il loro atteggiamento e le loro richieste sono fortemente condizionati da numerosi fattori, tra i quali hanno grande peso la superficialità e l'incompletezza delle notizie fornite dai mass media e, purtroppo, anche dalla classe medica. Le

donne, per fortuna, sono pronte a recepire le informazioni corrette e a mettere in pratica i comportamenti conseguenti, più di quanto si possa immaginare, o di quanto gli stessi medici siano disposti a ritenere. Bisogna però ricordare un punto fondamentale, come ci ricorda ancora Serena Donati: la disseminazione passiva dei risultati della ricerca non è in grado di modificare la pratica clinica. Per avviare il cambiamento occorre agire e governare i processi, con azioni il cui impatto possa essere valutato, per non ripetere l'esperienza negativa dei precedenti due piani sanitari, alle cui raccomandazioni per ridurre i TC ha fatto seguito, al contrario, il loro aumento. Lo stesso vale per le Linee Guida, fra le quali vanno citate quelle pubblicate a gennaio di quest'anno dal Gruppo di lavoro del Sistema Nazionale per le Linee Guida [12]. Esse da sole, dice giustamente Guarino, "non sono sufficienti per garantire il raggiungimento dell'obiettivo, che dipende, invece, principalmente dalla volontà della classe medica, che deve maturare la convinzione della necessità del cambiamento di rotta e far scaturire dalla condivisione assoluta del progetto la forza e il coraggio per attuarlo, al fine di offrire una prestazione professionale di alto livello non solo scientifico ma anche sociale".

Come siamo lontani dalle iniziative del Ministro della Salute del febbraio scorso, che ha disposto che i N.A.S. attivino azioni di controllo a livello nazionale per accertare l'utilizzazione non appropriata del ricorso al parto cesareo nei reparti di ostetricia delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale! La considerazione, amara, è se in un Paese che vuole considerarsi civile si debba ricorrere a indagini poliziesche affinché problemi rilevanti possano essere portati all'attenzione dell'opinione pubblica, illudendola che così si possano risolvere. Tutto ciò denota da una parte la presenza diffusa di un alto grado di illegalità, opportunismo e spreco delle regole della convivenza tra cittadini, dall'altra l'incapacità delle varie autorità e poteri di prendere i giusti provvedimenti per affrontarli e contenerli.

Per prevenire o limitare un fenomeno occorre agire sulle sue vere cause; diversamente i risultati non arriveranno mai. Informazione e partecipazione della popolazione, formazione universitaria e

post-universitaria, organizzazione dell'assistenza alla donna e al neonato integrata in grandi aree funzionali omogenee con diversi livelli di assistenza, programmi di miglioramento continuo della qualità e di "technology assessment", accreditamento basato su precisi criteri adottati sull'intero territorio nazionale e non su semplici certificazioni amministrative, adozione delle linee guida, politiche regionali non fossilizzate sul contenimento della spesa, valutazione dei risultati raggiunti e trasparenza delle procedure adottate: sono queste alcune delle azioni che possono portare a contrastare efficacemente l'epidemia dei cesarei senza l'intervento dei carabinieri. ♦

Bibliografia

- [1] Conferenza Stato-Regioni. Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo. Rep. Atti n. 137/CU 16 dicembre 2010. <http://www.statoregioni.it/dettaglio-Doc.asp?idprov=9075&iddoc=30072&tipodoc=2> (accesso 08/06/2012).
- [2] Sinha A, Bewley S, McIntosh T. Myth: babies would choose prelabour caesarean section. *Sem Fetal Neonatal Med* 2011;16:247-53.
- [3] Boyle EM, Poulsen G, Field DJ, et al. Effects of gestational age at birth on health outcomes at 3 and 5 years of age: population based cohort study. *Br Med J* 2012;344:e896; doi:10.1136/bmj.e896.
- [4] Mazzoni A, Althabe F, Liu NH, et al. Women's preference for caesarean section: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *BJOG* 2011;118:391-9.
- [5] WHO. International Classification of Diseases. ICD-10, version 2010. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en> (accesso 06/06/2012).
- [6] Habiba M, Kaminski M, Da Frè M, et al. Caesarean section on request: a comparison of obstetricians' attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006;113:647-56.
- [7] Nilstun T, Habiba M, Lingman G, et al. Caesarean delivery on maternal request: can the ethical problem be solved by the principlist approach? *BMC Med Ethics* 2008;9:11.
- [8] Rusticali B, Di Virgilio E. Considerazioni sull'appropriatezza del taglio cesareo. *La ricerca Agenas. Monitor* 2010;IX(26):29-51.
- [9] Gholitabar M, Ullman R, James D, Griffiths M. Caesarean section: summary of updated NICE guidance. *BMJ* 2011;343:d7108.
- [10] Crowther CA, Dodd JM, Hiller JE, et al. Planned vaginal birth or elective repeat caesarean: patient preference restricted cohort with nested randomised trial. *PLoS Med* 2012;9:e1001192. Epub 2012 Mar 13.
- [11] Baglio G, Donati S, Morciano C. Commento a PLoSMedicinamarzo2012. http://www.snlg-iss.it/news_commento_articolo_cesareo (accesso 08/06/2012).
- [12] Sistema Nazionale per le Linee Guida (SNLG). Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Seconda parte. Linea Guida 22. Roma: Istituto Superiore di Sanità, 2012. http://www.snlg-iss.it/cms/files/LG_Cesareo_finaleL.pdf (accesso 07/06/2012).

Epigenetica dell'mRNA

Lo stesso tipo di meccanismo epigenetico che riguarda il DNA si può osservare nell'RNA messaggero

Per moltissimi anni i biologi hanno considerato lo sviluppo come legato a stretti parametri genetici e hanno sottovalutato l'influenza dell'ambiente. Ora è più chiaro che lo sviluppo è qualcosa di più plasmabile di quanto si sia finora creduto. Questa capacità è basata su meccanismi molecolari che determinano la comparsa di specifici fenotipi anche in assenza di modificazioni delle sequenze del DNA; cioè senza modificare la sequenza delle basi nucleotidiche che compongono la cosiddetta "molecola della vita".

Queste modificazioni provengono dall'ambiente e oramai hanno preso il nome di epigenetiche. Possono passare da una generazione di cellule alla successiva e in certi casi possono essere trasmesse da una generazione umana all'altra "come se" fossero di natura genetica.

In un recente studio alcuni ricercatori del Cornell Medical College di New York hanno messo in evidenza che lo stesso tipo di meccanismo epigenetico che riguarda il DNA si può osservare nell'RNA; in particolare nell'RNA messaggero cioè nella molecola deputata alla trascrizione dell'informazione genetica contenuta nel DNA. Così metilazioni dell'RNA messaggero (fino a qualche tempo fa ritenute senza significato) possono influenzare l'espressione dei geni proprio come avviene per le metilazioni del DNA. Un risultato che potrebbe stravolgere i modelli di espressione genica.

(Le scienze 2012;7:12)