

Sette domande e risposte sul parto con il taglio cesareo

(Le risposte sono a cura della Prof.ssa Annamaria Marconi, Direttore U.O. Ostetricia e Ginecologia presso il Dipartimento Materno Infantile dell'A.O. San Paolo di Milano)

1. 4/10 donne partoriscono con taglio cesareo in Italia. Secondo Lei, per quale motivo 2/3 di queste donne non lo fa per ragioni cliniche?

Secondo i dati dello European Perinatal Health Report del 2008, in Italia abbiamo il 38% di tagli cesarei, quindi quasi 4 donne su dieci partoriscono con cesareo: la differenza con gli altri paesi europei risiede nel numero dei tagli cesarei effettuati prima che sia cominciato il travaglio di parto, i cosiddetti cesarei elettivi, che in Italia sono 2 su 3. Poiché le indicazioni mediche al taglio cesareo elettivo in verità sono poche [presentazione podalica o anomala del feto; gravidanza gemellare con feto/i podalico o trasverso; placenta previa] questo dato suggerisce che la decisione al cesareo o al "non travaglio" sia condivisa da donna e ginecologo per i motivi più svariati tra i quali certamente la volontà della donna [per ansia o motivi "psicologici"] o la paura dei minimi rischi legati al travaglio di prova dopo taglio cesareo;

2. È vero che il ricovero dopo il parto cesareo è più lungo e doloroso?

La degenza dopo parto vaginale è per consuetudine di tre giorni: questo consente di effettuare durante il ricovero gli screening neonatali previsti dalla legge. Da un punto di vista clinico la donna invece potrebbe essere dimessa già dopo 24 ore. Dopo il cesareo la degenza varia dai tre ai quattro giorni: con le nuove tecniche chirurgiche ed anestesiolgiche certamente la ripresa è più rapida che in passato ma la richiesta di antidolorifici nel post parto è certamente maggiore. Inoltre le complicazioni, anche se minori, avvengono più frequentemente dopo il cesareo e questo può prolungare la degenza o rallentare la ripresa.

3. Conferma che la possibilità di allattare è più difficile dopo un parto cesareo?

In verità non è più difficile la possibilità in assoluto ma la possibilità di allattare subito. Dopo il parto vaginale, il bambino può essere attaccato al seno quando è ancora legato alla mamma dal cordone ombelicale e nei giorni successivi trascorre la maggior parte del tempo con lei [negli ospedali che praticano il roaming in]; la suzione immediata non è ovviamente possibile in sala operatoria e dopo il cesareo il bambino di solito trascorre qualche ora in termoculla per cui passano alcune ore prima che la coppia mamma/bimbo si ricongiunga.

4. Ritiene che le future gravidanze siano più a rischio poiché l'utero può essere in difficoltà ad accoglierne una successiva?

È dimostrato che il rischio di placenta previa [placenta che si impianta sul collo dell'utero con forte rischio di emorragie pre parto ed impossibilità al parto vaginale]; di placenta accreta [placenta che aderisce tenacemente alla cicatrice del cesareo con aumentata probabilità di emorragia per difficoltà al distacco] ma anche l'aborto spontaneo e gravidanza extrauterina aumentano nelle donne con uno o più cesarei alle spalle.

5. Un taglio cesareo offrirebbe a una donna di 42 anni che vuole partorire il primo figlio la sicurezza del successo del primo parto?

La scelta del cesareo per la donna deve essere una scelta consapevole, ovvero al termine di un colloquio in cui le vengano spiegati rischi e benefici in modo personalizzato. Purtroppo invece la richiesta di un taglio cesareo per generica "paura" di partorire viene spesso accolta per comodità dal ginecologo. Nel caso in esempio, la scelta della donna ha motivazioni su cui si può discutere ma potenzialmente condivisibili. Purtroppo però non è

quasi mai così [l'inchiesta di O.N.Da lo dimostra].

6. **È necessario intervenire sulle prime gravidanze di donne giovani per evitare il cesareo?**

Assolutamente. La riduzione dei tagli cesarei passa per la riduzione dei primi cesarei. Purtroppo infatti, nonostante i rischi di un travaglio di prova siano molto bassi [meno dell'1% di rottura d'utero a fronte del 70% circa di probabilità di successo], il cesareo ripetuto rappresenta di gran lunga la principale indicazione al cesareo fuori travaglio [quello elettivo, per l'appunto].

7. **Ritiene che l'utilizzo del registro degli eventi avversi nel parto all'interno di una struttura sanitaria debba essere parte della sua cultura organizzativa?**

È fondamentale che la discussione su ciò che accade in sala parto diventi una abitudine per creare una vera cultura del parto. La discussione deve comprendere tutte le figure coinvolte senza connotazioni punitive ma con il preciso obiettivo di identificare gli ambiti di miglioramento, culturale o organizzativo che sia. Non vanno discussi solo gli eventi avversi [cioè le complicazioni maggiori] ma anche gli eventi sentinella [cioè le complicazioni minori] senza tralasciare i "near miss", ovvero quegli eventi avversi che non sono avvenuti solo perché gli operatori sono stati sufficientemente bravi [o fortunati] da evitare che accadessero. Per evitare errori è la cultura che si concretizza nella stesura di linee guida discusse e condivise che, nel rispetto della buona pratica clinica e della medicina basata sull'evidenza, siano poi adattate alla realtà del singolo punto nascita [inutile dire che voglio far partorire per via vaginale le donne dopo cesareo se nella mia struttura non c'è un anestesista 24 ore su 24 e la sala operatoria è al quinto piano mentre la sala parto è al secondo...].