

Il taglio cesareo gentile: diffusione in Italia, razionale ed esperienza dell'Ospedale Martini di Torino

NEL 2018 L'OMS HA PRODOTTO UNA LINEA GUIDA DENOMINATA "INTRAPARTUM CARE FOR A POSITIVE CHILDBIRTH EXPERIENCE"(1), che per la prima volta ha chiaramente sottolineato che la sicurezza "fisica" della nascita per le madri e i loro bambini non è un obiettivo sufficiente. In questo documento viene riconosciuto come l'esperienza complessiva di nascita abbia un impatto sulla salute a lungo termine delle madri, dei bambini e delle famiglie.

Al fine di garantire un'esperienza positiva di nascita l'Oms raccomanda l'adesione alla "respectful maternity care", definita come quell'assistenza alla maternità che preserva la dignità e la privacy della donna, assicura libertà da danni e maltrattamenti e permette la scelta informata e il supporto continuo durante travaglio e parto. Nonostante queste raccomandazioni siano ormai datate la loro applicazione non è ancora ubiquitaria, e l'Italia non fa eccezione.

Nel 2021 una controversa indagine Doxa (2) ha rivelato che il 21% delle donne italiane ritiene di essere stata vittima di violenza ostetrica durante il parto e 4 donne su 10 riportano di essere state sottoposte in tale occasione a pratiche cliniche dannose per la propria dignità o integrità psicofisica.

In Italia il tasso di tagli cesarei è del 29,8% (CEDAP 2024): ciò significa che circa 1 nascita su 3 avviene mediante taglio cesareo.

Diventa quindi essenziale che anche questa procedura sia oggetto di attenzione per quanto riguarda l'adozione di pratiche cliniche rispettose e in grado di garantire un'esperienza di nascita positiva.

Purtroppo, ad oggi, se si sta osservando un maggior focus su questo tema nel caso del



CARLOTTA PACE
S.C. Ostetricia I livello
- Ginecologia II livello,
Ospedale Martini, Asl Città
di Torino



MARCO CAMANNI
S.C. Ostetricia I livello
- Ginecologia II livello,
Ospedale Martini, Asl Città
di Torino

parto vaginale, lo stesso non si può dire per il taglio cesareo.

Basti osservare, ad esempio, che nel rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità sull'evento nascita in Italia il dato della presenza in sala parto della persona di fiducia della donna viene riportato unicamente per i parti vaginali (3).

Questionario

Nel 2025 la S.C. Ginecologia e Ostetricia dell'Ospedale Martini di Torino, insieme all'Associazione Il Parto Positivo e all'Ente del Terzo Settore Sogno-Ets, ha diffuso in Italia un questionario online dal titolo "Buone pratiche cliniche per il taglio cesareo".

Tale questionario era rivolto, in due forme diverse, a Ginecologi/he e Ostetriche/i dei Punti Nascita italiani e alle donne sottoposte a taglio cesareo negli anni 2019-2025.

Le domande riguardavano sia le pratiche assistenziali previste dal protocollo Erac (Enhanced Recovery After Cesarean), sia la procedura del cosiddetto "taglio cesareo gentile".

La raccolta dati è stata effettuata dal 1° gennaio al 31 dicembre 2025.

Per quanto riguarda il questionario rivolto alle pazienti, sono state ottenute 412 risposte, di cui 334 complete.

Nell'analisi successiva si è deciso di escludere le donne sottoposte a taglio cesareo negli anni 2020-2021-2022, per l'influenza delle restrizioni Covid sulle esperienze riportate.

Sono state quindi analizzate un totale di 210 risposte, provenienti da tutte le Regioni italiane eccetto Abruzzo, Basilicata e Molise.

Relativamente all'applicazione del protocollo Erac, solo il 14,5% delle donne ricorda di aver

ricevuto informazioni relative allo stesso in fase di prericovero.

Nel 59% dei casi è stato richiesto un digiuno preoperatorio da cibi solidi superiore alle 8 ore. Solo il 9,2% delle pazienti ha potuto assumere liquidi fino a 2 ore prima dell'intervento.

Solo il 15,7% delle donne riferisce di aver ripreso a bere entro 2 ore dalla fine dell'intervento e il 29% delle donne riferisce di aver ripreso ad introdurre alimenti solidi più di 12 ore dopo.

Il 99% delle donne si è detta molto/abbastanza d'accordo con l'idea che "il parto cesareo non sia solo l'estrazione di un feto ma un incontro fondamentale da proteggere", con l'idea che "entrambi i genitori vadano coinvolti e sostenuti nel primo contatto con il neonato" e con l'idea che "la transizione del feto dalla vita intrauterina alla vita extrauterina dovrebbe essere dolce, graduale e protetta".

Il 58% delle donne riteneva di conoscere poco o per nulla la procedura del taglio cesareo gentile. Per quanto riguarda i tagli cesarei programmati, solo il 21% delle donne ha ricevuto una proposta attiva di taglio cesareo gentile e un altro 5,3% lo ha ottenuto su richiesta.

Sempre relativamente ai tagli cesarei programmati, la sala operatoria è stata descritta come un ambiente calmo e silenzioso solo dal 33% delle donne; solo il 13% delle donne ha riportato la presenza di luci soffuse e il 18% ha riferito l'uso della musica.

Il 44,7% delle donne ha raccontato che durante l'intervento di taglio cesareo "gli operatori parlavano d'altro tra loro".

Nel 59% dei casi non è stato possibile l'ingresso di una persona di fiducia della paziente in sala operatoria.



Nel 73.6% dei casi non è stato possibile assistere all'estrazione del feto.

Il contatto pelle a pelle precoce tra madre e neonato è stato avviato durante l'intervento solo nel 38% dei casi; inoltre, nell'82% di questi è durato soltanto per pochi minuti, per lo più interrotto senza evidenti ragioni cliniche (47.5% dei casi). Solo nel 42% dei casi è stato proposto in alternativa il contatto pelle a pelle con l'altro genitore. Nel 40.8% dei casi il contatto pelle a pelle con la madre non è stato ripreso nemmeno al termine dell'intervento, ma solo tardivamente dopo il rientro in reparto.

Per quanto riguarda il questionario per gli operatori, sono state ottenute 295 risposte, di cui 145 complete (94 da ginecologhe/i e 51 da ostetriche/i, provenienti da tutte le Regioni italiane eccetto il Molise).

Solo il 50% degli operatori ha dichiarato di conoscere abbastanza/molto bene il protocollo Erac e solo il 33% degli operatori ha riferito che il protocollo viene applicato nel proprio Centro. Il 45% degli operatori non utilizza una procedura standardizzata per l'ottimizzazione dei valori di emoglobina pre-intervento.

Per quanto riguarda il digiuno preparatorio, solo il 44% degli operatori dà indicazione a limitare il digiuno dai liquidi limpidi alle 2 ore pre-operatorie e il 90% degli operatori non consiglia un carico orale di carboidrati durante la finestra di digiuno dai solidi.

Per il 70% degli operatori la ripresa dell'assunzione di liquidi per via orale avviene più di 2 ore dopo l'intervento e solo nel 6.2% dei casi l'introduzione di cibi solidi avviene entro 4 ore, con persistenza dell'abitudine a prescrivere una dieta "leggera" in prima giornata (73% dei casi). Il 52% degli operatori ha riferito di rimuovere il catetere vescicale entro 6-12 ore dalla fine dell'intervento; la mobilitazione precoce nel post-operatorio è stata riportata dal 93% degli operatori.

Solo il 40% degli operatori ha riferito che nel proprio Centro la donna può essere assistita da una persona di fiducia durante tutta la degenza. Il 62% degli operatori ha dichiarato di conoscere abbastanza o molto bene la procedura del taglio cesareo gentile.

Il 97% degli operatori si è detto molto/abbastanza d'accordo con l'idea che "il parto cesareo non sia solo l'estrazione di un feto ma un incontro fondamentale da proteggere", con l'idea che "entrambi i genitori vadano coinvolti e sostenuti nel primo contatto con il neonato" e con l'idea

che "la transizione del feto dalla vita intrauterina alla vita extrauterina dovrebbe essere dolce, graduale e protetta".

Solo il 22% degli operatori ritiene che la presenza del partner o di altra persona di fiducia accanto alla paziente in sala operatoria sia di ostacolo e solo il 2.7% degli operatori ritiene che la procedura del taglio cesareo gentile aumenti i rischi correlati all'intervento (con preoccupazione prevalente per i rischi di natura medico-legale).

Nonostante gli ostacoli culturali sembrano percentualmente poco rilevanti, solo il 21% degli operatori propone attivamente il taglio cesareo gentile, mentre un altro 21% lo esegue su richiesta delle pazienti.

La procedura viene attivata prevalentemente per i tagli cesarei elettivi a basso rischio, mentre solo il 21.3% degli operatori la applica in caso di tagli cesarei elettivi ad alto rischio (placenta previa, pregresse isterotomie multiple, preclampsia...), solo il 34.4% in caso di taglio cesareo urgente per distocia del travaglio e solo il 19.7% in caso di taglio cesareo urgente per alterazioni cardiocografiche senza caratteri di emergenza.

Anche laddove la procedura del taglio cesareo gentile viene riferita come applicata, spesso sembra mancare un protocollo strutturato: il 29% degli operatori riporta assenza di attenzione alla preparazione della sala operatoria (relativamente a limitazione dei rumori non necessari, uso della musica, luce soffusa); il 22.6% degli operatori non riferisce alcuna attenzione particolare al posizionamento della paziente (es. torace libero da elettrodi ecg, braccio dominante non legato e privo di accesso venoso); il 21% degli operatori riferisce che non è possibile l'ingresso in sala operatoria di una persona di fiducia scelta dalla paziente; nel 63% dei casi i genitori non possono assistere all'estrazione del feto; nel 5% dei casi viene ancora praticato il clampaggio immediato del funicolo; nel 22.5% dei casi il contatto pelle a pelle con la madre non viene avviato in sala operatoria e, anche qualora questo avvenga, il 43% degli operatori ne riporta una durata di pochi minuti; la maggior parte degli operatori riferisce che è invece possibile il contatto pelle a pelle con il padre (88.6%), per lo più in un locale separato.

L'applicazione della procedura del taglio cesareo gentile, secondo gli operatori intervistati, è limitata da ostacoli culturali (45.6%), organizzativi (35%) o strutturali (8.8%).



Il Taglio Cesareo Gentile

Come l'anestesista William Camann ha scritto nel 2016 (4), il taglio cesareo è allo stesso tempo un intervento chirurgico maggiore e un evento epico e miracoloso nella vita di una famiglia.

Storicamente, i rituali e i processi comuni alle procedure chirurgiche maggiori hanno dominato la nascita tramite taglio cesareo, ma oggi sappiamo che un'altra modalità è possibile.

Il taglio cesareo "gentile" o "family-centered" è un approccio al parto cesareo che riduce l'enfasi sui rituali e i processi chirurgici e sposta il focus sulla madre, il neonato e la famiglia.

Il protocollo del taglio cesareo "gentile" integra procedure cliniche basate sull'evidenza e pratiche non cliniche di assistenza rispettosa alla nascita, che possono essere implementate facilmente e a costo zero.

LA PROCEDURA SI BASA SU 5 PILASTRI:

1. Attenzione all'ambiente

2. Presenza dell'altro genitore o di altra persona di fiducia

3. Estrazione lenta del feto

4. Contatto pelle a pelle immediato

5. Clampaggio tardivo del funicolo



1

Attenzione all'ambiente

La sala operatoria dovrebbe essere un ambiente calmo.

Se questo aspetto non viene attenzionato rendendolo un obiettivo specifico, vi è la tendenza ad avere un eccesso di rumore in sala operatoria durante il taglio cesareo.

Ciò è dovuto in parte alla compresenza di diversi team (ostetrico, pediatrico, anestesilogico), ma soprattutto ad abitudini negative consolidate nel tempo.

Il rumore rende l'ambiente meno confortevole per la donna, può distrarre gli operatori da procedure importanti riducendo la sicurezza e può anche condurre a controversie medico-legali, soprattutto quando gli operatori discutono di argomenti personali o non correlati all'intervento in corso.

L'impiego di musica ad un volume appropriato può aiutare ad ottenere un'atmosfera tranquilla. Inoltre, l'uso della musica durante il taglio cesareo sembra essere un modo efficace e facilmente implementabile per ridurre i livelli materni di ansia e stress.

Uno studio randomizzato controllato condotto in Germania ha dimostrato che l'uso della musica durante il taglio cesareo si associa a minori livelli di ansia materna durante e dopo la chirurgia, con effetti significativi sia su parametri soggettivi (come i punteggi su scale visuali per la quantificazione dell'ansia) che su parametri oggettivi (livelli salivari di cortisolo, frequenza cardiaca e pressione arteriosa materni)⁸.

Un'altra metanalisi ha mostrato una correlazione tra l'uso della musica, minori livelli di ansia intraoperatoria e minor necessità di oppioidi.⁹

Un RCT ha mostrato che le madri che ascoltavano musica di loro scelta prima, durante e dopo l'intervento mostravano minori livelli di ansia nella fase postoperatoria e una maggior soddisfazione.¹⁰

Nel nostro ospedale, i genitori sono incoraggiati a preparare una playlist personale per la nascita del loro bambino, che può essere trasmessa in sala operatoria collegando il loro telefono cellulare alla nostra cassa portatile via bluetooth. Le donne sono invitate ad entrare in sala operatoria a piedi, per evitare l'effetto ansiogeno del trasporto in barella.

Quando la madre viene posizionata sul lettino operatorio, si presta attenzione a lasciare il suo braccio dominante libero da accessi venosi e non legato.

Gli elettrodi dell'Ecg vengono posizionati sulla schiena o lateralmente in modo da facilitare il posizionamento del neonato sul torace materno per il contatto pelle a pelle precoce.

Il catetere vescicale viene inserito dopo l'esecuzione di anestesia spinale per ridurre il discomfort.

Al fine di mantenere un ambiente calmo spegniamo le luci della sala operatoria e utilizziamo solo le lampade scialitiche per illuminare il campo operatorio.

Prestiamo inoltre attenzione a redirezionare il fascio luminoso al momento dell'estrazione fetale, per evitare l'illuminazione diretta del feto.



2

Presenza dell'altro genitore o di altra persona di fiducia

La linea guida Oms "Intrapartum care for a positive childbirth experience"¹¹ raccomanda la presenza di una persona di fiducia per tutte le donne in travaglio e al momento del parto, e non vi è ragione per cui il taglio cesareo dovrebbe fare eccezione.

Il supporto continuo alla madre, infatti, è un elemento chiave della "respectful maternity care". Evidenze di grado moderato indicano che la presenza di una persona di fiducia durante travaglio e parto riduce di circa il 30% il tasso di esperienze di nascita negative¹.

Evidenze di basso grado suggeriscono inoltre che la presenza di una persona di fiducia possa ridurre di circa il 10% la necessità di ricorrere ad altre metodiche per il controllo del dolore e di più dell'80% l'incidenza di depressione postpartum.¹

La partecipazione entrambi i genitori alla nascita è anche un atto sociale che sottolinea il diritto trasversale ad una nascita positiva per tutte le persone coinvolte.

L'altro genitore ha il diritto di essere informato, coinvolto nelle scelte e rispettato nei suoi limiti, ricordando quindi che l'ingresso in sala operatoria deve essere una proposta e non presentato come necessario e indispensabile (la gestante può scegliere un'altra figura di supporto).

Dal punto di vista biologico, studi dimostrano che i padri coinvolti attivamente fin dalla nascita dimostrano livelli più elevati di prolattina e minori livelli di catecolamine e testosterone, con un assetto ormonale meno proiettato alla difesa e più proiettato alla cura, similmente a quanto accade alle madri⁷.

Per quanto riguarda il neonato, il coinvolgimento dell'altro genitore al momento della nascita correla con lo sviluppo di un attaccamento più sicuro, che conduce a migliori abilità sociali e minor incidenza di ansia e depressione in età scolare^{5,6}.

Nel nostro ospedale il partner, o un'altra persona di fiducia scelta dalla donna, accede alla sala operatoria dopo l'esecuzione dell'anestesia spinale, una volta completati il posizionamento della paziente sul lettino operatorio e l'allestimento del campo sterile.

Il partner si posiziona dietro la spalla destra della donna, seduto su una sedia dedicata: in tal modo può rimanerle accanto senza avere visuale sul campo operatorio.

3

Estrazione lenta del feto

Il feto alla nascita deve affrontare una grande sfida: spesso con poco preavviso, o senza preavviso alcuno, gli viene richiesto di liberare rapidamente i suoi spazi aerei polmonari dal fluido che li ha occupati durante la gestazione.

Questa abilità del neonato di auto-rianimarsi dopo essere stato immerso nel liquido amniotico fino a quel momento è davvero degna di nota, considerando quanto sia difficile fare lo stesso per le persone che, in occasione di incidenti con pre-anegamento, devono liberare i propri polmoni da una quantità simile di liquido.¹¹

Oggi sappiamo che il trasporto attivo del sodio attraverso l'epitelio polmonare è il meccanismo principale che permette l'assorbimento dei fluidi dagli alveoli verso l'interstizio e quindi nei vasi sanguigni.

Lo "squeeze" del torace fetale nel canale del parto sembra tuttavia avere un ruolo complementare in questo processo. Tale compressione può essere riprodotta nel taglio cesareo rallentando l'estrazione fetale e permettendo la compressione del torace da parte della breccia uterina e della parete addominale materna.

In uno dei primi lavori a descrivere il taglio cesareo "naturale" o "woman-centered"¹², Smith spiega nel dettaglio la procedura di estrazione fetale "hands-off".

Dopo l'incisione uterina, il telo divisorio dovrebbe essere abbassato e il tavolo operatorio inclinato in anti-Trendelenburg, sollevando la testa della madre per permetterle di vedere la nascita.

La testa fetale dovrebbe essere estratta dalla breccia uterina e poi il chirurgo dovrebbe sospendere le manovre, consentendo al bambino di "auto-rianimarsi": iniziare cioè a respirare da bocca e naso, mentre il suo tronco è ancora in utero e la circolazione placentare è ancora attiva.

Questa latenza di alcuni minuti tra la nascita della testa e l'estrazione completa favorisce la compressione del torace fetale da parte dell'utero e dei tessuti materni, facilitando l'espulsione del fluido polmonare similmente a quanto accade durante il passaggio nel canale del parto.



Uno studio randomizzato controllato condotto in Germania ha dimostrato che l'uso della musica durante il taglio cesareo si associa a minori livelli di ansia materna durante e dopo la chirurgia.



Quando il neonato inizia a piangere il ginecologo dovrebbe facilitare l'uscita delle spalle. Attendendo ulteriormente, in genere il bambino libera spontaneamente gli arti superiori; dovrebbe quindi essere sostenuto, permettendo alla madre di osservarlo, mentre il chirurgo verifica la presenza di segni di benessere (pianto oppure respiro, tono, colore e movimento). La fase finale della nascita dovrebbe avvenire attraverso una combinazione di espulsione passiva, grazie alla contrazione dell'utero, e di assistenza attiva.

Alcuni studi suggeriscono di tentare, laddove possibile, l'estrazione fetale a membrane integre¹³. Tale metodica, proposta per limitare il traumatismo in caso di feti pretermine e/o di basso peso, potrebbe essere estesa ai tagli cesarei "gentili" alla luce del razionale della stessa. La mancata rottura del sacco amniotico, infatti, evita la brusca riduzione della pressione intrauterina, ritardando così la contrazione del miometrio e la chiusura dei vasi del letto placentare, rendendo non solo l'estrazione meno traumatica per il feto ma anche favorendo il mantenimento del flusso utero-placentare durante le manovre di estrazione.

Nella nostra esperienza l'estrazione fetale lenta, e se possibile in assenza di pressione fundica da parte del secondo operatore, riduce nettamente il discomfort per la madre e il potenziale traumatismo materno e fetale.

Pur potenzialmente interessante, l'estrazione a membrane integre risulta molto difficile da praticare.

Contatto pelle a pelle immediato

L'immediato post-partum è una finestra sensibile durante la quale il contatto pelle a pelle tra madre e neonato facilita l'attivazione di una serie di processi fisiologici irripetibili successivamente.

Nella prima ora dopo il parto la madre presenta un picco plasmatico di ossitocina, che favorisce la contrazione uterina, il secondamento e il controllo delle perdite ematiche; tale ormone è inoltre coinvolto nell'avvio dell'allattamento e nella modulazione del comportamento materno, determinando biologicamente un'attrazione verso il neonato e il suo odore.

Analogamente, nei primi 30 minuti dopo la nascita, il neonato presenta un picco di catecolamine che determina una sensibilità particolare

“

Il contatto pelle a pelle immediato, facilita l'acquisizione da parte del neonato del microbiota familiare, una sorta di "starter kit" che ne promuove la salute a lungo termine.

4

all'odore del colostro e al contempo facilita la memoria e l'apprendimento.

Il contatto pelle a pelle precoce riduce nel neonato gli effetti negativi del cosiddetto "stress of being born"¹⁴ ed elicit il passaggio attraverso i cosiddetti 9 stadi istintivi: pianto, rilassamento, veglia, attività, riposo, crawling verso il seno materno, familiarizzazione con il capezzolo, suzione e addormentamento¹⁵.

Una recente revisione Cochrane¹⁶ ha ribadito i benefici del contatto pelle a pelle immediato (<10 minuti dalla nascita), indipendentemente dalla modalità del parto e per tutti i neonati a termine e late-preterm, ritenendo non più giustificabile la separazione di madre e neonato.

I neonati che vengono posizionati immediatamente sul corpo materno presentano infatti miglior termoregolazione, minor incidenza di ipoglicemia e miglior stabilità emodinamica.

Il contatto pelle a pelle precoce, inoltre, aumenta le probabilità di allattamento esclusivo nel 1 mese (+36%) e fino a 6 mesi di vita (+38%).

Ciò si traduce in benefici a lungo termine per madre e neonato: l'allattamento materno ha infatti effetto protettivo sull'incidenza di infezioni pediatriche come l'otite media, sul tasso di diabete ed obesità in età adulta e sembra aumentare il QI di 2-3 punti percentuali; nelle madri, riduce l'incidenza di tumore mammario e ovarico¹⁷.

Il contatto pelle a pelle immediato, inoltre facilita l'acquisizione da parte del neonato del microbiota familiare, una sorta di "starter kit" che ne promuove la salute a lungo termine.

Il taglio cesareo tradizionale, in assenza di contatto pelle a pelle precoce, espone il neonato al rischio di colonizzazione da parte di patogeni opportunisti ambientali/ospedalieri, quali Enterococcus e Klebsiella; l'impiego di antibiotici in corso di intervento contribuisce alla riduzione della biodiversità del microbiota e ad una maggior incidenza di asma, allergie ed obesità in età adulta.

Il contatto pelle a pelle precoce, invece, favorisce la colonizzazione precoce del neonato da parte dei Bacterioides e Bifidobacteria di origine materna, che metabolizzano gli oligosaccaridi del latte materno e possono persistere nel microbiota intestinale fino all'età adulta, con un ruolo nella digestione dei carboidrati complessi¹⁸.

Alcuni studi hanno proposto il "vaginal seeding", ovvero l'esposizione dei nati da taglio cesareo alle secrezioni vaginali materne, come possibile strumento per il trasferimento del microbiota materno, similmente a quanto accade nel parto vaginale¹⁹.

Studi a breve termine hanno dimostrato la capacità del vaginal seeding di trasferire il microbiota da madre a neonato, sia a livello cutaneo

che intestinale, con effetto persistente nei primi 30 giorni di vita²⁰.

A fronte, tuttavia, dell'assenza di studi che dimostrino un beneficio a lungo termine e dei potenziali rischi infettivi neonatali, il vaginal seeding non dovrebbe ad oggi essere proposto se non in ambito di ricerca²¹.

Nella pratica, al fine di facilitare il contatto pelle a pelle immediato durante il taglio cesareo, gli operatori sanitari dovrebbero attuare alcuni semplici accorgimenti.

Durante la preparazione della madre all'intervento, aver cura di posizionare l'accesso venoso principale sul braccio non dominante, lasciando il braccio dominante libero per poter sostenere successivamente il neonato; applicare inoltre gli elettrodi dell'elettrocardiogramma lateralmente lasciando la parte anteriore del torace libera.

Al momento della nascita, abbassare immediatamente il telino divisorio permettendo ai genitori che lo desiderano di vedere la nascita e avendo cura di coprire appena possibile la breccia chirurgica con un telino di garza sterile.

Alcuni centri utilizzano un telo con finestra trasparente, ma per la nostra esperienza è sufficiente abbassare tempestivamente il telo sterile al momento della nascita così da passare immediatamente il neonato ai genitori. Il telo trasparente, anzi, potrebbe ritardare questa procedura dando la falsa illusione di un contatto precoce, che sarebbe unicamente visivo.

Per facilitare il contatto pelle a pelle, favorire nella madre l'assunzione di una postura semi-reclinata e posizionare il neonato sul torace materno, prono, in posizione il più possibile longitudinale. Coprire quindi il neonato con un telo asciutto e un cappellino, avendo cura di lasciargli il volto libero.

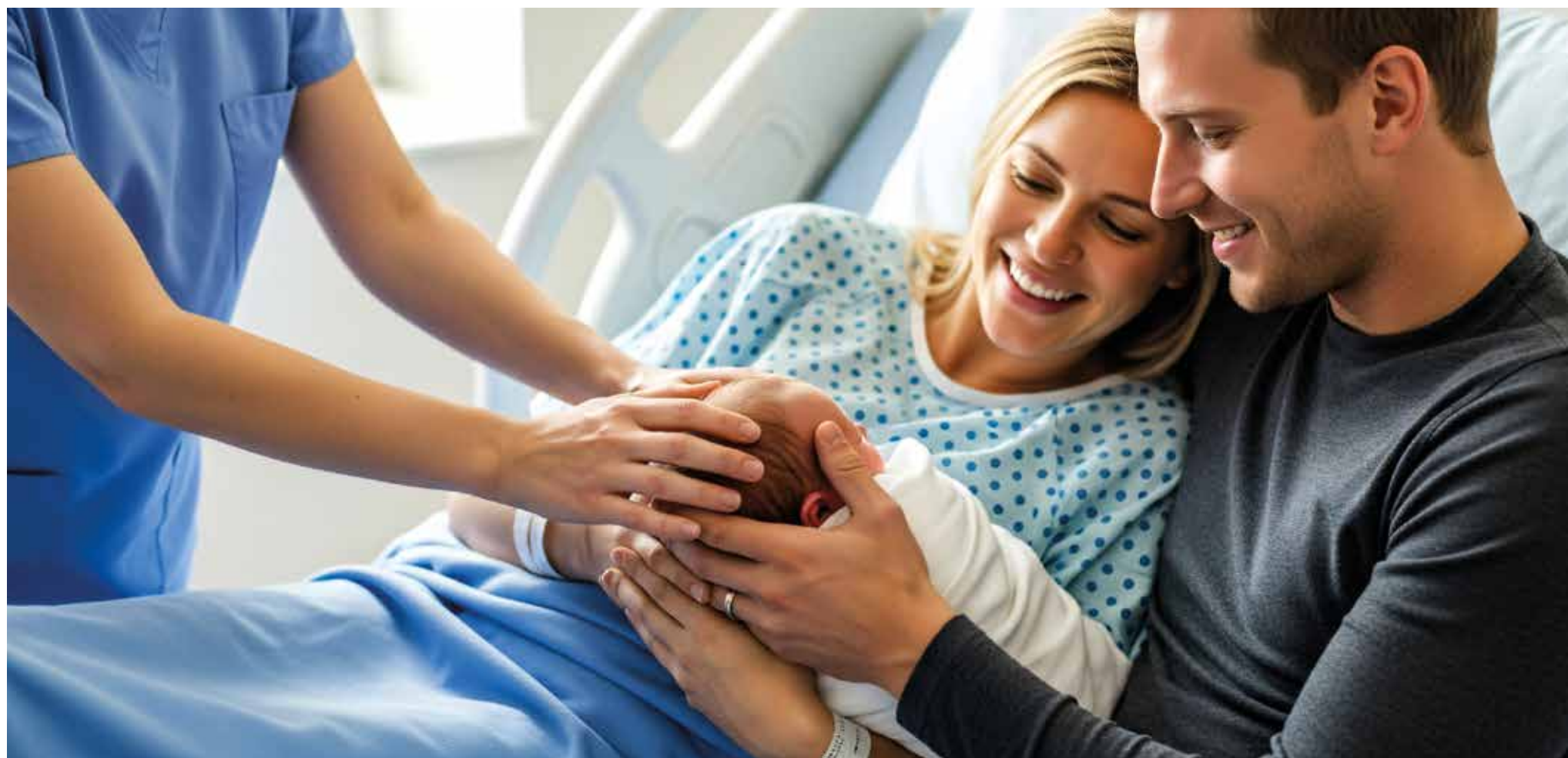
Nel nostro centro, abitualmente, il neonato viene appoggiato sul torace materno immediatamente dopo la nascita, con il funicolo integro; il neonato viene successivamente ruotato in posizione laterale per il clampaggio del funicolo, senza separarlo dalla madre.

Per il suo ruolo biologico fondamentale, il contatto pelle a pelle con la madre dovrebbe essere privilegiato e tutelato fino alla fine dell'intervento di taglio cesareo.

Qualora questo non sia possibile per ragioni cliniche o organizzative, si può proporre il contatto pelle a pelle con l'altro genitore fino a che non sia possibile riprendere con la madre.

E' dimostrato che il contatto pelle a pelle con il padre favorisce il rilassamento e la riduzione del pianto del neonato, così come l'attivazione di comportamenti preliminari all'allattamento come la suzione²².





Sul versante paterno, sebbene non sia il parto in sé ad attivare la secrezione di livelli-picco di ossitocina come accade nelle madri, è dimostrato che l'interazione con il neonato è in grado di determinare un aumento dei livelli di ossitocina che correlano nel lungo termine con un maggior coinvolgimento del padre nelle cure parentali²⁶. Il padre dovrebbe essere pertanto valorizzato come caregiver primario durante la separazione dalla madre.

Nella nostra esperienza, per facilitare il contatto pelle a pelle tra padre e neonato, è utile far accomodare il padre su una sedia con schienale e aprire/tagliare la parte anteriore della casacca monouso che il padre indossa per entrare in sala operatoria, così da porre il neonato nudo sul suo torace, coprendolo con un telino caldo. Se possibile, il contatto pelle a pelle con il padre dovrebbe avvenire all'interno della sala operatoria e accanto alla madre, in modo che la stessa possa eventualmente mantenere il contatto visivo con il neonato.

5

Clampaggio tardivo del funicolo

Frédéric Leboyer, nel suo testo "Per una nascita senza violenza"²⁷ del 1974 descriveva il clampaggio del cordone come momento cruciale della transizione alla vita extrauterina: "A seconda che il cordone ombelicale venga tagliato subito o dopo, l'esperienza che il neonato avrà del suo ingresso nel mondo (...) cambierà radicalmente. Tagliare subito il cordone significa privare brutalmente il cervello di ossigeno. La qual cosa provoca una reazione che ben conosciamo: panico, frenesia, urla strazianti e angoscienti. Abbiamo così creato il più incredibile degli stress! Quest'aggressione fa scattare il sistema di difesa in tutto il corpo. (...) Se si aspetta a tagliare il cordone ombelicale, quanto sarà diversa e dolce l'esperienza della nascita! Il cervello non viene privato di ossigeno, anzi lo riceve due volte. Senza aggressione, il sistema d'allarme non si innesca. Niente stress. Pertanto, niente panico.

Un passaggio armonioso, progressivo, da un mondo all'altro (...). Quando la respirazione si avvia, i giochi sono fatti. La missione è compiuta. Oppure abbiamo fallito per sempre."

Dal 2014 una linea guida dedicata dell'Oms²⁸ raccomanda fortemente il clampaggio tardivo del funicolo in tutti i feti a termine o pretermine che non richiedono manovre rianimatorie.

Per "clampaggio tardivo" si intende il clampaggio operato non prima di un minuto dopo la nascita.

L'attesa fino a 2-3 minuti, o finché il cordone smette di pulsare, permette il fisiologico trasferimento di sangue placentare al bambino.

La maggior quota di tale trasfusione avviene nei primi 3 minuti dopo la nascita.

Questo processo di trasfusione placentare determina nei neonati a termine un incremento transitorio del valore di emoglobina ed ematocrito nei primi 2-4 mesi e un incremento delle riserve di ferro che persiste per i primi 6 mesi.

È noto che il deficit marziale in età neonatale correla con esiti negativi a lungo termine quali peggiori performances ai test di linguaggio, movimento e coordinazione e minor QI.

Alcuni studi riportano per i neonati sottoposti a clampaggio tardivo del funicolo una maggior incidenza di iperbilirubinemia con necessità di fototerapia, ma il rapporto rischi-benefici rimane a favore del clampaggio tardivo.

Per quanto riguarda la madre, il clampaggio tardivo del funicolo non aumenta i rischi di emorragia post-partum né correla con un prolungamento del terzo stadio.

Le ultime linee guida Aha/Aap sulla rianimazione neonatale²⁹ ricordano che la maggior parte dei neonati non richiede rianimazione e che essi possono essere valutati e monitorati durante il clampaggio tardivo del funicolo per 60 secondi o più, mantenendo il contatto pelle a pelle con i genitori.

Alla nascita è indicato asciugare il neonato ed avviare il contatto pelle a pelle con la madre,

posizionandolo sull'addome o sul torace materno, mantenendo il corpo e la testa del neonato coperti da un telino e il naso e la bocca scoperti. Il neonato non va sollevato sopra il livello del corpo materno per mostrarlo ai genitori, in quanto tale manovra determina il deflusso del sangue del funicolo verso la placenta invece che verso il neonato.

Se il neonato non piange prontamente è indicato procedere a stimolazione tattile (1-2 movimenti di strofinamento sul dorso e sui piedi), preparandosi a clampare il funicolo entro il minuto se non si assiste all'avvio della respirazione spontanea, così da permettere al Pediatra di avviare a 1 minuto di vita le prime manovre rianimatorie.

Un neonato vigoroso può invece proseguire il contatto pelle a pelle con la madre, anche in caso di liquido amniotico tinto di meconio, procedendo al clampaggio del funicolo 1-3 minuti dopo la nascita.

In caso di necessità clinica di clampaggio precoce del funicolo, 3-4 manovre di milking del cordone sembrano essere utili nei neonati >28 settimane al fine di ridurre l'incidenza di anemia.

Gyneco Aogoi

Organo Ufficiale
dell'Associazione Ostetrici
Ginecologi Ospedalieri Italiani



Numero 2 - 2026
Anno XXXVII

Presidente
Antonio Chiàntera

Comitato Scientifico
Antonio Chiàntera
Claudio Crescini
Giovanni Monni
Pasquale Pirillo
Carlo Sbiroli
Sergio Schettini
Carlo Maria Stigliano
Vito Trojano
Elsa Viora

Nella nostra esperienza un’attesa anche superiore a 3 minuti, che rispetti i tempi del primo incontro tra genitori e neonato, non aumenta l’incidenza di emorragia post-partum in corso di taglio cesareo. Se desiderato, uno dei genitori può tagliare il funicolo, previa doppio clampaggio eseguito sterilmente da uno degli operatori, con un paio di forbici dedicate. Successivamente alla recisione del funicolo, il neonato prosegue il contatto pelle a pelle con i genitori. Gli operatori riallestiscono il campo operatorio sollevando il telo divisorio, cambiando i guanti (o rimuovendone un paio se preventivamente ne sono stati indossati due) e quindi applicando un secondo telino sterile con bordo adesivo che viene fatto aderire circa 5 cm cranialmente alla breccia uterina.

Applicabilità

La procedura del taglio cesareo gentile può essere applicata a tutti i tagli cesarei elettivi e urgenti, esclusi quelli in emergenza. Nella nostra esperienza, i tagli cesarei potenzialmente difficili sono quelli che maggiormente beneficiano dell’attenzione all’umanizzazione della procedura. In particolare, è possibile riconoscere tre categorie di tagli cesarei “difficili”: le gravidanze ad alto rischio clinico, le gravidanze con alert psicosociale e i tagli cesarei non pianificati.

È dimostrato che le donne con gravidanza classificata come ad alto rischio hanno abitualmente una maggior difficoltà ad accedere a cure umanizzate, per la falsa percezione che tale approccio entri in conflitto con la qualità delle cure stesse e con la possibilità di interventi medici anche invasivi³⁰. Il taglio cesareo gentile in queste donne può diventare occasione di coinvolgimento attivo nell’evento nascita, che potrebbe altrimenti essere vissuto come interamente delegato agli operatori sanitari.

Per quanto riguarda le donne con alert psico-sociale (pregressa esperienza traumatica, correlata o meno al parto, patologia psichiatrica, contesto sociale complesso) il taglio cesareo gentile, quando clinicamente indicato, può diventare l’elemento chiave di un approccio assistenziale “trauma-informato”. La predisposizione di un ambiente calmo, la spiegazione delle procedure con anticipo, la pre-

“

Il taglio cesareo gentile favorisce l’empowerment della madre, che mantiene un ruolo attivo nella nascita

sentazione dell’equipe, la continuità relazionale con gli operatori durante l’intervento e la presenza di una persona di fiducia possono contribuire alla costruzione del senso di sicurezza. La possibilità di personalizzare la procedura, condividendo con la paziente e il partner le scelte relative all’ambiente (musica, luci), al vedere o meno l’estrazione del feto, alle modalità di clampaggio del funicolo e di conduzione del contatto pelle a pelle, rinforza le risorse individuali e restituisce il senso di controllo sugli eventi^{31,32}. Nelle condizioni di urgenza (anomalie cardiocografiche, distocie del travaglio, fallimento di parti operativi) il taglio cesareo gentile può diventare un potente strumento di salute, in grado di potenziare le risorse residue della triade. Tale procedura, infatti, favorisce la continuità assistenziale, anche quando le condizioni cliniche obbligano ad un repentino “cambio di scenario”, preservando la fiducia negli operatori e limitando lo shock nei genitori. La presenza del partner favorisce la trasparenza assistenziale e la continuità della comunicazione, riducendo il rischio di contenziosi medico-legali, e potenzia il ruolo paterno di contenimento e protezione della diade. Il taglio cesareo gentile favorisce l’empowerment della madre, che mantiene un ruolo attivo nella nascita; il contatto pelle a pelle precoce facilita inoltre il bonding con il neonato, anche in caso di eventi nascita potenzialmente traumatici. In caso di taglio cesareo urgente ricordiamo l’utilità di proporre in un secondo momento un incontro di debriefing con il personale coinvolto e la possibilità di pianificare un momento di rebonding con il neonato nei giorni successivi, soprattutto nel caso in cui sia vi sia stata necessità di separazione per ragioni cliniche.

Nella nostra esperienza, l’adozione della procedura del taglio cesareo gentile in maniera ubiquitaria e con offerta attiva in tutti i casi di taglio cesareo non di emergenza ha favorito la normalizzazione della procedura per tutti gli operatori coinvolti, riducendo la “fatica” operativa, e ha determinato un effetto positivo sulla percezione generale dell’esperienza di nascita da parte delle famiglie assistite, ma anche sulla soddisfazione degli stessi operatori sanitari. L’implementazione del taglio cesareo gentile a livello nazionale sarebbe un obiettivo auspicabile, considerati gli enormi benefici attesi per le famiglie e la potenziale attuabilità praticamente a costo zero.

Bibliografia

1. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Guideline. February 2018.

2. Indagine Doxa -OVO Italia sulla violenza ostetrica, 2021.

3. Rapporto sull'evento nascita in Italia (CeDAP) - anno 2024. Istituto Superiore di Sanità - EpiCentro.

4. Camann WR, The gentle family-centered cesarean. Hypertension Research in Pregnancy, 2016

5. Diniz E, Brandao T, Monteiro L, Verissimo M. Father involvement during early childhood: a systematic review of the literature. J Fam Theory & Review, vol.13, Issue 1, 2021.

6. Verschueren K, Marcoen A. Representation of self and socioemotional competence in kindergartners: differential and combined effects of attachment to mother and to father, Child Dev. 1999, Jan-Feb; 70 (1):183-201.

7. Storey AE, Noseworthy DE, Delhaunty KM, Halfyard SJ, McKay DW. The effects of social context on the hormonal and behavioral responsiveness of human fathers. Horm Behave. 2011 Sep;60(4):353-61.

8. Hepp P, Hagenbeck C, Gilles J, Wolf OT, Goertz W, Janni W, Balan P, Fleisch M, Lehm T, Schaal NK. Effects of music intervention during caesarean delivery on anxiety and stress of the mother a controlled, randomised study. BMC Pregnancy Childbirth. 2018 Nov 3;18(1):435.

9. Weingarten SJ, Levy AT, Berghella V. The effect of music on anxiety in women undergoing cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol MFM. 2021 Sep;3(5):100435.

10. Drzymalski DM, Lumbreras-Marquez MI, Ching Tsen L, Camann WR, Farber MK. The effect of patient-selected or preselected music on anxiety during cesarean delivery: a randomized controlled trial. J Matern Fetal Neonatal Med. 2020 Dec;33(24):4062-4068.

11. Ramachandrappa A, Jain L. Elective cesarean section: its impact on neonatal respiratory outcome. Clinics in Perinatology, vol.35 Issue 2, June 2008, pages 373-393.

12. Smith J, Play F, Fisk NM. The natural cesarean: a woman-centered technique. BJOG. 2008 Jul;115(8):1037-42.

13. Blagaic V, Stanojevic M, Jelcic A. Amnion protective cesarean section - method for gentle delivery of preterm and/or VLBW neonates. J Mat Fet Neon Med, 2013.

14. Bystrova K et al. Skin-to-skin contact may reduce negative consequences of the “stress of being born”: a study on temperature in newborn infants, subjected to different ward routines in St-petersburg. Acta Paediatr Oslo Nor 1992;2003:320-6.

15. Windstorm AM et al, Skin-to-skin contact the first hour after birth, underlying implications and clinical practice. Acta Pediatric, vol.108, issue 7, pp.1192-1204. 2019.

19. Moore ER et al. Immediate or early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 2025 Oct 22;10(10):CD003519.

20. Prentice AM. Breastfeeding in the Modern World. Ann Nutr Metab (2022) 78 (Suppl. 2): 29–38.

21. Browne HP, Shao Y, Lawley TD. Mother-infant transmission of human microbiota. Curr Opin Microbiol. 2022 Oct;69:102173.

22. Dominguez-Bello et al, Partial restoration of the microbiota of cesarean-born infants via vaginal microbial transfer. Nat Med. 2016 Mar;22(3):250-3.

23. Mueller NT et al, Maternal Bacterial Engraftment in Multiple Body Sites of Cesarean Section Born Neonates after Vaginal Seeding—a Randomized Controlled Trial. mBIO, 2023.

24. Mueller NT et al.Bacterial Baptism: Scientific, Medical, and Regulatory Issues Raised by Vaginal Seeding of C-Section-Born Babies. J Law Med Ethics. 2019 December ; 47(4): 568–578.

25. Erlandsson et al. Skin-to-skin care with the father after cesarean birth and its effect on newborn crying and prefeeding behavior. Birth. 2007 Jun;34(2):105.14.

26. Rajhans P et al. It Takes Two! Exploring sex differences in parenting neurobiology and behavior. 2019 May 26;31(9):e12721.

27. Frédéric Leboyer, Per una nascita senza violenza. 1974. Ed.Bompiani.

28. Guideline: Delayed Umbilical Cord Clamping for improved maternal and infant health and nutrition outcomes. WHO, 2014.

29. Lee HC et al. Part 5: Neonatal Resuscitation: 2025 American Heart Association and American Academy of Pediatrics Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation 2025;152(supply 2):S385-S423.

30. Curtin M et al. Midwives', obstetricians', and nurses' perspectives of humanized care during pregnancy and childbirth for women classified as high risk in high income countries: A mixed methods systematic review. PLoS One. 2023.

31. Practice Guideline. Caring for patients who have experienced trauma: ACOG Committee Opinion, Number 825. Obstet Gynecol. 2021 Apr 1;137(4):e94-e99.

32. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. HHS Publication No.(SMA) 14-4884.

Direttore Responsabile
Ester Maragò

Editore
Homnya srl
Sede legale:
Via della Stelletta, 23
00186 Roma
email: info@homnya.com
Ufficio Commerciale
info@homnya.com
Tel. +39 06 45209 715

Stampa
STRpress, Pomezia - Roma
Abbonamenti
Annuo: Euro 26.
Singola copia: Euro 4
Reg. Trib. di Milano
del 22.01.1991 n. 33
Finito di stampare:
febbraio 2026
Tiratura 4.000 copie.

Progetto grafico
e impaginazione
Homnya srl

La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini del giornale sono formalmente vietate senza una preventiva ed esplicita autorizzazione da parte dell'editore. I contenuti delle rubriche sono espressione del punto di vista degli Autori. Questa rivista le è stata inviata tramite abbonamento: l'indirizzo in nostro possesso verrà utilizzato, oltre che per l'invio della rivista, anche per l'invio di

altre riviste o per l'invio di proposte di abbonamento. Ai sensi della legge 675/96 è nel suo diritto richiedere la cessazione dell'invio e/o l'aggiornamento dei dati in nostro possesso. L'Editore è a disposizione di tutti gli eventuali proprietari dei diritti sulle immagini riprodotte, nel caso non si fosse riusciti a reperirli per chiedere debita autorizzazione.

Testata associata
A.N.E.S.
ASSOCIAZIONE NAZIONALE
EDITORIA PERIODICA SPECIALIZZATA