Mamavela

Il tuo taglio cesareo

Programmato o no: che cosa succede in sala operatoria, come prepararti e come riprenderti, settimana dopo settimana.



Estratto gratuito

Uso personale dell'acquirente e della sua famiglia; vietati condivisione e rivendita. Questo libro informa e non sostituisce il parere medico. Domande: administration@lacangel.fr

Indice

Benvenuta 3

- Che cosa è questo libro, e che cosa non è 3
- Le parole del cesareo 4
- Come usare questo libro 4

Capitolo 1. Perché un cesareo, e quanto è frequente 6

- Che cosa succede in un cesareo 6
- Quanto è frequente 6
- Programmato, in travaglio, urgente: tre strade diverse 7
- I motivi più frequenti 7
- Chiedere un cesareo 8
- Benefici e rischi, in numeri semplici 8
- Quando la decisione viene presa per te 9

Benvenuta

Forse il tuo cesareo ha già una data sul calendario. Forse il ginecologo te ne ha appena parlato, perché il bambino è podalico o la placenta è bassa. Oppure è già successo, in fretta, alla fine di un travaglio lungo, e stai leggendo queste righe di notte, con il tuo bambino addormentato sul petto, cercando di capire che cosa è successo al tuo corpo. In qualunque punto della storia ti trovi, questo libro è per te.

Un taglio cesareo è un parto. Hai portato in grembo tuo figlio, hai preso decisioni sotto pressione, hai affrontato un intervento chirurgico importante, sveglia o addormentata, e adesso ti stai riprendendo mentre ti prendi cura di un neonato. Questo merita rispetto, non confronti. Non esiste un modo «giusto» di mettere al mondo un figlio, e nessuno riceve una medaglia per la strada che ha fatto il proprio bambino.

Il cesareo è anche molto frequente. In Italia, secondo l'ultimo rapporto CeDAP (il Certificato di assistenza al parto, che raccoglie i dati di tutte le nascite), nel 2024 ha riguardato il **29,8%** dei parti: quasi una mamma su tre. Anche se in questo momento non ti sembra, sei in larghissima compagnia.

Questo libro raccoglie quello che dicono le fonti ufficiali italiane sul taglio cesareo e lo trasforma in spiegazioni, piani e pagine da compilare. Le fonti principali sono la linea guida del Sistema nazionale linee guida dell'Istituto superiore di sanità (SNLG-ISS) «Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole», in due parti, con le sue versioni per il pubblico; il rapporto CeDAP; le raccomandazioni della Società italiana di ginecologia e ostetricia (SIGO) sul parto dopo un cesareo; il Ministero della Salute; l'INPS per il congedo di maternità. Per i gesti pratici di tutti i giorni usiamo anche le indicazioni del servizio sanitario britannico (NHS), dell'istituto britannico NICE e dell'associazione britannica degli anestesisti ostetrici (OAA), tra le più concrete che esistano. Ogni dato viene da una fonte nominata che abbiamo aperto e verificato; le trovi tutte in fondo, con indirizzo e data di consultazione.

Che cosa è questo libro, e che cosa non è

Questo libro informa, non cura. Non conosce la tua storia, non può visitarti, e non sostituisce mai il tuo ginecologo, la tua ostetrica, l'anestesista, il medico di famiglia, il consultorio o il pediatra del tuo bambino. Quando qualcosa ti preoccupa, la mossa giusta è sempre chiamare loro. Leggerai questa frase molte volte, ed è voluto.

Qui non trovi dosi di farmaci, né per il dolore né per prevenire i trombi. Dipendono da te, dal tuo peso, dai tuoi reni, da come nutri il tuo bambino e dalle procedure del tuo punto nascita: sono compito della tua équipe e del farmacista. Trovi invece: che cosa succede di solito e perché, che cosa è normale e che cosa no, i segnali d'allarme ufficiali con i numeri da chiamare in Italia, e strumenti pratici: elenchi di domande, una borsa per l'ospedale pensata per il cesareo, un piano di sei settimane, un diario della cicatrice di 14 giorni.

Ogni parto conta.

Cesareo programmato, cesareo in travaglio, cesareo d'urgenza, cesareo richiesto: ognuno è un parto, e ognuno merita le stesse cure, lo stesso pelle a pelle, lo stesso sostegno per l'alimentazione e la stessa gentilezza dopo.

Le parole del cesareo

Senti dire	Che cosa significa
Taglio cesareo, TC	La nascita attraverso un'incisione dell'addome e dell'utero
Cesareo programmato, elettivo	Deciso e fissato prima dell'inizio del travaglio
Cesareo in travaglio, d'urgenza	Deciso quando il travaglio è già iniziato o per un problema improvviso
Codice rosso, giallo, verde, bianco	La classificazione dell'urgenza raccomandata dalla linea guida ISS
Anestesia spinale	Un'iniezione nella parte bassa della schiena: sei sveglia, insensibile dal petto in giù
Epidurale	Anestesia attraverso un tubicino sottile nella schiena
Anestesia generale	Dormi durante l'intervento
Pelle a pelle	Il bambino nudo sul tuo petto nudo, subito dopo la nascita
Lochiazioni	Le perdite di sangue dall'utero dopo ogni parto
Precesarizzata	Una donna che ha già avuto un cesareo
VBAC	Parto vaginale dopo un cesareo (vaginal birth after caesarean)
TOLAC	Il travaglio di prova dopo un cesareo (trial of labour after caesarean)
Consultorio familiare	Il servizio pubblico della ASL per la salute della donna, della coppia e del bambino
112 / 118	Numeri di emergenza (capitolo 10)

Come usare questo libro

Non devi leggerlo dall'inizio alla fine.

- **Il tuo cesareo è programmato:** leggi i capitoli da 1 a 6 nelle settimane prima, compila le pagine di domande e i tuoi desideri, prepara la borsa del capitolo 2, e torna ai capitoli da 6 a 10 dopo la nascita.
- **Un cesareo è possibile** (bambino podalico, placenta bassa, gemelli, un cesareo precedente): leggi i capitoli 1, 3, 4 e 13, così il giorno stesso niente sarà del tutto nuovo.
- **Il tuo cesareo è già avvenuto:** comincia dal capitolo 10 (i segnali d'allarme), poi il capitolo 7 (la cicatrice) e il capitolo 8 (settimana per settimana). Il capitolo 11 è lì per quando vorrai pensare a come hai vissuto il parto.
- **Partner:** il capitolo 12 è scritto per te; nella pratica, i capitoli 5, 8 e 10 ti aiuteranno di più.

Una parola sulle parole.

Le fonti parlano di «donna», «madre», «gestante», «puerpera». Noi ti diamo semplicemente del tu. Sola, in coppia, con un'altra mamma, dopo un percorso di procreazione assistita o dopo una gravidanza arrivata all'improvviso: comunque sia fatta la tua famiglia, questo libro è per te.

Capitolo 1. Perché un cesareo, e quanto è frequente

Che cosa succede in un cesareo

Il taglio cesareo è un intervento chirurgico per far nascere il bambino attraverso un'incisione dell'addome e dell'utero. Il taglio sulla pelle si fa di solito in orizzontale, nella parte bassa della pancia, appena sopra il pube; sotto, il ginecologo apre l'utero, fa nascere il bambino, estrae la placenta e poi richiude uno strato dopo l'altro (NHS).

Le cicatrici, in realtà, sono due: quella che vedi sulla pelle e quella interna, sull'utero. Di solito anche l'utero si apre in orizzontale, nella sua parte bassa. Per una gravidanza futura conta soprattutto la cicatrice interna, e dall'esterno non si può sapere com'è fatta. Ne riparliamo nel capitolo 14.

Quanto è frequente

Dove	Che cosa dice la fonte	Fonte
Italia, 2024	29,8% dei parti	Rapporto CeDAP 2024 (ISS, EpiCentro)
Per Regione	Dal 16,5% della Toscana al 44,6% della Campania	CeDAP 2024
Per tipo di struttura	28,3% nei punti nascita pubblici, 44,9% nelle strutture private accreditate, 54,6% nel privato puro	CeDAP 2024
Donne già cesarizzate	In questo gruppo (classe 5 di Robson) la proporzione di cesarei è del 94,9%, con grandi differenze tra Regioni (55,9% in Toscana, 96,7% in Campania)	CeDAP 2024
Nel mondo	21% di tutte le nascite, con una previsione di circa il 29% entro il 2030	Organizzazione mondiale della sanità (OMS), 2021

Il rapporto CeDAP parla apertamente di un «ricorso eccessivo» al cesareo in Italia, ma nota anche che negli ultimi anni la proporzione è in diminuzione, in linea con le indicazioni nazionali per ridurre i cesarei non necessari. Le differenze tra Regioni e tra tipi di struttura non dipendono dalle donne: dipendono in buona parte dall'organizzazione e dalle abitudini dei punti nascita. Per te questo significa una cosa concreta: è del tutto legittimo chiedere al punto nascita che hai scelto qual è la sua percentuale di cesarei e di parti vaginali dopo cesareo.

Il dato mondiale viene da uno studio di ricercatori dell'OMS pubblicato nel 2021 su BMJ Global Health (Betran e colleghi), con dati di 154 Paesi che coprono il 94,5% dei nati vivi: il 21,1% delle donne aveva partorito con un cesareo. Il messaggio dell'OMS è doppio: un cesareo può essere un intervento essenziale e salvavita, che ogni donna che ne ha bisogno deve poter avere in tempo; e

ogni donna deve partecipare alla decisione sul proprio parto.

Programmato, in travaglio, urgente: tre strade diverse

Il cesareo programmato si decide prima dell'inizio del travaglio e ha una data. La linea guida ISS raccomanda che, in assenza di altre complicazioni, non venga fatto prima delle 39 settimane, per evitare rischi per la salute del bambino; la versione per il pubblico consiglia anche di scegliere con i professionisti l'ospedale di riferimento, per affrontare eventuali emergenze tue o del bambino.

Il cesareo in travaglio si decide quando il travaglio era già iniziato e il programma cambia: il travaglio non procede, il battito del bambino preoccupa, o compare un altro problema. Spesso c'è il tempo per parlarne e firmare il consenso.

Il cesareo urgente si fa quando c'è un pericolo per te o per il bambino. La linea guida ISS raccomanda di classificare l'urgenza con quattro codici, perché tutta l'équipe capisca la stessa cosa:

Codice	Che cosa significa (linea guida ISS)
Rosso	Pericolo immediato per la vita della madre e/o del bambino
Giallo	Compromissione delle condizioni della madre e/o del bambino, senza un immediato pericolo di vita
Verde	Nessuna compromissione, ma è necessario anticipare il parto
Bianco	Parto da inserire nella lista operatoria secondo le disponibilità del punto nascita

Se il giorno stesso senti parlare di «codice rosso» o «codice giallo», è uno strumento di comunicazione dell'équipe, non una previsione di come andrà.

I motivi più frequenti

La versione per il pubblico della linea guida ISS ricorda che il cesareo è un intervento chirurgico non privo di rischi, da fare quando ci sono condizioni mediche che lo rendono necessario, e che, se non ci sono controindicazioni, il parto naturale è da preferire per il tuo benessere e per quello del tuo bambino. Tra le situazioni in cui un cesareo programmato può essere preferibile cita:

- il bambino è ancora **podalico** alla fine della gravidanza (la linea guida raccomanda di offrire prima, dalle 37 settimane, un tentativo di **rivolgimento per manovre esterne**, una «capriola» fatta fare dal medico con le mani, sotto controllo ecografico);
- la **placenta copre** completamente o in parte il passaggio verso il canale del parto (placenta previa);
- sei diabetica e il peso stimato del bambino supera probabilmente i 4,5 chilogrammi.

Altre situazioni da discutere con il medico, secondo la linea guida:

- **gemelli:** se tutti e due sono a testa in giù al termine, è consigliato il parto naturale; se uno è podalico, si discute la modalità più adatta;
- **travaglio prima del termine:** non è provato che il cesareo sia più sicuro del parto naturale; si

decide caso per caso;

- **infezioni:** il cesareo programmato è raccomandato alle donne con una prima infezione da herpes genitale con lesioni nel terzo trimestre o al momento del parto; per l'HIV dipende dalla terapia e dalla carica virale; per l'epatite B la linea guida non raccomanda il cesareo, perché non ci sono prove che riduca la trasmissione;
- **un cesareo precedente:** non obbliga a un altro cesareo (capitolo 14).

La linea guida è chiara anche su che cosa non basta da solo: le misure del bacino, la misura del piede, l'altezza della mamma o la stima del peso del bambino non servono, da sole, a prevedere se il bambino «passerà».

Chiedere un cesareo

Alcune donne chiedono un cesareo senza un motivo medico: dopo un parto precedente difficile, per una paura molto forte del parto, per timori sul pavimento pelvico, o perché una data fissa dà un senso di controllo. Sono motivi seri, e meritano ascolto.

La prima parte della linea guida ISS dice:

- la richiesta materna, in assenza di motivazioni cliniche, **non rappresenta di per sé un'indicazione** al cesareo;
- i professionisti devono spiegarti benefici e danni possibili del cesareo rispetto al parto vaginale, discutere a fondo con te i motivi della richiesta e documentare tutto il percorso in cartella;
- se alla base c'è soprattutto la **paura del parto**, è raccomandato offrirti già in gravidanza interventi di informazione e sostegno validati, come l'assistenza «one-to-one» di un'ostetrica e l'offerta di analgesia, anche non farmacologica;
- senza un'indicazione clinica il medico può rifiutare un cesareo programmato, ma **devi sempre poter avere un secondo parere**.

> **La paura del parto è reale, e si può aiutare.**
>
> Se il parto ti spaventa, dillo presto: al ginecologo, all'ostetrica, al consultorio, dove trovi anche psicologi. La linea guida ISS raccomanda di offrire attivamente a tutte le donne, dal secondo trimestre, informazioni sulle modalità di parto e un sostegno che comprenda un confronto sulle preoccupazioni: è dimostrato che riduce la paura, l'ansia e il conflitto nella decisione. Puoi cambiare idea, in un senso o nell'altro.

Benefici e rischi, in numeri semplici

Il parto vaginale e il cesareo hanno entrambi benefici e rischi, alcuni molto piccoli, altri più grandi. Il Royal College of Obstetricians and Gynaecologists britannico (RCOG) ha trasformato i dati del NICE in cifre leggibili. Sono medie, non previsioni per te.

Argomento	Cesareo programmato	Parto vaginale	Fonte

Argomento	Cesareo programmato	Parto vaginale	Fonte
Infezione della ferita o dell'utero	Comune: 2-7 donne su 100	Non c'è una ferita addominale	RCOG
Fastidio che dura qualche mese	1 donna su 10	Il dolore al perineo è comune per un periodo	RCOG
Tempo di recupero abituale	Circa 6 settimane	Di solito più breve	RCOG
Perdite di urina	Fino a 1 donna su 5	Fino a 1 donna su 2	RCOG
Asportazione dell'utero per emorragia	Circa 1 su 500	Circa 1 su 1.000	RCOG
Taglietto sulla pelle del bambino durante l'intervento	1-2 bambini su 100, di solito guarisce senza conseguenze	Non applicabile	RCOG
Placenta accreta in una gravidanza successiva	1 su 1.000	1 su 2.900	RCOG

Una grande revisione pubblicata nel 2018 su PLoS Medicine (Keag e colleghi) ha trovato un quadro simile: dopo un cesareo, meno incontinenza urinaria e meno prolasso; nelle gravidanze successive, un po' più spesso problemi della placenta; nei bambini, un rischio leggermente più alto di asma. Si trattava soprattutto di studi osservazionali, che non dimostrano un rapporto di causa. Sono piccole differenze su scala di popolazione, non un motivo di senso di colpa se il cesareo era il parto giusto per te.

> **È normale?**
>
> Sentirsi divisa tra i numeri è normale. Il rischio è personale: un rischio di 1 su 1.000 non pesa allo stesso modo per tutte. Porta questa tabella al colloquio e chiedi: «Che cosa significano questi numeri per me?» La linea guida ISS chiede che il modulo di consenso contenga proprio il bilancio dei benefici e dei danni, a breve e a lungo termine, per te e per il bambino.

Quando la decisione viene presa per te

A volte non c'è tempo per pesare niente. Una decisione si prende in pochi minuti, la stanza si riempie di persone e vieni portata in sala operatoria. Anche nell'urgenza il medico deve chiederti il consenso, con parole rispettose e comprensibili (linea guida ISS); l'unica eccezione è lo stato di necessità, quando bisogna intervenire subito per evitare un danno grave. Dopo, hai diritto di capire. Il NICE chiede che, dopo un cesareo non programmato, ti venga data la possibilità di parlarne con l'équipe ancora in ospedale, o più avanti se preferisci. Nel capitolo 11 trovi una pagina per prepararti a questa conversazione.

Fine dell’estratto

Grazie per aver letto fin qui. Speriamo che queste prime pagine ti siano già utili e che ti mostrino come è fatto il resto del libro: passaggi chiari, pagine da compilare e fonti che puoi verificare.

Il libro completo conta 50 pagine.

Lo trovi qui: https://mamavela.com/it/shop/guida-taglio-cesareo/

Pagamento unico, PDF subito.