

Cesareo

Quando è davvero necessario

Ostetricia Per i medici britannici basta anche solo che la donna preferisca l'opzione chirurgica per ricorrervi. Ma questa tesi da noi fa discutere

I motivi che possono giustificare la scelta del parto cesareo

Le nuove Linee guida italiane sui criteri clinici

Solo le indagini chiariranno le cause del recente decesso in Calabria di una giovane donna a pochi giorni da un taglio cesareo, se quell'intervento fosse necessario e se ci sono stati errori da parte dei medici. Il tragico evento ricorda tuttavia ancora una volta che il parto chirurgico non è esente da rischi, come troppo spesso si pensa. Per questo molti si sono opposti alle ultime Linee guida britanniche sull'argomento, che sembrano aprire alla possibilità di eseguirlo anche in assenza di indica-

zioni mediche, se la madre lo richiede. Ciò non toglie che il cesareo è una pratica salvavita quando serve davvero, come indicano le nuove Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità, che saranno presentate il 31 gennaio a Roma. Un documento di cui si sentiva il bisogno, per garantire a tutte le donne che le loro probabilità di partorire naturalmente o in sala operatoria dipendano solo dalle esigenze loro e dei nascituri, non da quelle del Centro a cui si rivolgono, come oggi spesso accade.

Dare a una donna la possibilità di partorire con un taglio cesareo? «È una scelta di civiltà. Ma una scelta di civiltà è anche darle informazioni che le permettano di scegliere consapevolmente». Così Irene Cetin, primario di Ostetricia e ginecologia dell'Ospedale Luigi Sacco e docente all'Università degli Studi di Milano, inquadra il dilemma sul parto cesareo richiesto dalla donna senza che ci sia una precisa ragione medica.

Nei mesi scorsi ha fatto scal-

pore il documento del National Institute for Clinical Excellence (NICE) britannico, che per la prima volta ha aggiunto alle indicazioni finalizzate alla sicurezza di mamma e bambino anche le paure e le ansie di molte donne, che chiedono il cesareo per evitare il parto naturale.

«Oggi non si può non tenere conto della volontà della donna — dice Moreno Dindelli, aiuto primario della Clinica di Ostetricia e ginecologia del San Raffaele di Milano — soprattutto alla luce dei cambiamenti che hanno investito la gravi-

danza, il parto e la medicina nel suo complesso. Se una paziente ben informata sceglie il cesareo, penso che sarebbe scorretto da parte del medico non eseguirlo».

Secondo le nuove Linee guida dell'Istituto Superiore di Sanità (vedi articolo nella pagina accanto e tabella), invece, il semplice fatto che la donna voglia partorire con il cesareo non è di per sé una buona ragione per ricorrervi. Il medico

deve spiegare i pro e i contro del cesareo rispetto al parto naturale e prospettare le tecniche per ridurre il dolore. Può perfino rifiutare di eseguire l'intervento se la donna persiste nella sua decisione, purché le consenta di accedere a un secondo parere.

Si stima che dal 4 al 18% di tutti i cesarei siano da ricondurre alla richiesta materna. Significa che su circa 200 mila cesarei eseguiti ogni anno in Italia (il 37,8% del totale dei parti), da 8.500 a 37.500 sono chiesti dalle donne.

«Di certo ha un peso l'innalzarsi dell'età media della prima gravidanza, — spiega Cetin — così come l'aumento del numero di donne in attesa grazie a tecniche di fecondazione assistita». Ma né età, né modalità del concepimento sono di per sé indicazioni all'intervento. Il motivo dominante che spinge la donna a chiedere un cesareo resta la paura. «Quella del dolore, ma anche quella che nel corso del parto vaginale insorgano difficoltà che possano danneggiare il bambino», aggiunge Cetin. Ciò che però sfugge è che neanche il cesareo è garanzia di successo e di assenza di complicazioni. Tutt'altro. La lista dei rischi connessi al cesareo è lunga e spesso ignorata dalle donne. «Innanzitutto, il pericolo di emorragia e poi quello di infezioni, anche se viene sempre fatta una profilassi antibiotica prima dell'intervento — chiarisce Luana Danti, responsabile dell'Ambulatorio del parto pretermine all'Ospedale civile di Brescia —. Il cesareo, poi, aumenta le probabilità di complicazioni nelle suc-

cessive gravidanze: per esempio, la presenza di placenta previa (la placenta ostruisce il canale attraverso cui deve passare il bambino) e di placenta accreta (la placenta si "arrotola" sulla cicatrice del precedente cesareo e non può essere espulsa)». In quest'ultimo caso può essere necessario rimuovere l'utero compromettendo la possibilità di altri figli. «Rischi, questi, che vale la pena correre solo se il cesareo è raccomandato da ragioni mediche» sottolinea la ginecologa. Inoltre, i vantaggi del parto naturale riguardano anche il bambino: passare nel canale del parto lo aiuta poi a respirare meglio, soprattutto se nasce prima della 39esima settimana. Il cesareo non è utile nemmeno a scongiurare uno dei principali timori delle donne quando pensano alle complicanze del parto, la paralisi cerebrale. «Ormai sappiamo che nell'80 per cento dei casi questa drammatica eventualità dipende da problemi preesistenti» spiega Irene Cetin.

Eppure le donne sembrano continuare a preferire il bisturi, anche se comporta tempi di degenza e di recupero più lunghi. «Ma siamo sicuri che siano le donne a volere il cesareo?» si chiede Ciro Guarino, direttore di Ostetricia e ginecologia dell'Ospedale San Leonardo di Castellammare di Stabia, in Campania, regione nota per avere tassi di cesarei molto alti. «Le statistiche internazionali dicono che l'87,6% delle donne preferisce il parto vaginale». Dov'è allora il corto circuito? Per Guarino, che in soli 5 anni ha ridotto di 3 volte i tassi di cesarei della sua struttura portandoli al 17,5%, per ricostruire la trama che determina la richiesta del cesareo da parte della donna è necessario riannodare parecchi fili: l'atteggiamento culturale di molti medici, l'organizzazione della rete di assistenza sanitaria, spesso non adeguata a garantire l'imprevedibilità del parto fisiologico, le false convinzioni delle donne. «Informazioni sba-

gliate, paure infondate, falsi miti come quello che il cesareo sia un tipo di assistenza più moderna e di migliore qualità» elenca Guarino.

È un lavoro lungo. «Ma se il medico è convinto ed è disponibile a mettere il suo tempo e le sue competenze a disposizione della futura mamma, sono poche le donne che alla fine si rifiutano di partorire in maniera fisiologica» sottolinea il ginecologo campano. I rimanenti sono casi in cui il medico deve fare un passo indietro, perché le motivazioni della donna, anche se non prettamente cliniche, sono troppo forti. «Quando per esempio una donna ha avuto un precedente parto vaginale molto traumatico, bisogna capirla» osserva Luana Danti. Che tuttavia precisa: «Negli ultimi decenni la medicina ha ampliato lo spazio decisionale per il paziente, consentendogli per esempio di rifiutare un intervento terapeutico. Ma non si può rovesciare il concetto e dire che ha il diritto di scegliere un intervento terapeutico anche se non è necessario».

Si stima che dal 4 al 18% i cesarei siano da ricondurre alla richiesta materna



La donna ha paura soprattutto di soffrire e teme complicanze per il nascituro

Ciò che sfugge è che il cesareo non è garanzia di successo e di assenza di rischi

Errori medici

Tanti i processi ma poche le condanne

Il timore di contenziosi medico-legali è una delle ragioni che spinge i camici bianchi a ricorrere troppo frettolosamente al taglio cesareo. Nella maggior parte dei casi, però, i contenziosi si concludono con un nulla di fatto, come ha dimostrato poche settimane fa la Commissione parlamentare di inchiesta sugli errori sanitari, in una Relazione sui punti nascita. Sono stati censiti 85 procedimenti per lesioni colpose a carico di personale sanitario. Dei processi conclusi, soltanto in 2 si è giunti a una condanna, i rimanenti sono stati archiviati. E anche dei 75 procedimenti per omicidio colposo (per episodi verificatisi durante la gravidanza), la quasi totalità si è conclusa con l'archiviazione.

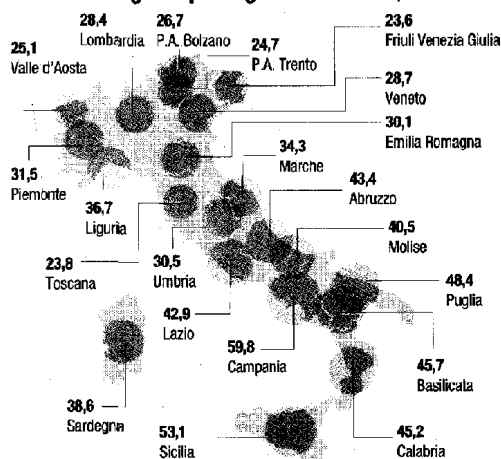
Quando va fatto e quando no



I buoni motivi per farlo	I motivi che non bastano	I casi da valutare di volta in volta
Se il feto è podalico (dopo che i medici hanno provato a farlo girare con apposite manovre esterne e comunque non prima della 39ª settimana)	Un travaglio che insorge spontaneamente prima del termine	Se il neonato è piccolo per l'epoca gestazionale e mostra problemi all'esame Doppler
Se la madre ha lesioni da Herpes simplex attive a livello genitale, oppure è portatrice contemporaneamente di Hiv e virus dell'epatite C, o l'infezione da HIV non è adeguatamente controllata	Se la madre è portatrice del virus dell'epatite C o di quello dell'epatite B	In condizioni particolari e con alcune cautele, anche le donne portatrici di HIV possono evitare il cesareo senza trasmettere l'infezione al feto
Se la placenta è sul percorso che dovrebbe essere seguito dal nascituro o in sua prossimità (placenta previa)	La semplice richiesta della madre, indipendente da ragioni mediche	Se la testa del bambino è troppo grande per attraversare la pelvi materna (sproporzione cefalo-pelvica)
Se la donna ha già subito tre o più tagli cesarei, in precedenza ha subito una rottura dell'utero oppure il precedente cesareo è stato fatto con una incisione uterina longitudinale	Un cesareo pregresso	
Quando due gemelli condividono sia la stessa placenta sia lo stesso sacco amniotico (gravidenza gemellare monooriale e monoamniotica), alla 32ª settimana	Gravidanze gemellari non complicate	Gravidanza gemellare in cui uno dei due feti è in posizione cefalica e l'altro in posizione podalica
Se la mamma è diabetica, ma solo se il peso stimato del feto supera i 4,5 kg (comunque non prima della 38ª settimana)	Se la mamma è diabetica	

Fonte: Estrapolazione da Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità sul parto cesareo (2012)

Il cesareo regione per regione % sul totale dei parti



In Europa



Progressi Meno invasività e più sensibilità per ridurre i timori e preservare l'emozione I casi in cui l'intervento è un salvavita



Molte donne temono che il bisturi possa in qualche modo alterare l'esperienza della maternità, privandole del primo contatto con il bambino

Molte donne lo cercano, ma molte altre temono il cesareo. Non soltanto l'intervento chirurgico in sé, che fa sempre un po' paura, ma anche il fatto che il bisturi possa in qualche modo alterare l'esperienza della maternità privandole di quel primo contatto con il bambino.

È un timore che, negli ultimi anni, sia le tecniche chirurgiche sia alcune pratiche di umanizzazione stanno cercando di far superare.

«All'Ospedale Sacco di Milano, per esempio — racconta Irene Cetin, primario del reparto di Ostetricia e ginecologia — da qualche tempo cerchiamo di riprodurre in sala operatoria quello che generalmente accade in sala parto. Facciamo entrare il papà, che, indossando cuffietta, camicia e sovrascarpe, sta seduto vicino al-

la mamma durante l'intervento». Un piccolo accorgimento che non interferisce con l'operazione, assicura la ginecologa, e consente alla donna di avere il supporto di una persona cara. «Al momento dell'estrazione del bambino — continua Cetin — abbassiamo il telo che fino a quel momento aveva nascosto il "campo chirurgico" agli occhi della mamma e del papà perché anche loro possano assistere al momento in cui il piccolo viene alla luce».

In genere, dopo la nascita in sala operatoria, il bambino viene mostrato frettolosamente alla donna e subi-

to dopo portato via dal personale sanitario per sottoporlo ai dovuti controlli. Dove invece si cerca di umanizzare anche il cesareo, il protocollo prevede che il bambino sia lasciato alla mamma che lo tiene attaccato al seno fino a quando lo desidera. Questo non è soltanto un modo per rendere quanto più possibile naturale il cesareo, ma anche per aumentare le probabilità che, successivamente, la madre allatti al seno. «È noto infatti che la stimolazione dei capezzoli e questo contatto immediatamente dopo la nascita favoriscono l'allattamento, che altrimenti tende a essere meno frequente tra le donne che sono state sottoposte al cesareo» aggiunge il medico.

Al momento, sono ancora pochi gli ospedali che seguono procedure di questo tipo. Tuttavia, se tutto ciò è stato possibile è grazie soprattutto ai progressi medici che negli ultimi decenni hanno consentito di trasformare completamente il taglio cesareo. «Ci sono almeno tre elementi che hanno fatto voltare pagina nella storia di questo intervento che è prima di tutto salvavita — spiega Moreno Dindelli, aiuto primario alla clinica Ostetrico-ginecologica del San Raffaele di Milano —. Innanzitutto, il passaggio dall'anestesia generale a quella spinale, che ha consentito non solo di ridurre i rischi, ma anche di restituire alla donna almeno una parte dell'esperienza del parto. La mamma, oggi, può vedere il suo bambino pochi attimi dopo che è stato estratto dal chirurgo e sentire il suo primo gemito».

Un altro elemento di grande importanza è stata la riduzione dei tempi di degenza, che è poco più lunga rispetto a un parto fisiologico: 3-4 giorni dal parto. «Un contributo decisivo è venuto infine dai progressi delle tecniche chirurgiche — precisa Dindelli —. L'avvento del metodo "Stark", circa 15 anni fa, ha reso il cesareo meno aggressivo per il corpo della donna, riducendo al minimo l'utilizzo del bisturi. A differenza di quanto avveniva in precedenza, infatti, i muscoli addominali non vengono tagliati, ma divaricati con le dita. Ciò permette una riduzione del rischio di sanguinamento e di infezioni. Inoltre, la paziente si riprende

molto prima ed è minore il dolore che segue all'operazione».



Per umanizzare l'esperienza del parto cesareo, oggi si affida subito il bambino alla mamma, consentendole di tenerlo attaccato al seno fino a quando lo desidera. Questa nuova filosofia non è solo finalizzata a rendere più «naturale» l'esperienza del parto, ma anche ad aumentare le probabilità che, successivamente, la madre allatti al seno