

“Troppi cesarei? Parliamone”: a colloquio con Luis Cabero Roura

Non sempre le ragioni sono bioeticamente accettabili

di Arianna Alberti

Pensiero lucido ed eloquio coinvolgente. Gli interventi del professor Cabero Roura nei più importanti meeting internazionali di ginecologia e ostetricia lasciano il segno anche per l'umanità e la passione medica che sa trasmettere. Socio onorario Aogoi (da tanti anni ci onora della sua presenza ai congressi nazionali Sigo-Aogoi e alle principali iniziative promosse dalla nostra Associazione), il professor Cabero Roura, che vive e lavora a Barcellona, è una figura di spicco della ginecologia mondiale: già vicepresidente della Federazione internazionale di Ginecologia e ostetricia e membro dell'Executive Committee of European Board and College of Obstetrics and Gynecology, è candidato alla presidenza della Figo al prossimo congresso mondiale di Cape Town.

Lo abbiamo incontrato a Villasilvius, in occasione del 9° Corso di Medicina Embrio-fetale e Perinatale organizzato dal presidente Aogoi Giovanni Monni, dove Cabero ha svolto un'interessante relazione sulle problematiche legate all'eccesso di parti cesarei. Con la consueta gentilezza ci ha dato l'opportunità di porgli alcune domande su questo tema che Aogoi considera di prioritario interesse e a cui ha riservato uno spazio importante nel prossimo congresso nazionale di Bari.

Professor Cabero, lei ha tracciato un quadro molto esaustivo delle cause dell'aumento dei parti cesarei a partire da uno schema che vede da una parte “la donna”, al centro “il medico” e dall'altra parte “il contesto”.

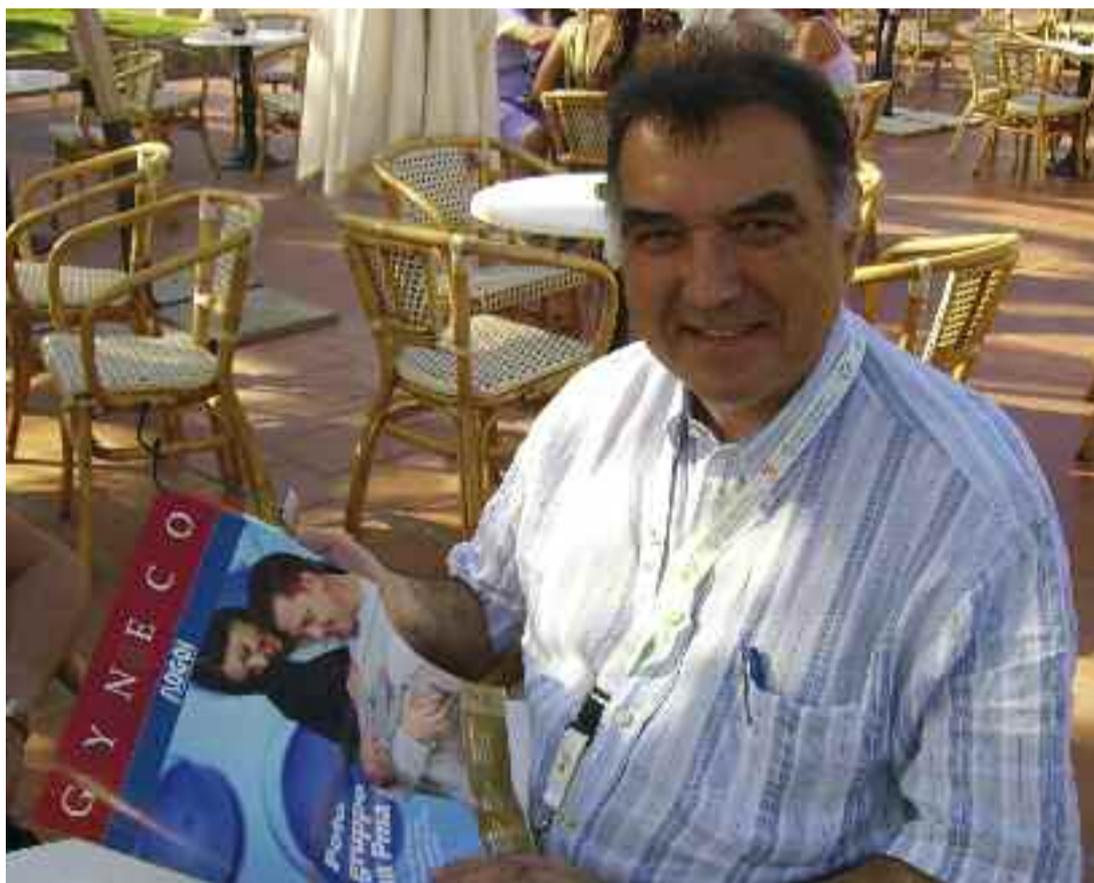
Secondo lei il medico è un po' l'ago della bilancia?

Non è proprio così, anche se va detto con chiarezza che il medico è uno dei principali “responsabili” – o meglio, artefici – di questa situazione.

Le ragioni dell'eccesso di Tc, come si sa, sono molteplici.

Sono di tipo organizzativo, innanzitutto, legate alla struttura e alle necessità di programmazione. Ci sono ospedali che dispongono di un anestesista due volte a settimana: se ci si aspet-

Riprendiamo il nostro approfondimento sui Tc con un'intervista al professor Cabero Roura, figura di spicco della ginecologia internazionale e candidato alla presidenza della Federazione internazionale di ginecologia e ostetricia al prossimo congresso mondiale di Cape Town



ta un parto difficile ecco che si programma un cesareo in funzione della sua presenza.

Spesso le ragioni sono mediche, per cui il cesareo è necessario e rappresenta un'arma terapeutica.

Altre volte, tuttavia, i motivi sono difficilmente spiegabili. È innegabile che ci sono cesarei non necessari, che vengono fatti per ragioni che nulla hanno a che vedere con la biologia ma, per esempio, per timore di un contenzioso medico-legale o per insicurezza personale dell'ostetrico al momento dell'assistenza, per problemi di tempo, di agenda (la necessità di essere in due posti contemporaneamente) e di comodità personale (per non dover lavorare la notte o nei week-end).

“Con un buon screening prenatale potremmo fare solo i cesarei necessari”

C'è poi l'aspetto economico. Con un taglio cesareo si guadagna di più che con un parto per via vaginale. Non è da sottovalutare anche un altro aspetto: il cesareo permette di instaurare una relazione più lunga con la paziente, la lega di più al suo medico.

Ebbene, tutte queste situazioni non hanno nulla a che vedere con la biologia né con la scelta della donna né con la struttura,

ma dipendono dal medico e sono le principali ragioni che portano all'aumento dei parti cesarei sia nelle strutture private sia in quelle pubbliche, dove il problema è meno rilevante.

Il medico privato ricorre più facilmente al cesareo. Qual è il motivo principale?

Dobbiamo considerare che il medico privato deve prendere delle decisioni “da solo” e se pensa che il parto per via vaginale possa comportare il minimo problema non esiterà a optare per un cesareo. Quando si lavora in equipe, si condividono le responsabilità. Il training in questo ha un grande peso: nelle strutture pubbliche il medico può condividere le responsabilità e le competenze,

ma un medico privato molte volte è solo con la sua paziente e deve avere le sufficienti capacità per prendere una decisione. Sa che il minimo problema potrebbe tradursi in uno stigma professionale molto amplificato.

Lavorando in équipe, invece, le responsabilità si condividono ed è più facile gestire un parto per via vaginale.

Non dimentichiamo, infatti, che la gestione di un parto per via vaginale presuppone un'adeguata preparazione. Bisogna essere preparati e sentirsi in grado di far fronte alle eventuali complicazioni.

I bravi piloti, che hanno la sicurezza di “saper tenere bene la macchina in curva”, si cimentano in percorsi difficili perché sanno che alla minima sbandata saranno in grado di riportarla in assetto. Un automobilista di scarsa esperienza non vuole cimentarsi su una strada difficile. Se può, ne sceglie una senza curve. E fa bene. Così il medico, se non si sente sicuro di poter gestire un parto vaginale è meglio che opti per il cesareo.

La ritengo una motivazione comprensibile ed eticamente accettabile. Ma non mancano altre ragioni, meno “oneste” e dunque meno bioeticamente accettabili.

La scarsa preparazione impartita dalle Scuole di specializzazione è un problema importante, come lei ha più volte sottolineato.

Sì, certo. C'è però bisogno anche di un cambiamento culturale. I giovani specialisti, magari, vanno dall'altra parte del mondo per apprendere le tecniche laparoscopiche, ecografiche, oncologiche. Ma non c'è nessuno specialista che vada in un centro per apprendere come gestire un parto per via vaginale. Non è un ambito che attrae. Il training inoltre è solo un aspetto del problema, perché ci sono professionisti molto preparati e con molta esperienza che sono i primi a fare i cesarei, soprattutto nel privato.

Lei ha parlato di “cesareo come alternativa, cesareo come appropriatezza”. E la donna, che peso ha la sua scelta in tutto questo? Spesso, infatti, si sente dire che sono loro, le donne, a richiedere il taglio cesareo perché si sentono più sicure.

Le donne spesso pensano che il cesareo sia più sicuro ma non è così. Vi è senz'altro una certa pressione sociale e mediatica. Si sente: “la regina ha fatto un cesareo, la star del cinema o la cantante famosa hanno fatto un cesareo”. E si pensa “perché non dovrei farlo anch'io?”.



Due immagini del professor Luis Cabero Roura a Villasimius. Nella foto in alto è con la vicepresidente Aogoi Valeria Dubini

Ma è vero anche che l'informazione che viene loro fornita, spesso anche da parte del medico, è in qualche modo parziale e non basata sull'evidenza. È incompleta. La donna ha il diritto di decidere, però deve essere informata chiaramente: quando firma il consenso deve essere consapevole (lo dice la letteratura) che con il cesareo ha una probabilità sette volte superiore di morire lasciando orfano il suo bambino, di andare incontro a un'isterectomia, a un problema con l'intestino o con l'apparato urinario, a una colostomia, a una placenta previa o a una proxioplacenta, a un acrotismo placentare. È vero che sono casi limitati ma ci sono e se facciamo il raffronto con il parto vaginale queste probabilità sono molto alte. Non bisogna però dimenticare che anche il parto vaginale mal fatto è pericoloso: quando facciamo un'episiotomia non necessaria; quando applichiamo il forcipe e produciamo lesioni cervicali anche se non serve... Se sappiamo invece aspettare, lasciando la donna libera di assumere le posizioni che preferisce, senza fare clisteri, senza usare l'ossitocina (se non necessaria), se facciamo l'epidurale quando va fatta, allora il parto vaginale è molto sicuro. Tutto ciò va utilizzato se il parto devia dalla normalità, ma se il parto è normale, come nel 90 per cento dei casi, noi non dobbiamo fare niente, dobbiamo fare solo un buon controllo prenatale. Per esempio dobbiamo rilevare con molta attenzione la macrosomia che è la causa di molti cesarei per disproporzione. In questo senso se si facesse un cesareo a tutte le primipare con un feto di pe-

so stimato superiore ai 4300 g si eviterebbe il problema della distocia di spalle. Con uno screening prenatale del peso del bambino e un buon controllo prenatale che valuti il distress fetale potremmo fare solo i cesarei necessari.

Voi medici dunque potete fare molto per invertire questo trend, anche se lei si è detto pessimista a riguardo. Cosa può innescare

un vero cambiamento?

Credo che il cambiamento passi per l'informazione alla donna e la formazione del medico. Trovo molto eloquente il dato che il 30 per cento delle ginecologhe scelga di partorire con il cesareo.

Ci vogliono programmi specifici di informazione alle donne e di formazione per i medici. Vanno inoltre risolte alcune questioni innanzitutto di tipo assi-

curativo (le assicurazioni dovrebbero pagare la stessa cifra per un parto vaginale e un cesareo) e di tipo medico-legale. A questo proposito valuto molto positivamente i protocolli congiunti tra la nostra società scientifica nazionale e la magistratura, in cui vengono indicati i casi in cui va fatto il cesareo. Il protocollo è la miglior difesa medico-legale ma certo può anche divenire una potente arma contro il medico se non vi si attiene.

Professor Cabero, lei ha detto che il tasso di cesarei non può essere un buon indicatore di qualità di un ospedale.

Sì, penso sia sbagliato difendere i cesarei quanto essere contro. Gli ospedali devono avere il diritto di definire le loro linee cliniche. Bisogna elaborare delle linee guida che prevedano i casi in cui si rende necessario, dei protocolli coerenti. L'obiettivo deve essere sempre quello di offrire il massimo alle donne. Un cesareo può anche essere evitato trasferendo la donna, laddove se ne profili la necessità, in strutture più attrezzate, con unità di terapia intensiva neonatale. Gli ospedali con meno di 500 parti all'anno, si sa, presentano alti rischi e hanno un alto tasso di parti cesarei.

L'umanizzazione della medicina e le medical humanities sono

temi che le stanno particolarmente a cuore. Quanto è importante umanizzare l'evento parto?

L'umanizzazione non deve concentrarsi solo sull'evento parto, deve esserci sempre, è parte integrante della nostra professione. Il parto fisiologico (che non significa parto non controllato) richiede forse un'attenzione più mirata all'umanizzazione delle strutture, ma è importante in tutte le circostanze: nel consulto pregestazionale, in quello prenatale, quando la donna viene a fare le ecografie, quando si ammalia di cancro alla mammella o all'ovaio, quando le muore un figlio.

Dai suoi discorsi, dalle sue relazioni congressuali, traspare un grande amore per la ginecologia. Un amore, quello per la sua professione, che ha saputo trasmettere anche in famiglia...

Forse ho saputo trasmettere qualcosa dell'amore per la mia professione ai miei tre figli - due femmine e un maschio - visto che sono tutti e tre ginecologi (la più piccola sta finendo la specializzazione). Sì, il principale segno dell'amore per la mia professione è che tutti e tre i miei figli abbiano scelto di fare i ginecologi. Y

Riconoscimenti per la ginecologia italiana

Sego e Socg hanno conferito l'associazione onoraria a Giovanni Monni e a Mario Campogrande

Giugno ricco di riconoscimenti per la ginecologia italiana. Prima è stata la volta del presidente Aogoi Giovanni Monni, nominato Membro di Onore della Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Sego), durante il 30° Congresso Nazionale tenutosi a Barcellona dal 15 al 19 Giugno 2009.



Il presidente della SEGO, Bajo Arenas, consegna a Giovanni Monni il riconoscimento

"The Spanish Society of Gynecology and Obstetrics (Sego) - riportava impresso la targa commemorativa - have decided to nominate to Professor Giovanni Monni, as honorific member of our society, according to the scientific contribution and relevant merit in progress of our speciality."

È toccato poi al Presidente onorario Aogoi Mario Campogrande. A conferire il riconoscimento la Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (Socg) nel corso del suo 65° Annual Clinical Meeting tenutosi a Halifax dal 17 al 21 giugno. L'honorary fellowship a Campogrande è giustificata dalla sua carriera: "è un pioniere nel campo della ginecologia e dell'ostetricia in Italia, dove

è stato tra i primi ad impiegare gli ultrasuoni", hanno giustificato i ginecologi canadesi. "Durante la carriera ha inoltre profuso il suo tempo nell'insegnamento della disciplina, [ed] avviato programmi per la prevenzione del cancro al seno e del tumore della cervice uterina".



Mario Campogrande