

# Dichiarazione dell'OMS sul tasso dei tagli cesarei

**Bisognerebbe sforzarsi di assicurare il taglio cesareo alle donne che ne hanno effettivamente bisogno, piuttosto che preoccuparsi di raggiungere uno specifico tasso.**

## Sintesi

A partire dal 1985, la comunità medica internazionale ritiene che il tasso ideale di tagli cesarei debba essere compreso tra il 10% e il 15%. Da allora, si è assistito ad un progressivo incremento dell'incidenza di tagli cesarei sia nei Paesi sviluppati che nei Paesi in via di sviluppo. Il taglio cesareo, se eseguito sulla base di una specifica indicazione medica, può effettivamente ridurre la mortalità e la morbilità materna e perinatale. Tuttavia, non c'è evidenza scientifica che indichi benefici di tale intervento per donne o bambini per i quali la procedura non sia necessaria. Come per un ogni intervento chirurgico, il taglio cesareo comporta dei rischi a breve e lungo termine, con ripercussioni anche a distanza di molti anni dal parto e può compromettere la salute della donna, del suo bambino e le gravidanze future. Tali rischi sono maggiori nelle donne che hanno un accesso limitato all'assistenza ostetrica.

Negli ultimi anni, i governi e la classe medica hanno espresso preoccupazioni in merito all'aumento del numero di tagli cesarei e al conseguente possibile impatto negativo sulla salute materno-infantile. Inoltre, appare opportuna una revisione dei presupposti medici ed epidemiologici su cui si basava il tasso raccomandato nel 1985.

### Tasso di tagli cesarei a livello di popolazione

L'OMS ha condotto due studi: una revisione sistematica degli studi disponibili aventi l'obiettivo di determinare un tasso ideale di tagli cesarei a livello di Paesi e popolazioni e un'analisi a livello mondiale, per ogni Paese, utilizzando i più recenti dati disponibili. Sulla base di tali dati, attraverso metodi universalmente validati ed accettati per valutare le evidenze scientifiche disponibili con le più appropriate tecniche di analisi, l'OMS conclude:

1. Il taglio cesareo è efficace nel ridurre la mortalità materno-infantile soltanto se è eseguito per una specifica indicazione medica.
2. A livello di popolazione, un tasso di tagli cesarei superiore al 10% non è associato ad una riduzione delle mortalità materna e neonatale.
3. Il taglio cesareo può causare complicanze significative e talvolta permanenti, disabilità o morte, particolarmente in quei contesti in cui mancano le attrezzature e/o le capacità professionali per condurre un intervento chirurgico in maniera adeguata e sicura e per far fronte ad eventuali complicazioni dell'intervento. Pertanto il taglio cesareo andrebbe effettuato soltanto se clinicamente indicato.
4. Sarebbe opportuno sforzarsi di assicurare il taglio cesareo alle donne che ne hanno effettivamente bisogno piuttosto che preoccuparsi di raggiungere uno specifico tasso.

5. L'effetto del taglio cesareo su altri esiti, come la morbilità materna e perinatale, l'esito pediatrico e l'impatto socio-psicologico, non è ancora chiaro. Ulteriori studi sono necessari per stabilire gli effetti del taglio cesareo a breve e a lungo termine.

### Tasso di tagli cesarei a livello di ospedale e la necessità di una classificazione universale

Allo stato attuale non esiste una classificazione universalmente accettata dei tagli cesarei, che permetta un confronto sistematico del tasso di tagli cesarei tra diverse strutture ospedaliere, città o regioni. Tra tutte le classificazioni attualmente in uso, il sistema di classificazione a 10 gruppi (anche conosciuto come classificazione di Robson) è stato, negli ultimi anni, diffusamente utilizzato in molti Paesi. Nel 2014, l'OMS ha condotto una revisione sistematica volta a valutare i pro e i contro dell'utilizzo, implementazione ed interpretazione della classificazione di Robson e ad identificare ostacoli, fattori facilitanti e possibilità di adattamento e di miglioramento della stessa.

L'OMS propone il sistema di classificazione di Robson come uno standard globale per definire, monitorare e confrontare il tasso di tagli cesarei all'interno delle strutture ospedaliere nel tempo e tra le differenti strutture ospedaliere. Allo scopo di assistere le strutture nell'adozione della classificazione di Robson, l'OMS redigerà delle linee guida per il suo utilizzo, la sua implementazione e la sua interpretazione, includendo una standardizzazione dei termini e delle definizioni.

## Introduzione

Per circa trent'anni, si è ritenuto che il tasso ideale di tagli cesarei fosse compreso tra il 10 e il 15%. Tale dato si basava sulla seguente dichiarazione da parte di un comitato di esperti in salute riproduttiva, nel corso di una riunione organizzata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) nel 1985 a Fortaleza, in Brasile: "Non vi è alcuna giustificazione, per nessuna regione, ad avere un tasso superiore al 10-15%". La conclusione del comitato si basava su una revisione dei pochi dati disponibili a quell'epoca, derivati soprattutto da studi condotti in Paesi dell'Europa Settentrionale, che avevano dimostrato buoni esiti materni e perinatali per quel tasso di tagli cesarei.

Da allora, i tagli cesarei sono aumentati sempre di più sia nei Paesi sviluppati che nei Paesi in via di sviluppo per diverse ragioni. Il taglio cesareo può effettivamente ridurre la mortalità e la morbilità materna e perinatale, se eseguito sulla base di una specifica indicazione medica. Tuttavia, non vi è evidenza scientifica che provi i benefici del cesareo per donne o bambini nei casi in cui questa procedura non sia clinicamente giustificata. Come per ogni intervento chirurgico, il taglio cesareo comporta dei rischi a breve e lungo termine, con conseguenze anche a distanza di molti anni dal parto, e può compromettere la salute della donna, del suo bambino e le gravidanze future. Tali rischi sono maggiori nelle donne che hanno un accesso limitato all'assistenza ostetrica.

Il tasso di tagli cesarei a livello di popolazione è un indicatore della possibilità di accesso a questo intervento e del suo utilizzo e viene utilizzato da governi e autorità sanitarie per valutare la situazione della salute materno-infantile, monitorare l'accesso all'assistenza ostetrica d'emergenza e valutare il buon utilizzo delle risorse. Negli ultimi anni, i governi e la classe medica hanno espresso preoccupazioni in merito all'aumento dei tagli cesarei ed il conseguente possibile impatto negativo sulla salute materno-infantile. Anche i costi aggiuntivi per il sistema sanitario sono un fattore critico da considerare in quanto contribuiscono a limitare un accesso equo all'assistenza materna e neonatale, distogliendo risorse per l'assistenza dei settori più poveri della popolazione, soprattutto se i sistemi sanitari

sono già sovraccarichi ed indeboliti. Negli ultimi trent'anni, con l'aumento delle evidenze sui rischi e benefici del taglio cesareo e, contemporaneamente, con il significativo miglioramento dell'assistenza clinica ostetrica ed il perfezionamento dei metodi di valutazione delle evidenze scientifiche e di formulazione delle raccomandazioni, gli operatori sanitari, gli scienziati, gli epidemiologi e le autorità sanitarie hanno espresso sempre di più la necessità di rivedere il tasso raccomandato nel 1985.

Tuttavia, determinare quale sia l'adeguato tasso di tagli cesarei a livello di popolazione - cioè il tasso minimo di interventi eseguiti su stretta indicazione medica, eliminando gli interventi senza giustificazione medica - è ancora una sfida. Per rispondere a questa domanda, l'OMS ha condotto intrapreso due studi: una revisione sistematica degli studi disponibili a livello di Paese, con l'obiettivo di individuare il tasso ottimale, e un'analisi globale per Paese usando i più recenti dati disponibili. La metodologia ed i risultati sono descritti nella prima parte di questa dichiarazione.

La difficoltà principale nel definire il tasso ottimale di tagli cesarei a qualunque livello è dovuta alla mancanza di un sistema di classificazione affidabile e universalmente accettato, che fornisca dati standardizzati e permetta un confronto tra le popolazioni per individuare i fattori che hanno determinato questo incremento del ricorso al taglio cesareo.

Tra i sistemi attualmente disponibili per classificare i tagli cesarei, la classificazione a 10 gruppi (anche conosciuta come "Classificazione di Robson") è stata, negli ultimi anni, diffusamente utilizzata in molti Paesi. La classificazione a 10 gruppi, proposta dal Dott. Michael Robson nel 2001, categorizza le donne sulla base delle loro caratteristiche ostetriche, permettendo, in tal modo, un più corretto confronto del tasso di tagli cesarei con meno fattori di confusione. L'OMS ha condotto due revisioni sistematiche per definire i benefici e i potenziali svantaggi nell'utilizzo di tale classificazione. Il progetto di ricerca e le conclusioni sono descritte in dettaglio nella seconda parte di questa dichiarazione.



# 1. Tasso dei tagli cesarei a livello di popolazione

Gli studi ecologici implicano confronti ed analisi fra popolazioni, piuttosto che individui. Le popolazioni sono spesso definite nell'ambito di confini geopolitici ed è pertanto importante distinguere tra studi di popolazione e studi di pazienti in specifiche strutture ospedaliere .

I tassi di tagli cesarei possono variare molto fra differenti ospedali, dal momento che dipendono dalla diversa complessità dei casi che ospedali di diverso livello sono in grado, per capacità e risorse, di gestire e dai protocolli clinici adottati. Pertanto, tassi raccomandati in base a dati ottenuti da studi di popolazioni non possono essere applicati come tassi ideali a livello di singoli ospedali.

Nel 2014, l'OMS ha condotto una revisione sistematica degli studi ecologici disponibili in letteratura, con l'obiettivo di identificare, valutare in maniera critica e sintetizzare i risultati di tali studi, che analizzano l'associazione tra tassi di tagli cesarei ed esiti materni, perinatali e infantili. Allo stesso tempo, l'OMS ha condotto uno studio ecologico mondiale per definire l'associazione tra taglio cesareo e mortalità materna e neonatale, utilizzando i dati disponibili più aggiornati. Questi risultati sono stati discussi da un comitato di esperti internazionali nel corso di una riunione organizzata dall'OMS a Ginevra (Svizzera), l'8 e 9 ottobre 2014.

La commissione ha deliberato che:

1. Sulla base della revisione sistematica dell'OMS, un tasso di tagli cesarei fino al 10-15% a livello di popolazione è associato ad una riduzione della mortalità materna, infantile e neonatale. Al di sopra di tale livello, l'aumento del tasso di tagli cesarei non è più associato ad una riduzione della mortalità. La relazione tra maggiori tassi di tagli cesarei e minore mortalità si indebolisce o addirittura sparisce negli studi che prendono in considerazione fattori socioeconomici.

Dal momento che è plausibile che fattori socioeconomici possano spiegare la gran parte delle associazioni tra aumento del tasso di tagli cesarei e riduzione della mortalità riscontrate in tale revisione, l'OMS ha condotto un altro studio volto ad approfondire quest'aspetto.

2. Lo studio ecologico globale dell'OMS ha concluso che una sostanziale parte dell'associazione tra tagli cesarei e mortalità può essere spiegata da fattori socioeconomici. L'analisi ha confermato che per tassi inferiori al 10%, maggiore è il tasso di tagli cesarei, minore è la mortalità materna e neonatale. Per tassi compresi tra il 10 e il 30 %, non è stato osservato nessun effetto sulla mortalità. L'analisi si è basata su un approccio longitudinale, utilizzando dati a livello di Paese e tenendo in considerazione variazioni dello stato socioeconomico. Tale approccio può superare alcuni dei limiti degli studi osservazionali trasversali inclusi nella revisione sistematica. In tutti i casi, nell'interpretazione dei risultati bisogna considerare che le associazioni ecologiche non implicano una relazione di causa ed effetto.
3. I dati disponibili non permettono di chiarire l'associazione tra mortalità materna e neonatale e tasso di tagli cesarei superiore al 30%.
4. La qualità dell'assistenza, soprattutto in termini di sicurezza, è un elemento fondamentale da considerare nell'analisi della relazione tra tasso di cesarei e mortalità. Il rischio d'infezioni e altre complicazioni chirurgiche sono potenzialmente pericolosi, soprattutto nelle strutture dove mancano le attrezzature e/o le capacità per condurre in maniera appropriata un intervento chirurgico.

- 
5. Non è stato possibile definire l'associazione tra la natimortalità o la morbidità e il tasso di tagli cesarei a causa di una mancanza di dati a livello di popolazione. Gli studi ecologici disponibili hanno analizzato soltanto indicatori di mortalità, probabilmente perché questi erano più facilmente ottenibili degli indicatori di morbidità materna e infantile a livello di popolazione. Allo stesso modo, aspetti socio-psicologici correlati alla modalità del parto non sono stati analizzati.

Dal momento che la mortalità è un evento raro, specialmente nei Paesi sviluppati, ulteriori studi dovrebbero definire l'associazione tra il tasso di tagli cesarei e gli esiti di morbidità materna e perinatale a breve e a lungo termine (ad esempio: fistola ostetrica, asfissia neonatale). Questi esiti comprendono implicazioni psico-sociali relative al rapporto materno-infantile, alla salute psicologica delle donne, alla capacità delle donne di iniziare con successo l'allattamento al seno ed all'esito pediatrico.

## Conclusions

Sulla base dei dati disponibili e utilizzando metodi accettati a livello internazionale per valutare le evidenze scientifiche con le più appropriate tecniche analitiche, l'OMS conclude che:

1. I tagli cesarei sono efficaci nel ridurre la mortalità materno-infantile, ma solo se eseguiti su stretta indicazione medica.
2. A livello di popolazione, un tasso di tagli cesarei superiore al 10% non è associato ad una riduzione della mortalità materna e neonatale.
3. I tagli cesarei possono causare complicazioni significative e a volte permanenti, disabilità o morte, soprattutto in quei contesti in cui c'è assenza di attrezzature e/o mancanza di capacità per praticare un intervento chirurgico sicuro e fare fronte a possibili complicazioni. Il taglio cesareo dovrebbe idealmente essere praticato solo se c'è un'indicazione medica.
4. Bisognerebbe sforzarsi di assicurare il taglio cesareo alle donne che ne hanno effettivamente bisogno piuttosto che preoccuparsi di raggiungere uno specifico tasso.
5. Gli effetti del taglio cesareo su altri esiti, come morbidità materna e perinatale, esito pediatrico e benessere sociale e psicologico non sono ancora ben chiari. Ulteriori studi sono necessari per comprendere gli effetti del taglio cesareo su tali esiti a breve e lungo termine.

## 2. Tasso di tagli cesarei a livello di ospedale e la necessità di un sistema di classificazione universale



A livello ospedaliero, è essenziale monitorare il tasso di tagli cesarei tenendo in considerazione le specifiche caratteristiche delle donne operate. Attualmente, non esiste una classificazione standard dei tagli cesarei che permetta, in maniera obiettiva, il confronto dei diversi tassi tra strutture ospedaliere, città, Paesi o regioni differenti. Pertanto non è ancora possibile uno scambio di informazioni valido, mirato e trasparente per monitorare efficacemente gli esiti materni e perinatali.

Nel 2011, l'OMS ha condotto una revisione sistematica dei sistemi di classificazione dei tagli cesarei e ha concluso che la classificazione di Robson è il sistema che risponde in maniera più appropriata alle esigenze locali ed internazionali. L'OMS ha raccomandato di sviluppare, partendo dalla classificazione di Robson, un sistema di classificazione dei tagli cesarei applicabile a livello internazionale.

Tale sistema classifica le donne in una delle 10 categorie mutualmente esclusive ed è, nell'insieme, completamente esaustivo (vedi riquadro 1). Le categorie sono basate su 5 caratteristiche ostetriche che vengono di norma registrate nei reparti maternità:

- parità (nullipare, multipare con e senza pregresso taglio cesareo);
- modalità di inizio del travaglio (spontaneo, indotto o taglio cesareo non in travaglio);
- epoca gestazionale (pretermine o a termine);
- presentazione fetale (cefalica, podalica o traversa); e
- numero dei feti (gravidenza singola o multipla).

La classificazione è semplice, solida, riproducibile e clinicamente rilevante. Ciò significa che ogni donna ricoverata per il parto può essere immediatamente assegnata ad uno dei 10 gruppi sulla base di queste semplici caratteristiche. Questo permette un confronto ed un'analisi del tasso di tagli cesarei in ciascun gruppo e tra i differenti gruppi.

## Riquadro 1: Classificazione di Robson

Gruppo 1



Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica,  $\geq 37$  settimane di gestazione, in travaglio spontaneo

Gruppo 6



Nullipare, gravidanza singola, presentazione podalica

Gruppo 2



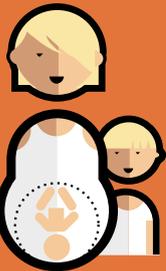
Nullipare, gravidanza singola, presentazione cefalica,  $\geq 37$  settimane di gestazione, travaglio indotto o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

Gruppo 7



Multipare, gravidanza singola, presentazione podalica, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine

Gruppo 3



Multipare, senza precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica,  $\geq 37$  settimane di gestazione, in travaglio spontaneo

Gruppo 8



Gravidanze multiple, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine

Gruppo 4



Multipare, senza precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica,  $\geq 37$  settimane di gestazione, con induzione del travaglio o sottoposte a taglio cesareo in assenza di travaglio

Gruppo 9



Gravidanza singola, presentazione traversa o obliqua, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine

Gruppo 5



Multipare, con almeno una precedente cicatrice uterina, gravidanza singola, presentazione cefalica,  $\geq 37$  settimane di gestazione

Gruppo 10



Gravidanza singola,  $< 37$  settimane di gestazione, incluse le donne con precedenti cicatrici uterine



Nel 2014, l'OMS ha condotto un'ulteriore revisione sistematica sull'esperienza degli utilizzatori della classificazione di Robson, per valutare i pro e i contro della sua adozione, implementazione ed interpretazione e per individuare ostacoli, fattori facilitanti e potenziali modifiche. L'OMS ha riunito un gruppo di esperti a Ginevra, l'8 e il 9 ottobre 2014, per valutare le evidenze scientifiche. Allo scopo di stabilire un punto di partenza comune per confrontare dati materni e perinatali nell'ambito delle strutture ospedaliere nel tempo e tra differenti strutture ospedaliere, la commissione ha formulato le seguenti raccomandazioni:

1. Indipendentemente dal loro livello di complessità, le strutture ospedaliere dovrebbero utilizzare la classificazione di Robson per le donne ricoverate in previsione del parto..
2. Pur mantenendo la struttura originale della classificazione per poter effettuare confronti standardizzati, e' possibile suddividere ulteriormente i 10 gruppi e analizzare altre variabili d'interesse (dati epidemiologici, costi, outcome o indicazioni) all'interno di ogni gruppo, in relazione alle necessità e agli interessi locali.
3. Ove possibile, dovrebbero essere resi pubblici dei rapporti sull'applicazione della classificazione.

L'OMS ritiene che tale classificazione possa aiutare le strutture ospedaliere a:

- ottimizzare l'uso del taglio cesareo identificando, analizzando e focalizzando gli interventi su specifici gruppi di donne di particolare rilevanza per ciascuna struttura ospedaliera;
- definire l'efficacia di strategie o interventi volti ad ottimizzare l'uso dei tagli cesarei;
- valutare la qualità dell'assistenza, la gestione clinica e i risultati per ciascun gruppo;
- analizzare la qualità dei dati raccolti, cercando di sensibilizzare il personale in merito all'importanza dei dati e del loro utilizzo.

## Conclusioni

L'OMS propone il sistema di classificazione di Robson come uno standard globale per valutare, monitorare e confrontare il tasso di tagli cesarei in una struttura ospedaliera nel tempo e tra differenti strutture ospedaliere. Allo scopo di aiutare le strutture ospedaliere ad adottare la classificazione di Robson, l'OMS svilupperà delle linee guida per il suo utilizzo, implementazione ed interpretazione, includendo una standardizzazione di termini e definizioni.



Ulteriori informazioni sul lavoro dell'OMS sono disponibili al seguente link:  
[www.who.int/reproductivehealth/](http://www.who.int/reproductivehealth/)

Department of Reproductive Health and Research  
World Health Organization  
Avenue Appia 20, CH-1211 Geneva 27, Switzerland  
E-mail: [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int)

WHO/RHR/15.02

© World Health Organization 2015

All rights reserved.

Tutti i diritti riservati

Richieste di autorizzazione a riprodurre o tradurre pubblicazioni dell'OMS- sia a scopo di vendita che per scopi di natura non commerciale- devono essere inviate a WHO Press attraverso il sito web dell'OMS ([www.who.int/about/licensing/copyright\\_form/en/index.html](http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/en/index.html))

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha preso tutte le ragionevoli precauzioni per verificare le informazioni contenute in questa pubblicazione. Tuttavia, il materiale pubblicato viene diffuso senza alcun tipo di garanzia, né espressa né implicita. La responsabilità dell'interpretazione e dell'uso del materiale ricade sul lettore. In nessun caso l'Organizzazione Mondiale della Sanità è responsabile per eventuali danni derivanti dal suo utilizzo.