

Taglio cesareo su richiesta: quali alternative

■ La richiesta materna di un parto cesareo è una componente importante dell'incremento significativo dei Tc elettivi sia in Italia che all'estero. In questo intervento al recente congresso regionale Aogoi del Friuli Venezia Giulia, dedicato a "Le linee guida italiane sul taglio cesareo", **Ciro Guarino** affronta l'argomento a 360 gradi, soffermandosi sull'importanza dell'analisi delle motivazioni materne, ma soprattutto su alcuni aspetti chiave per un efficace programma di incentivazione del parto fisiologico

di **Ciro Guarino,**
Manuela Sansone

Struttura Complessa U.O. di Ostetricia e Ginecologia. P. O. "San Leonardo" - C/mare di Stabia (Direttore: C. Guarino)

Negli ultimi anni in tutto il mondo si è assistito ad un aumento significativo del numero totale di parti espletati con taglio cesareo, che negli Usa ha superato il 30%, dovuto in parte ad una riduzione dei parti vaginali dopo taglio cesareo (VBAC), in parte ad un aumento di primi tagli cesarei.

In particolare, dalle casistiche nazionali e internazionali emerge un dato importante ossia l'incremento significativo, sia all'estero che in Italia, dell'incidenza dei tagli cesarei elettivi.

Negli Stati Uniti una analisi epidemiologica ha evidenziato che dal 1994 al 2002 c'è stato un aumento di circa il 43.6% dell'incidenza dei tagli cesarei eseguiti in elezione, che dal 19.7% del 1994 sono passati al 28.3% del 2002 (Meikle 2005).

Analoghi dati emergono in Italia da studi epidemiologici condotti a livello regionale, che confermano una crescita del numero di tagli cesarei elettivi, in media compreso tra il 12 ed il 21% dei tagli cesarei totali, superiore a quello dei tagli cesarei effettuati in travaglio di parto (Regione Piemonte 2007, Regione Emilia Romagna 2004, Piffer 2003, Unità di Epidemiologia dell'Università di Padova 2002).

Considerato che tale dato epidemiologico è pressoché sovrapponibile in tutte le etnie, in tutte le fasce di età e in tutti i paesi sviluppati, è plausibile che esso non sia legato all'aumento di un par-

ticolare fattore di rischio, ma sia bensì correlato ad un aumento di tagli cesarei eseguiti senza indicazione medica e, quindi, su richiesta materna.

A conferma di ciò, un recentissimo studio di coorte retrospettivo condotto in Svezia ha rilevato che negli ultimi 15 anni le indicazioni al taglio cesareo elettivo sono mutate e dalle patologie fetali e/o ostetriche che prevalevano come indicazione nel 1992 si è passati alla predominanza di indicazioni "psicosociali", quali la paura del parto o la richiesta materna (Sjernerholm 2010).

Analogamente, uno studio australiano condotto sulla base di interviste anonime a ginecologi e ostetriche ha evidenziato una crescita progressiva dei tagli cesarei eseguiti su richiesta materna che nel 2006 rappresentavano il 17% dei tagli cesarei elettivi e più del 3% di tutti i parti (Robson 2009). Tuttavia, l'impatto di tale quota sul totale dei tagli cesarei è ad oggi difficilmente quantizzabile, in quanto molto spesso la "richiesta materna" è falsamente omessa tra le indicazioni, impedendo, così, non solo l'esatta valutazione quantitativa del fenomeno, ma anche la valutazione oggettiva delle conseguenze e delle implicazioni mediche (NIH 2006).

In particolare, nel nostro paese, il Modello Nazionale di Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP), che prevede una classificazione binaria con la sola distinzione tra taglio cesareo di elezione e taglio cesareo in travaglio, non consente di identificare i casi di urgenza fuori travaglio (e quindi non elettivi), né tanto meno di analizzare le indicazioni degli interventi.

Uno dei pochi studi che ha ten-

tato di quantizzare il fenomeno è stato condotto dal Centro Nazionale Collaborativo per la Salute Materna-Infantile del Regno Unito (NCC-WCH), che in una revisione sistematica di 19 studi osservazionali per un totale di 13.285 donne, ha riscontrato una percentuale di tagli cesarei su richiesta materna compresa tra il 6 e l'8% (NCC-WCH 2004).

Dietro la richiesta materna di un parto cesareo

L'analisi delle motivazioni materne rappresenta sicuramente un passaggio obbligato per la comprensione del fenomeno e per la proposta di una alternativa.

È indubbio che i cambiamenti socio-culturali degli ultimi decenni giocano un ruolo determinante in tale senso in quanto le donne, sempre più inserite nel mondo del lavoro, hanno progressivamente ridimensionato l'importanza della maternità, che non è più vista come momento centrale della propria vita, ma come uno

degli aspetti importanti da inserire nell'ambito di un più ampio percorso di affermazione personale e professionale.

In quest'ottica la scelta della modalità del parto rappresenta un'affermazione della propria autonomia e un diritto a cui non si vuole rinunciare ed, in particolare, l'orientamento verso un taglio cesareo elettivo è espressione del mutato rapporto nei confronti del travaglio e del dolore, che non vengono più ritenuti "necessari" per la nascita di un figlio.

Tuttavia, gli aspetti socio-culturali non sono gli unici elementi chiamati in causa, ma esistono numerose altre ragioni che spingono la donna verso l'intervento chirurgico, quali la paura degli esiti di un parto vaginale (danni del pavimento pelvico), l'eccessiva ansia nei confronti del parto, una precedente esperienza negativa, una complicità della gravidanza in corso, precedenti episodi di ansia e depressione, la scarsa conoscenza dei rischi legati ad una pro-

cedura chirurgica, nonché la convinzione che il taglio cesareo rappresenti un modello di assistenza più moderno e di maggiore qualità rispetto al parto spontaneo, capace di garantire la sicurezza del neonato con la rassicurazione di un evento programmato (Kringeland 2009, Robson 2008, Halvorsen 2008, Fenwick 2008, Weaver 2007, Benhauman 2002).

Una risposta personalizzata

Da quanto detto appare chiaro, dunque, che la richiesta materna di un parto cesareo nasconde una complessa interazione di aspetti psicologici, sociali e medici che solo un adeguato rapporto medico-paziente può analizzare e cercare di risolvere con valide alternative.

Infatti ad una richiesta materna di intervento chirurgico non è possibile offrire un'alternativa universale, ma è necessario personalizzare la risposta dopo un'attenta valutazione del caso.

Dalle statistiche su riportate emerge che le motivazioni materne possono essere grossolanamente distinte in due gruppi: fattori direttamente correlati all'evento parto (paura del dolore, paura degli esiti vaginali, inconsapevolezza dei rischi chirurgici) e fattori personali psico-sociali (precedenti esperienze negative, depressione/ansia).

Premesso che molte volte le differenti motivazioni coesistono nella donna, è indubbio che cercare di individuare precocemente l'aspetto preponderante della richiesta è fondamentale per attuare una strategia efficace di dissuasione dall'intervento chirurgico.

Il Tc su richiesta materna rappresenta un argomento molto spinoso dell'ostetricia moderna in quanto, pur avendo un grandissimo impatto sulla salute pubblica e sulla spesa sanitaria, non è supportato da dati scientifici rilevanti ed è reso ancora più difficile da gestire per il complesso dibattito bioetico che lo contraddistingue e che vede contrapporsi il dovere del medico di agire "secondo scienza e coscienza" con il diritto della donna di scegliere le cure. Secondo le linee guida dell'Acog del 2007 si definisce taglio cesareo su richiesta materna un "primo taglio cesareo elettivo in assenza di indicazioni mediche e/o ostetriche" (Acog 2007) anche se, come ben noto a tutti, nella pratica clinica quotidiana sono preponderanti le richieste di taglio cesareo elettivo nelle pazienti già cesarizzate.





fluenza dell'analgia peridurale sul travaglio di parto e quindi resta la paura che gli effetti negativi possano superare il beneficio prodotto alla paziente in termini di qualità del travaglio. E' tuttavia da rimarcare che l'assoluta maggioranza di colleghi che esprime riserve sull'analgia del travaglio di parto non opera in strutture ove tale tecnica rientri nella routine quotidiana.

Un'altra alternativa al taglio cesareo di elezione per la paura del dolore in travaglio di parto può essere l'immersione in acqua che stimolando il rilassamento della muscolatura e la produzione di endorfine, genera nella donna un rapido effetto analgesico, che le consente di vivere con più serenità e, quindi, con maggiore consapevolezza e partecipazione, l'evoluzione del travaglio.

Inoltre, dai numerosi dati della letteratura nazionale e internazionale, oltre che da quelli personali che saranno resi noti in occasione del prossimo congresso Sigo di Milano, è risultato che l'immersione in acqua determina una riduzione dei tempi del travaglio, una diminuzione del ricorso all'episiotomia, nonché una minore interferenza da parte degli operatori.

Quindi il parto in acqua consente di recuperare quell'aspetto di naturalità dell'evento nascita, grazie al rispetto della fisiologia, lasciando la futura madre padrona di gestire in maniera attiva ed autonoma il suo travaglio ed il suo parto, accompagnata dalla presenza del marito, in un ambiente confortevole, che ricordi possibilmente quello domestico, ambiente in cui il personale addetto è ospite discreto, ma attento.

Né va tralasciato che l'assistenza al parto in acqua, in cui il rispetto dei tempi "naturali" dell'evento nascita rappresenta un elemento irrinunciabile, consente anche di educare gli operatori assistenti al parto all'attesa, promuovendo in tal modo una migliore comprensione della fisiologia della nascita e dei bisogni basilari delle donne in travaglio. Tuttavia anche per questa modalità di assistenza al travaglio e al parto esistono a tutt'oggi grandi limiti organizzativi, che non consentono una offerta omogenea, su tutto il territorio nazionale, di presidi ospedalieri attrezzati per l'espletamento del travaglio e del parto in acqua.

Counselling e consenso informato

Fin quando non saranno garantite a tutte le donne le summenzionate opportunità è ovvio che il fulcro della gestione di una richiesta materna di intervento chirurgico resta il counselling e il consenso informato.

Infatti, affinché la donna effettui una scelta realmente autonoma, è fondamentale che ella sia resa parte attiva del percorso nascita e che sia informata nel corso di tutta la gravidanza e, successivamente, al momento del parto in modo scientificamente corretto e facilmente comprensibile dal proprio livello culturale sui possibili

rischi materni e fetali correlati al taglio cesareo ed al parto vaginale, così da aiutarla a sfatare falsi miti che albergano nella sua mente, quali, ad esempio, il sicuro migliore outcome materno e neonatale con taglio cesareo rispetto al parto vaginale.

È essenziale che l'informazione sia il più oggettiva possibile, anche se nella realtà è inevitabile che le opinioni e le convinzioni dei singoli professionisti si riflettano nelle modalità del counselling. Infatti, a dimostrazione di ciò, in un recente studio condotto per valutare le attitudini dei ginecologi europei nei confronti del taglio cesareo senza indicazione medica, gli autori hanno evidenziato, tra i fattori significativamente associati ad un parere favorevole, il lavoro presso una clinica universitaria, la paura di ripercussioni medico-legali e l'esperienza personale, mentre l'essere donna e avere dei bambini riduce la tendenza ad assecondare una richiesta materna di taglio cesareo (Habiba 2006).

Ancora, uno studio europeo condotto tra le ginecologhe, ha evidenziato che nel 31% dei casi dichiaravano di scegliere per sé un taglio cesareo elettivo e nel 69% dei casi di essere favorevoli all'accettazione di una richiesta materna di parto laparotomico (Eur J Obst 1997).

Infine, uno studio inglese, finalizzato all'analisi delle preferenze dei medici circa la modalità del parto, ha evidenziato che il 17% dei medici maschi ed il 33% dei medici donne opterebbe, per le loro partner o per sé, per un taglio cesareo, soprattutto al fine di ridurre il rischio di danni al pavimento pelvico (Mc Gurgan 2001). A tal proposito, sembra importante sfatare questo falso mito circa gli effetti del parto vaginale sulla statica pelvica, che risiede non solo tra le donne ma anche, purtroppo, tra i medici.

Infatti, ad oggi, in tutta la letteratura internazionale, non esistono studi randomizzati controllati che diano evidenze scientifiche di tipo I A su tale problematica, ma alla luce di tutte le più recenti evidenze scientifiche (O'Boyle 2002, O'Boyle 2003, O'Boyle 2005, Sze 2002, Wijma 2001, Mc Kimie 2005, Hong 1988, Wirktrup 1992, Thorp 1999, Buchsbaum 2005, Buchsbaum 2002, Rortveit 2001) appaiono chiari alcuni punti chiave dell'eziopatogenesi delle disfunzioni del pavimento pelvico:

- la gravidanza in sé è responsabile di alterazioni significative a carico delle strutture pelviche sulle quali è scarsa o assente l'influenza della modalità del parto;
- l'effetto protettivo della nulliparità si perde progressivamente con l'aumentare dell'età;
- la predisposizione genetica svolge un ruolo importante nello sviluppo futuro di patologie del pavimento pelvico indipendentemente dalla parità.

E, d'altro canto, il semplice dato epidemiologico che rileva una prevalenza invariata di patologie del pavimento pelvico a fronte di un aumento progressivo, ormai più che quadruplo, dell'inciden-

za di tagli cesarei negli ultimi 25 anni, è la chiara dimostrazione del ruolo marginale, se non nullo, che la modalità del parto ha sul rischio di tali patologie. L'aspetto "culturale", quindi, rappresenta il punto nodale di tutta la questione, in quanto solo l'acquisizione costante e la diffusione corretta dell'informazione scientifica può essere a fondamento di un serio programma di incentivazione del parto spontaneo, così come dimostrato dall'esperienza quotidiana dei gruppi che si sono impegnati concretamente in questo percorso, agendo secondo evidenze scientifiche forti ed in maniera omogenea.

La nostra esperienza

A sostegno di quanto detto l'esperienza di Castellammare di Stabia, sede dell'U.O.C. di ostetricia e ginecologia che ho l'onore di dirigere, rappresenta la testimonianza che una costante e adeguata divulgazione di informazioni da parte sia del personale sanitario dell'U.O., che del personale sanitario operante sul territorio, può efficacemente modificare l'atteggiamento culturale dell'utenza locale, che va sensibilizzata mediante l'organizzazione di incontri con pazienti e la promozione di convegni tematici al fine di recuperare la centralità della donna nel parto e l'importanza del parto fisiologico.

Ed il risultato di questo nuovo atteggiamento culturale è che, a differenza delle altre realtà nazionali ed internazionali in cui sono soprattutto le primigravide a richiedere un taglio cesareo senza indicazione, nel 100% dei casi verificatisi nella nostra U.O. si è trattato di donne già cesarizzate almeno una volta.

In conclusione, benché non esista ancora un approccio univoco e condiviso a questo fenomeno sempre in ascesa è evidente che il miglioramento del dialogo medico-paziente, nonché l'omogeneità dei comportamenti, deve essere l'obiettivo principale di un programma di sensibilizzazione sulla richiesta materna di taglio cesareo, affinché le scelte della donna siano realmente informate e le decisioni del clinico siano improntate ad un concetto di responsabilità basata non solo sulla competenza tecnica, ma anche e soprattutto sulla comprensione empatica delle problematiche della donna.

PER SAPERNE DI PIÙ

1. ACOG Committee Opinion n°394 dec 2007. Cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol* 2007 dec;110(6):1501
2. NIH State of Science Conference Statement on caesarean delivery on maternal request. *NIH Consensus State Sci Statements* 2006
3. Coleman VH et al. Rising cesarean delivery rates: the impact of cesarean delivery on maternal request. *Obstet Gynecol Surv* 2009
4. NCC-WCH Cesarean section. *Clinical guideline* 2004
5. Stjernholm YV et al. Changed indications for caesarean sections. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010
6. Robson SJ et al. Estimating the rate of caesarean section by maternal request: anonymous survey of obstetricians in Australia. *Birth* 2009 Sep

7. Assessorato della Sanità. *Nascere in Piemonte* 2007
8. ISTAT 2006 *Gravidanza, parto, allattamento al seno*
9. Meikle SF et al. A national estimate of elective primary cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 2005;105:751-6
10. Piffer S et al. Osservatorio epidemiologico-direzione promozione ed educazione alla salute - Azienda Provinciale per i servizi sanitari Trento 2003
11. *Unità di epidemiologia e medicina di comunità dell'Università di Padova* 2002
12. Regione Emilia Romagna. *La nascita in Emilia Romagna - 1° rapporto sui dati del CeDAP* 2004
13. Fenwick J et al. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy? *Midwifery* 2008 Dec
14. Robson S. et al. Elective caesarean delivery at maternal request: a preliminary study of motivations influencing women's decision-making. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2008 Aug
15. Kringeland T et al. What characterizes women in Norway who wish to have a caesarean section? *Scand J Public Health* 2009 Jun
16. Halvorsen L et al. Is there an association between psychological stress and request for caesarean section? *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008 Jun
17. Benhamou D, Tecsy M, Parry N, Mercier FJ, Burg C. Audit of an early feeding program after caesarean delivery: patient well-being is increased. *Can J Anaesth* 2002; 49: 814-9
18. Wax JR, Cartin A, Pinette MG, Blackstone J. Patient choice caesarean: an evidence-based review. *Obstet Gynecol Survey* 2004; 59: 601-16
19. O'Boyle et al. Pelvic organ support in nulliparous pregnant and non pregnant women: a case-control study. *Am J Obstet Gynecol* 2002
20. O'Boyle et al. the natural history of pelvic organ support in pregnancy. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2003
21. O'Boyle et al. Pelvic organ support in pregnancy and postpartum. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005
22. Sze et al. Pregnancy, labor, delivery and pelvic organ prolapse. *Obstet Gynecol* 2002
23. Wijma et al. Anatomical and functional changes in the lower urinary tract during pregnancy. *BJOG* 2001
24. Mc Kimie et al. The effect of pregnancy and mode of delivery on the prevalence of urinary and fecal incontinence. *Am J Obstet Gynecol* 2005
25. Fritel et al. From delivery mode to incontinence. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2005
26. Kadl et al. Pregnancy, labor and delivery: the pelvic floor injury 2004
27. Thorp et al. Urinary incontinence in pregnancy and the puerperium: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 1999
28. Buchsbaum et al. Urinary incontinence in nulliparous women and their parous sisters. *Obstet Gynecol* 2005
29. Buchsbaum et al. Prevalence of urinary incontinence and associated risk factors in a cohort of nuns. *Obstet Gynecol* 2002
30. Rotveit et al. Age and type-dependent effects of parity on urinary incontinence: the Norwegian EPINCONT Study. *Obstet Gynecol* 2001
31. Survey of obstetrician's personal preference and discretionary practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1997
32. C. Guarino *Indicazioni al taglio cesareo: tra falsi miti e nuove evidenze scientifiche. Editeam* 2008
33. Mc Gurgan P et al. A national confidential survey of obstetricians personal preference regarding mode of delivery. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;97:17-9
34. Habiba M et al. Cesarean section on request: a comparison of obstetricians attitudes in eight European countries. *BJOG* 2006 jun;113(6):647-56

Nel caso in cui le motivazioni materne siano prevalentemente correlate all'evento nascita le proposte alternative si basano essenzialmente su: l'offerta di metodiche di assistenza al parto che assicurino un'adeguata analgesia; una libertà di gestione del travaglio; una condivisione dell'esperienza con il proprio partner.

Il controllo del dolore

Il controllo del dolore, da sempre peggiore paura delle partorienti, rappresenta un elemento fondamentale per migliorare la compliance delle donne al parto vaginale e per ridurre la percentuale delle richieste materne di taglio cesareo.

A ciò va aggiunta l'osservazione che il trattamento del dolore in travaglio apporta sicuri benefici sia alla madre, consentendo il parto vaginale in quelle condizioni in cui sarebbe controindicato un travaglio di parto (patologie cardio-respiratorie, endocrine, neurologiche, psichiatriche), sia al feto, riducendo il rischio dei possibili effetti negativi secondari al dolore intenso e prolungato attraverso la riduzione delle richieste metaboliche materne e l'aumento della perfusione placentare.

Va sottolineato, inoltre, che tra i ginecologi italiani persistono ancora numerosi dubbi circa l'in-