

Troppi tagli cesarei in Italia: le ragioni di un record

Prof.ssa Alessandra Graziottin

Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica

H. San Raffaele Resnati, Milano

La vocazione italiana al taglio cesareo si conferma: 34,1% nel 2015, più del doppio rispetto alla Spagna o alla Francia. Perché? Sempre più italiane hanno paura del parto vaginale e chiedono il taglio cesareo (TC) "di elezione", per scelta materna. Con un sostanziale paradosso: le italiane cercano il naturale in tutto, tranne che nel parto, dove hanno più fiducia nell'artificiale chirurgia, di cui non percepiscono né i rischi immediati (è un intervento addominale maggiore, con possibili complicanze chirurgiche, anestesologiche e trombotiche), né quelli per un'eventuale seconda gravidanza.

Il TC aumenta dell'1-4% il rischio di una posizione bassa della placenta ("placenta previa") nelle gravidanze successive, con rischio di emorragie e di sofferenza fetale, e del 25% di altre patologie della placenta, che si approfondisce "troppo" nel muscolo uterino (placenta "accreta"), nella sede del precedente taglio, con rischio di emorragie gravi, di asportazione d'urgenza dell'utero ("isterectomia") dopo il parto, di lunghi ricoveri in rianimazione con esiti permanenti e, a volte, emorragie inarrestabili e fatali.

Grande prudenza quindi nella scelta del cesareo "di elezione", se non esistono precise indicazioni ostetriche, soprattutto se la donna in futuro vorrà altri figli. Da dove nasce la paura del parto vaginale? Le ragioni sono motivate e serie: la donna teme il dolore e le complicanze di travagli prolungati, molto più probabili quanto più l'età materna è avanzata. A vent'anni i tessuti genitali sono super-elastici e il parto vaginale fisiologico è la regola. Più diventano fibrosi e rigidi, più i tempi si allungano e il dolore aumenta: con un'età media al primo figlio di 31 anni e 6 mesi (record europeo) e l'8% di primi figli dopo i 40 anni (record mondiale), i fattori obiettivi di travaglio prolungato e parto complicato aumentano in modo esponenziale. Una donna accetta un travaglio più lungo delle 10-12 ore medie, se le viene offerta l'analgesia peridurale, che consente alle strutture genitali di dilatarsi dolcemente e al bambino di impegnarsi con la giusta gradualità, mentre la mamma è serena in analgesia. Questo è possibile solo in una minoranza di ospedali, spesso solo durante il giorno e nei giorni feriali. Per le altre, parto con dolore incontrollato per ore, come se si fosse nel medioevo. Chiaro che la donna si angoschia e chiede o accetta la proposta di "fare presto".

Questo significa forzare le contrazioni con la rottura anticipata del sacco amniotico ("amniorexi") e con l'infusione di ossitocina, forzando la velocità del travaglio e aumentando i rischi sia di sofferenza fetale, che può richiedere il TC d'urgenza, sia di gravi lacerazioni materne, con una percezione di "parto violento" che merita molta attenzione, così come la sensazione di un'assistenza da "catena di montaggio".

Chiaro che il "passaparola" porta a un ulteriore aumento delle richieste di TC! Sul fronte medico pesano la preoccupazione di rischi medico-legali: molti ostetrici si sentono più sicuri con un cesareo programmato che con un parto naturale dalle complicanze imprevedibili (nessun parto è esente da rischi!). Due altri fattori modificabili devono essere affrontati con rigorosa determinazione: il primo è la carenza di una formazione ostetrica adeguata nelle giovani generazioni di specialisti in ostetricia e ginecologia. Se non si è in grado di assistere in modo

adeguato un parto naturale, diventa difficile e rischioso per mamma e bambino assistere bene un parto con una complicanza inattesa, grave e urgente («La sala parto ha ore di noia alternate a minuti di puro terrore: lì si vede la vera competenza!», diceva un vecchio ostetrico). Il secondo riguarda l'interesse medico economico dei TC programmati in case di cura private, che arrivano a punte dell'80-100% nel week-end in alcune regioni del Sud, mentre al Nord, negli ospedali pubblici, una donna può rischiare molto, prima di avere un TC, per "pareggiare la media nazionale" richiesta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Il vero obiettivo non deve essere "ridurre i cesarei", perché lo chiede l'OMS o "perché costano" (!), ma garantire a ogni donna e bambino la migliore modalità di parto, per quella specifica situazione ostetrica. In sala parto ci devono essere ostetrica, ginecologo e anestesista: competenti e motivati, per scegliere la nascita più sicura, che ogni coppia e ogni bambino si aspettano e meritano.