

Ibone Olza - Enrique Lebrero Martínez

Il parto cesareo

Solo se indispensabile, sempre con rispetto



Il leone verde

In copertina: ©iStockphoto.com/Michal Koziarski.

Autori: Ibone Olza, Enrique Lebrero Martínez.

Titolo originale: *¿Nacer por cesarea? Evitar cesareas innecesarias, vivir cesareas respetuosas.*

Edizione originale: © 2005 Ediciones Granica, divisione del Grupo Editorial Norma de America Latina
- World rights reserved.

Fotografie di Joni Nicols, Guadalajara, Messico.

Traduzione dallo spagnolo di Francesca Zigoli.

Revisione e cura del testo italiano di Linda Grilli.

ISBN: 978-88-95177-08-3

© 2007 Tutti i diritti riservati

Edizioni Il leone verde

Via della Consolata 7, Torino

Tel/fax 011 52.11.790

e-mail: leoneverde@leoneverde.it

<http://www.leoneverde.it>

INDICE

Ringraziamenti	5
Prefazione all'edizione italiana	8
Prefazione	11
Prologo	16
1. Breve storia del cesareo	23
<i>La ferita di Cesare?</i>	24
<i>L'ostetricia del XX secolo</i>	27
<i>Un futuro perfetto?</i>	31
2. Cesareo: come, quando e perché	33
<i>Anatomia del cesareo</i>	34
<i>Rischi del cesareo per la madre</i>	38
<i>Rischi del cesareo per la salute del bambino</i>	41
<i>Indicazioni del cesareo</i>	43
3. Recupero fisico dopo un cesareo	50
<i>La degenza in ospedale</i>	52
<i>Alcuni disturbi frequenti</i>	56
<i>Una volta a casa</i>	57
<i>Cure particolari</i>	59
4. L'allattamento dopo un cesareo	62
<i>I vantaggi dell'allattamento al seno</i>	65
<i>L'ABC dell'allattamento materno</i>	68
<i>Difficoltà ad allattare dopo un cesareo</i>	73

<i>Fino a quando allattare?</i>	78
<i>Se non hai potuto allattare dopo un cesareo</i>	79
5. La ferita emotiva	82
<i>Perché chiamarla ferita emotiva?</i>	83
<i>Quali fattori influiscono sulla ferita emotiva?</i>	84
<i>La ferita che non cessa</i>	88
<i>La perdita del parto sognato</i>	92
<i>È stato necessario?</i>	95
<i>La ferita della femminilità</i>	96
<i>E il padre?</i>	98
<i>Curare la ferita emotiva</i>	99
<i>Quando al cesareo si sommano altre perdite</i>	101
6. Il fallimento dell'ostetricia moderna	103
<i>Teorie sull'aumento dei cesarei inutili</i>	105
<i>Come si svolge il parto normale</i>	109
<i>Il parto è nostro</i>	118
7. Vantaggi del parto vaginale dopo un cesareo	124
<i>Il mito della "rottura dell'utero"</i>	126
<i>I vantaggi del parto vaginale dopo un cesareo</i>	130
<i>Fidarsi di nuovo: una sfida</i>	137
<i>Idee principali sul VBAC</i>	137
8. Gravidanza e parto vaginale dopo un cesareo	139
<i>VBAC, dove e con chi</i>	141
<i>Come cercare lo specialista che ti seguirà</i>	144
<i>La preparazione al parto vaginale dopo il cesareo</i>	147
<i>Minacce al parto dopo il cesareo</i>	150
<i>La storia di Maria Paula</i>	151
9. Cesareo ripetuto	154
<i>Cesareo rispettoso</i>	155
<i>Accettare il cesareo ripetuto</i>	156
<i>C'è sempre la speranza</i>	159
<i>La nascita di Mireia</i>	160

Appendice 1 - Classificazione delle pratiche nel parto normale	167
Appendice 2 - Studi recenti sulla rottura dell'utero e VBAC	169
Bibliografia	172
Lecture e siti consigliati in lingua spagnola e inglese	173
Lecture e siti consigliati in lingua italiana	175
Centri in Italia	179

RINGRAZIAMENTI

Da parte di Ibone

Ad Andrea Anguera, Ana Percebal, Eva Campano, Gemma Cárcamo, María Paula Cavanna, Soledad, María Martínez Martínez, Mariana Gímez, María Rodríguez Coco, María José Labrador e Marta Parra, per avere condiviso le loro esperienze attraverso il forum internet *Apoyo cesáreas* (Sostegno Cesareo). Alle madri dell'Associazione ICAN (*International Cesarean Awareness Network*), che da anni lottano per una presa di coscienza sul cesareo a livello mondiale. Il loro sito web e il loro forum di sostegno in inglese sono stati molto utili. A Bonnie Cowan, Pam Vireday, Anette Ahvery, Gretchen Humphries e Tonya Jamois per i loro insegnamenti su come aiutare una madre dopo un cesareo.

Alle opere e ai testi di Michel Odent¹, Jeannine Parvati-Baker, Laura Gutman, David Chamberlain, María Jesús Blázquez, Raquel Schalman e Casilda Rodrigáñez quali fonti di ispirazione.

A Isabel Fernández del Castillo, Maribel Orgaz, Miguel Olza, Francisca Fernández, Pilar de la Cueva e Stella Villarmeá, che mi hanno offerto un preziosissimo aiuto nel redigere questo libro appoggiando l'iniziativa e collaborando alla revisione del manoscritto in diversi momenti.

Voglio ringraziare tutta la mia famiglia e in particolar modo Morris, mio marito, per tutto l'amore che mi ha dato in questi anni. La nascita dei nostri

¹ Michel Odent, medico ostetrico francese, noto soprattutto per aver introdotto il parto in acqua e le sale parto simili a un ambiente domestico. Odent ha al suo attivo una cinquantina di studi scientifici e oltre dieci libri pubblicati in più di venti lingue. Da molti anni gestisce a Londra il Primal Health Centre, studiando gli aspetti relativi alla salute del bambino dalla gestazione al primo anno di vita. Di recente ha creato un nuovo sito internet – www.wombecology.com – dedicato all'ecologia della vita intrauterina (N.d.C.).

tre figli mediante cesareo è stata splendida e dolorosa allo stesso tempo. Grazie per avermi accompagnata durante tutta questa avventura, per avere compreso e rispettato i miei tempi e il mio dolore, per avermi incoraggiata a continuare la mia ricerca, per avere accettato che il forum di Sostegno Cesareo occupasse tanto tempo della mia vita, per aver compreso il mio bisogno di incontrarmi con altre madri e donne lungo questo percorso. La sua generosità ha fatto sì che io disponessi del tempo necessario per elaborare e scrivere questo libro mentre lui si prendeva stupendamente cura di Nicolás, Andoni e June. Grazie anche a loro per tutto quello che mi hanno dato e insegnato, la loro stessa esistenza è un dono.

Da parte di Enrique

A Fredrick Leboyer², per il suo libro *Per una nascita senza violenza*, la cui lettura mi ha spinto ad avvicinarmi a un altro modo di intendere l'ostetricia.

A Michel Odent, per la sua amicizia e i suoi contributi alla Salute Primale, ben oltre l'ostetricia.

A Pedro Enguix e all'equipe sanitaria Acquario per aver condiviso con me più di vent'anni in quest'avventura che è la vita. E in particolar modo a Maribel, Rachel, Ágata, Gloria e Cari per aver reso possibile la magia quotidiana nell'assistenza ai parti e alle nascite.

Ad Álvaro Medrano, José María Bedoya e Consuelo Catalá per la loro collaborazione alla revisione finale di questo libro.

E a tutte le donne e ai loro compagni che mi hanno permesso in tutti questi anni di assistere come invitato privilegiato alla festa della venuta al mondo dei loro figli e figlie.

² Frédéric Leboyer è un ginecologo e ostetrico francese. È considerato il precursore del cosiddetto parto dolce noto anche come metodo Leboyer. Nella clinica parigina nella quale lavorò stabilì una serie di condizioni che permettessero al neonato una nascita senza traumi inutili. Molte di queste indicazioni sono state nel tempo recepite da molti reparti di ostetricia degli ospedali di tutto il mondo. A Leboyer si deve anche l'introduzione nel mondo occidentale del massaggio neonatale. Attualmente vive a Londra (N.d.C.).

E da parte di entrambi

A tutte le donne che hanno condiviso con noi le loro esperienze di cesarei e parti attraverso il forum di Sostegno Cesareo durante gli ultimi quattro anni.

Alle donne e agli uomini dell'associazione *El Parto es Nuestro*, alle madri di *Via Láctea* e ai professionisti dell'Organizzazione per i Diritti della Nascita che ci hanno accompagnato lungo questo cammino difendendo sempre la nascita senza violenza.

Alla nostra editrice, Marina Granica, per avere avuto fiducia in noi e nella necessità che questo libro vedesse la luce.

Grazie a Joni Nicols che, dal Messico, ha collaborato con le foto che illustrano questo libro.

Un grazie speciale a Meritxell Vila Conesa, perché senza il suo aiuto e la sua generosità questo libro non esisterebbe.

PREFAZIONE ALL'EDIZIONE ITALIANA
di Michel Odent

Il libro di Ibone Olza ed Enrique Lebrero Martínez ci aiuta a capire una svolta senza precedenti nella storia dell'umanità. Fino a un'epoca recente – sebbene tutte le società umane abbiano sempre profondamente sconvolto l'evento del parto – per mettere al mondo un bambino, una donna era obbligata a contare sulla liberazione di un vero e proprio cocktail di “ormoni dell'amore”.

Per varie ragioni, all'alba del XXI secolo non è più così.

Da un lato, il cesareo è diventato un intervento rapido, facile e sicuro. Dall'altro, l'incapacità culturale di capire la fisiologia del parto ha raggiunto un limite estremo negli ultimi decenni. Per consuetudine, la sfera culturale interferisce con i processi fisiologici attraverso credenze e rituali che si tramandano. Ma, dall'inizio del XX secolo, teorie cosiddette scientifiche hanno preso il posto dei riti. Direttamente o indirettamente, le teorie dei riflessi condizionati di Pavlov hanno fortemente influenzato tutti i metodi di nascita naturale. Gli studiosi della scuola di Pavlov (e i loro discepoli occidentali, come Lamaze) hanno trasmesso il concetto che, per ridurre le inibizioni di origine culturale, che rendono il parto difficile e pericoloso, si dovesse per prima cosa “ricondizionare” la donna. Ciò significa prepararla a partorire e insegnarle, in particolare, a respirare e a spingere. Ci si è ulteriormente allontanati dalla nozione di parto come processo involontario. La partoriente è spesso diventata membro di un'équipe che comprende una guida (un *coach*) che ha il ruolo di controllare razionalmente il ritmo della respirazione, il modo di spingere, le posizioni ecc. L'errore iniziale è stato quello di non capire che la natura aveva già il sistema per ridurre gli effetti delle inibizioni di tipo culturale: durante il parto, la neocorteccia (la parte

razionale del cervello) deve sospendere la propria attività. È quindi meglio evitare di stimolare la neocorteccia di una donna durante il travaglio, soprattutto attraverso il linguaggio.

Inoltre, le esigenze statistiche sono attualmente diverse da quelle di qualche decina d'anni fa.

In un simile contesto non sorprende che in molti Paesi – comprese alcune regioni italiane – il cesareo sia già divenuto un modo abituale di mettere al mondo un bambino. E non stupisce nemmeno che in tutto il mondo la curva del tasso di cesarei sia in crescita. Dobbiamo preoccuparci?

No, se prendiamo in considerazione unicamente gli abituali criteri di valutazione delle pratiche ostetriche (come il tasso di mortalità o di patologie perinatali, il tasso di patologie della madre e il rapporto costo-efficacia). Così si spiega che certi ambienti medici diano per scontata la prospettiva di un'umanità nata con il cesareo.

Ma non è così per coloro che intuiscono la complessità delle domande che si pongono oggi. E nemmeno per coloro che sono consapevoli dell'importanza dei dati forniti dalle discipline che concorrono a quella che abbiamo definito “la scientificazione dell'amore”. E neppure per coloro che hanno la capacità di pensare a lungo termine e di pensare in termini di civiltà.

Allorché un evento che riguarda la vita di tutti gli esseri umani viene improvvisamente trasformato, bisogna ragionare in termini di civiltà. È questo a fare una sostanziale differenza tra gli umani e gli altri mammiferi. Una femmina (non umana) di mammifero che partorisca con il cesareo non si interessa al proprio neonato (ad esempio, un piccolo di scimmia nato con il cesareo sopravvive solo se accudito da esseri umani): nei mammiferi non umani che partoriscono in modo non naturale si registrano conseguenze incredibili e facilmente identificabili a livello individuale.

Invece, milioni di donne si prendono cura del proprio bambino dopo un cesareo. Non bisogna preoccuparsi per un bambino che debba la vita al cesareo. Tutto è più complesso nella nostra specie, perché noi abbiamo il linguaggio e creiamo àmbiti culturali. Pertanto è comprensibile che in certe situazioni, e specialmente nel periodo perinatale, i comportamenti umani siano meno influenzati dagli ormoni liberati dalla madre e dal bambino che da fattori culturali. Ad esempio, una donna sa quando è incinta e può assumere da subito un comportamento materno, mentre una femmina di scimmia deve aspettare il giorno in cui libererà un fiotto di ormoni dell'amore

per interessarsi del suo piccolo. Ciò non vuol dire che non abbiamo nulla da imparare da una scimmia. Essa, infatti, ci suggerisce le domande che dobbiamo porci circa la nostra specie: quando si tratta di umani, bisogna sempre aggiungere la parola ‘civiltà’ alle domande.

Possiamo quindi concludere dicendo che, se la scimmia non si interessa del suo piccolo dopo un parto cesareo, la domanda da porsi è: “quale sarà il futuro di un’umanità nata con il cesareo?” Formuliamo la domanda in modo ancora più esplicito: “come si evolverà il genere umano quando gli ormoni dell’amore saranno diventati inutili?”

Michel Odent

PREFAZIONE
di Casilda Rodríguez Bustos¹

Credo che noi donne stiamo cominciando a prendere in mano la responsabilità della nostra maternità. Non c'è da meravigliarsene, trattandosi di una tappa molto importante della nostra vita sessuale nonché di uno degli eventi emotivi e intimi più importanti della nostra esistenza, che spesso ci “cambia la vita”, ci sorprende e ci sconvolge in modo apparentemente incomprendibile. Vogliamo recuperare la saggezza ancestrale e la capacità del nostro corpo di partorire e di allevare le nostre creature, e vogliamo inoltre stabilire un dialogo con la medicina. Questo libro ne è un valido esempio.

Da un lato la medicina, con tutti i suoi progressi, offre grandi possibilità per consentire una buona nascita. Ma dall'altro tali progressi sono stati raggiunti senza tener conto del fatto che nascere e partorire sono un atto che appartiene alla sfera della sessualità e dell'intimità di due persone. La medicina si è concentrata su come ottenere un parto e una nascita i più sicuri possibili, ignorando tuttavia tutto ciò che entra in gioco nella sfera emotiva e psichica della madre, del bambino e fra entrambi questi soggetti. Questo è stato il grande errore, poiché la fisiologia del parto dipende dallo stato emotivo della madre. Si perde quindi la prospettiva dell'autoregolazione del processo del parto, nel quale l'aspetto psicologico, quello sessuale e quello fisiologico vanno di pari passo e si interviene sulla disfunzione del processo aggravandola invece di tentare di ristabilirla. La medicina dovrebbe intervenire solo in presenza di parti proble-

¹ Autrice insieme ad Ana Cachafeiro de *La represión del deseo materno y la génesis del estado di sumisión inconsciente*, Móstoles, Nossa Jara Editores, 1995.

matici, non come norma protocollare, e in tal caso sempre con l'obiettivo di tentare con tutti i mezzi di ristabilire il processo naturale fisiologico, il che significa considerazione e rispetto per quella stretta unione fra la sfera emotiva, quella psicologica e quella fisiologica del corpo della donna; in altre parole, rispetto verso l'integrità e l'intimità della donna.

Come si riferisce in questo libro, i progressi della chirurgia del parto cesareo offrono apparentemente un modo sicuro e rapido per nascere. Questo, che avrebbe potuto essere un magnifico risultato per i parti veramente a rischio o impossibili come quelli che presentano una placenta previa, si è convertito in una motivazione per ridurre ancora di più le possibilità di parto fisiologico e di recupero della capacità del nostro corpo di partorire.

Credo che l'abuso e il modo irrispettoso (che solitamente vanno di pari passo) del cesareo come apice della medicalizzazione normalizzata della maternità, abbia messo noi donne davanti a un bivio ineludibile di fronte al quale non possiamo rimanere impassibili. È come la goccia che fa traboccare il vaso. Perché il fenomeno dell'abuso generalizzato del cesareo mette in questione la medicalizzazione normalizzata della maternità che l'ha generata.

Se ci pensiamo bene, il cesareo comincia quando la donna va dal ginecologo al primo controllo prenatale e pone la sua stessa maternità sotto la direzione medica. È proprio nel momento in cui la fiducia nel proprio corpo si trasferisce nelle mani della medicina che inizia il cesareo. Sono convinta che siamo in un momento di recupero della maternità e questo richiede la creazione di una cultura nuova della maternità, la quale sappia riconoscere che la "direzione" del processo di maternità viene condotta dal corpo stesso: il corpo inteso non come contenitore asettico, bensì come unità psicosomatica, in cui l'aspetto fisiologico, quello sessuale e quello emotivo della donna sono un tutt'uno.

I nostri corpi sanno partorire e l'utero si può aprire dolcemente e lentamente, senza crampi, come dice Leboyer. La medicina, per sapere stare al suo posto, per conoscere il luogo che le spetta nella maternità, dovrebbe dare la mano alla sessuologia e in questo modo comprendere che cosa sia un parto, come funziona la sua fisiologia, da cosa dipende che trovi il proprio ritmo e che il processo si sviluppi in modo piacevole, dolce:

*Invece di contrarsi “in blocco e brutalmente”,
l’utero lo fa lentamente, progressivamente e quasi con dolcezza.
Quando la contrazione arriva al suo punto limite,
osserviamo come, dopo una pausa che, benché breve,
è pur sempre ben nitida, l’utero si rilassa
e lo fa con la stessa estrema lentezza, la stessa progressività,
con una nuova pausa in totale riposo.
Questa lentezza, paragonabile solamente ai movimenti
volutamente lenti del tai-chi-chuan, fa sì
che le contrazioni, viste nel loro complesso, assomiglino alla respirazione
lenta, profonda e completamente serena di un bambino
che dorme e gode di un riposo senza pari.*

...

*I primi piani che mostrano il ventre della donna,
non danno adito a dubbi circa la realtà di queste contrazioni.
A loro volta, i primi piani del suo viso
mentre avanza nel travaglio,
esprimono con eloquenza che
questa giovane donna, invece di “contorcersi per il dolore”
avanza lentamente verso l’“estasi”.²*

La modalità di dilatazione dell’utero di cui ci parla Leboyer, apre un cammino di speranza alle donne e rappresenta al tempo stesso una sfida per tutti gli addetti ai lavori che operano nell’ambito della maternità.

In questo cammino di recupero della maternità, abbiamo ancora davanti molti, moltissimi cesarei. Per questa ragione questo libro è indispensabile: 1) per sapere cosa sia un cesareo, 2) per sapere quando è giustificato e quando no, 3) per cambiare medico in tempo se le sue spiegazioni non ci convincono, 4) affinché, se ci troviamo davanti ad un cesareo giustificato e necessario, sappiamo che può essere effettuato rispettando gli aspetti più importanti per noi e per il nostro bambino: l’incontro, il momento dell’*imprinting*, l’inizio di un rapporto una volta che la creatura è uscita dal nostro ventre.

² Frederick Leboyer, *Diario di una nascita*, Fabbri, Milano 1996.

Come si espone in questo libro, quando si esegue un cesareo rispettoso, l'*imprinting* e lo stato di beatitudine della madre e del suo bambino possono avvenire in modo uguale o quasi uguale che in un parto vaginale.

Questo è il messaggio cruciale e pieno di speranza per le donne che debbono sottoporsi in futuro a un cesareo. È indispensabile che tutte le donne sappiano che il cesareo rispettoso è possibile: è solo necessario riconoscere che la nascita è un atto che appartiene alla sfera della sessualità e della vita intima di due esseri.

Questo libro contiene delle informazioni che, visto lo stato attuale delle cose, considero imprescindibili per le donne che desiderino rimanere incinte o che già lo sono. Perché chiunque si reca a partorire in un ospedale o in una clinica, può incorrere in un cesareo e ciò che è in gioco è troppo importante per la vita di una donna e del suo bambino da poter essere trascurato. Fino ad ora il vuoto informativo si stava colmando nei forum Internet (www.elistas.net/lista/apoyocesareas, www.elistas.net/lista/elpartoesnuestro, ecc.) ma siamo ancora in molte a non avere assimilato questo mezzo fra le nostre fonti di informazione. Inoltre questo libro offre un compendio ordinato e scientificamente sostenuto e, fatto di estrema importanza, è allo stesso tempo accessibile a qualsiasi livello di conoscenza delle donne.

Grazie Ibone e grazie Enrique; prima di tutto per il libro, perché avete creato uno strumento di aiuto per le donne, uno strumento di una necessità impellente. E poiché ho l'onore (che è perfettamente attinente e che considero una prova di amicizia) di scrivere il prologo di questo stesso libro, voglio ringraziarvi a nome di tutte le donne che questo libro salverà dal disastro: grazie per questo sforzo a tutti i livelli: di ricerca, di raccolta di dati, di tempo e, soprattutto, di onestà e di sensibilità etica, cose che, sfortunatamente, scarseggiano nel nostro mondo. Sicuramente avete investito il vostro sforzo in quanto di più importante, grande e gratificante ci sia a questo mondo: la nascita senza violenza, il recupero della maternità.

Casilda Rodrigáñez Bustos
La Mimosa, giugno 2005

*Cosa fa soffrire la donna che dà alla luce?
La donna soffre a causa delle contrazioni...
Delle contrazioni che non finiscono mai e che fanno un male atroce,
ma questi sono crampi!
Tutto il contrario delle “contrazioni adeguate” ...
Quelle che fino ad ora erano state scambiate per “contrazioni adeguate”
erano contrazioni altamente patologiche
e della peggiore qualità
Che sorpresa!
Che rivelazione!
Che rivoluzione in erba! ³*

³ *Ibidem.*

PROLOGO
di J.M. Bedoya¹

Il mio incontro con questo libro è stato curioso e fortunato. Un giorno d'estate, verso le cinque e mezza del pomeriggio, ricevetti una chiamata al cellulare e la voce del mio vecchio amico Enrique mi disse: “Scusa se ti chiamo, è un brutto momento?”. “Sono a 2.000 metri d'altitudine – gli risposi – sto salendo sui Picos de Europa, è un pomeriggio splendido, ai miei piedi si stende la valle di Liébana e spira una brezza assai gradevole. Mi manca quasi il respiro, quindi la tua chiamata è ben gradita perché mi va di concedermi una sosta.”

Due giorni dopo ricevetti via corriere le bozze del libro *Il parto cesareo*. La lettura mi servì ad alleviare le fitte alle gambe e a ricordare le conversazioni sulla disumanizzazione del parto negli ospedali sia pubblici che privati e sulla necessità di raccontare alle future madri e ai padri, nonché di ricordare agli addetti ai lavori, che la maternità, i parti e l'allevamento dei figli e delle figlie (per abitudine patriarcale si parla sempre di figli), sono esperienze belle e sempre più rare e uniche e che così devono essere vissute e sperimentate da tutti.

Questo libro ce lo ricorda. Fa soprattutto riferimento all'esperienza delle madri che hanno “subito” un cesareo, ma si può applicare ad ogni tipo di parto. I dieci capitoli rispecchiano l'esperienza di avere un figlio oggi. Sono gradevoli e scritti in un modo chiaro e accessibile a qualsiasi donna, rifuggendo da tecnicismi (ai quali noi addetti ai lavori siamo tanto affezionati e

¹ Docente di Ostetricia e Ginecologia presso l'Università di Siviglia.

con i quali cerchiamo di nascondere la nostra incapacità di comunicare con le persone normali).

È scritto da una madre che ha vissuto l'esperienza di avere tre figli mediante cesareo e che è psichiatra; e da un padre che di professione fa il ginecologo, ma che prima di essere padre già sapeva esprimere con le azioni e le parole la sua umanità nei confronti delle donne che si rivolgevano a lui chiedendogli aiuto proprio nel momento in cui si trovavano maggiormente deboli e disorientate. Penso che la lettura di questo libro le aiuterà.

Il primo capitolo ci narra la storia del primo cesareo, fatto per salvare la vita del bambino la cui madre era morta. Attualmente il cesareo si deve fare per evitare possibili danni alla madre e al figlio o ai figli che stanno per nascere. Ma da lì si è passati, nella maggior parte delle occasioni, a effettuarlo per evitare i problemi di data e di ora di chi assiste al parto. Si tratta del cesareo programmato.

In Spagna siamo passati, in vent'anni, da una frequenza di dieci cesarei ogni cento parti a quella attuale di ventitré cesarei ogni cento parti. Vale a dire un parto su quattro è in media un cesareo. In altri Paesi è ancora peggio, benché in alcuni – come i Paesi Bassi – non si superino i dieci cesarei ogni cento parti e le loro donne non siano diverse dalle nostre. Il fatto curioso è che in uno stesso Paese se non addirittura in una stessa città, la frequenza varia a seconda dell'ospedale, pubblico o privato, pertanto si giunge alla conclusione che non esistono criteri medici concordati o che, quanto meno, essi sono assai ampi. Dal 15 per cento in su, i motivi per fare un cesareo non sono strettamente medici bensì dipendono dal criterio di ciascun professionista! Le conseguenze dei cesarei vengono descritte in questo libro².

² In Italia – sulla base dei dati raccolti dall'Istat nel biennio 2004-2005 su “Gravidanza, parto, allattamento al seno” nell'ambito dell'indagine multiscope “Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari” – il numero dei parti effettuati mediante taglio cesareo è in costante aumento: 11,2% nel 1980, 27,9% nel 1996, 29,9% nel biennio 1999-2000, 35,2% nel periodo 2004-2005 (con un picco del 45,4% nelle regioni meridionali). Quest'ultimo, oltre ad essere il dato più alto fra i Paesi dell'Unione europea, è di 2 volte superiore a quello raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 1985 (pari al 15%) ed è in contrasto con le stime che indicano il rischio di mortalità materna per cesareo da 2 a 4 volte superiore rispetto al parto vaginale (N.d.C.)

Perché il cesareo evita danni alla madre e al bambino, ma ne provoca a sua volta, come l'aumento di emorragie, embolie, anemie, infezioni, complicazioni da anestesia e altro, fra le complicazioni che riguardano la madre, così come i problemi del bambino quali l'imaturità polmonare o l'assenza di beneficio per il feto sano rappresentata dal passaggio attraverso il canale del parto.

Ma vi sono poi le conseguenze psicologiche che sono più lunghe e che richiedono un periodo di recupero più lento. Il libro le definisce "ferita emotiva" e parla delle domande che le madri si pongono mesi dopo un cesareo. Sono domande che noi addetti ai lavori non ci poniamo, né ci preoccupano, poiché ci limitiamo a dire che "la ferita è a posto e non ha nulla". È la stessa risposta che diamo dopo un'asportazione dell'utero per piccoli fibromi assolutamente benigni e con scarsi sintomi. Tutto va bene, ma alla donna è rimasta la sensazione di perdita per non avere avuto il parto sognato, una ferita sul ventre o senza il suo utero.

Tutto ciò crea dubbi, rabbia o depressione, sensazione di abuso e di violazione del corpo, mutilazione e molteplici domande senza risposta, perché la maggior parte dei sanitari non è in grado di rispondere.

Ma il fatto che non sappiamo rispondere non significa che queste domande non abbiano risposta. È sempre più necessario lavorare in collaborazione con altri specialisti, psicologi, psichiatri, assistenti sociali, che sappiano risolvere questi dubbi. Non è possibile che dopo essere uscita da una sala operatoria o dopo una grave malattia di qualsiasi genere, la persona che ha sofferto tutte queste ferite fisiche e psicologiche se ne vada a casa, prima è meglio è (per il sistema), per essere seguita da un familiare, in genere di sesso femminile, che nutre gli stessi dubbi.

Qualcosa non va in questo aspetto della sanità. Sorgono sempre più spesso associazioni e gruppi di sostegno che cercano di supplire a questa mancanza. Ma non basta. La salute è uno stato di benessere fisico e psichico. Il benessere fisico è garantito, in genere, ma manca quello psichico.

Non è nemmeno sufficiente creare unità di supporto per le patologie gravi. Non possiamo misurare la gravità in base alle dimensioni dell'intervento o della sua malignità, perché il danno psicologico varia da persona a persona. Ciò che per alcuni è un dramma, per altri non lo è. Ma non siamo noi medici, chirurghi o infermieri i più indicati – per via della nostra formazione o deformazione – nel valutare queste situazioni. Il personale sanitario

può intuire che una persona abbia problemi psicologici, ma molto spesso manca l'appoggio di un altro tipo di professionalità, soprattutto nella sanità pubblica, che sia in grado di affrontare simili problemi.

Il libro offre alcune indicazioni su come curare la ferita emotiva, ma ritengo che con l'aiuto di una mano esperta, sarà tutto più facile.

Il capitolo su *Il fallimento dell'ostetricia moderna* è molto significativo. Mi permetto di riportare un caso che ho vissuto in prima persona. Venne inaugurata una nuova e moderna area parto in un grande ospedale, fornita di importanti innovazioni tecnologiche e sistemi di monitoraggio fetale elettronico che inviavano i segnali a un'unità centrale, a distanza, dove si rilevavano tutti i dati. In un'altra modernissima stanza una donna era in travaglio sola! L'ostetrica e il marito erano molto occupati ad osservare la registrazione del monitor fetale presso l'unità elettronica centralizzata, a distanza.

Tutti siamo molto attenti alla registrazione continua dei dati fetali, alle analisi, alle ultime ecografie, alle flebo sulla schiena e sul braccio, a evitare che la donna si muova, che non faccia rumore, ma non ci preoccupiamo di appoggiarle una mano sulla pancia o di prenderle la mano, perché la nostra missione è l'altra. In cosa ci siamo trasformati?

Sono molto belli i riferimenti agli ormoni dell'amore e del parto come l'ossitocina, la prolattina, l'adrenalina, le endorfine e l'importanza del parto come atto sessuale che viene soppresso quando si pratica un cesareo. Sono molto interessanti anche le riflessioni sulla routine ospedaliera, la mancanza di intimità e la spersonalizzazione della donna dal momento in cui arriva all'ospedale, la condotta del personale sanitario, la posizione della donna nel parto, la medicina difensiva e, perché no? gli aspetti economici e la loro relazione con l'aumento dei cesarei.

Un punto di vista che noi addetti ai lavori dobbiamo tenere presente è quello delle donne, che la maggior parte delle volte sono in mano agli uomini, senza che la loro opinione o la loro volontà conti qualcosa. L'associazione *El Parto es Nuestro* cerca di farci ricordare e di ottenere l'applicazione in tutte le maternità di tutte le raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

Queste raccomandazioni sono del 2001, ma fa specie la reticenza da parte della maggioranza degli ospedali a metterle in pratica. Si obietta che sono state scritte per paesi in via di sviluppo e non per le nostre "avanzate"

maternità, come se esistessero donne di prima e di seconda categoria. Tutte le donne, in tutte le parti del mondo, sono uguali e hanno gli stessi diritti, e le nostre decisioni mediche si devono basare sempre su prove scientifiche e non su abitudini, usi o routine e, soprattutto, mai sulla comodità di chi assiste al parto.

Sono dieci principi fondamentali che hanno lo scopo di non medicalizzare di norma tutti i parti ed evitare le pratiche di routine, tanto fastidiose per le donne, come la rasatura – reminescenza di quando non c'erano servizi igienici nelle case – il clistere e l'episiotomia, la limitazione dei movimenti e l'obbligo, antifisiologico, di partorire con le gambe alzate – che è una posizione comoda per chi assiste il parto ma innaturale e contraria all'intimità della donna –, l'uso sistematico di flebo di liquido fisiologico per prendere una vena “nel caso servisse”, l'allontanamento del bambino dalla madre non appena nato e tante altre pratiche che si perpetrano senza che nessuno sappia bene il perché. L'OMS e il buon senso li comprendono, il personale sanitario no.

Vi è un'altra serie di raccomandazioni circa le cure del parto, del post-parto e le cure al neonato, sulla base delle linee guida dell'iniziativa “Ospedali amici dei bambini”³ riguardo l'alimentazione infantile.

³ Promossa da OMS, Unicef e dall'Associazione Internazionale dei pediatri, l'iniziativa “Ospedali amici dei bambini” è stata lanciata nel 1992 per assicurare che tutti gli ospedali accolgano nel miglior modo possibile i neonati e che divengano centri di sostegno per l'allattamento al seno. Per diventare ‘Ospedale amico dei Bambini’ è necessario aver intrapreso con successo una trasformazione dell'assistenza a mamme e bambini nel proprio punto nascita, applicando i ‘Dieci passi’ per la promozione, la protezione ed il sostegno dell'allattamento materno. L'ospedale si impegna inoltre a non accettare campioni gratuiti o a buon mercato di surrogati del latte materno, biberon o tettarelle. Il percorso per diventare Ospedale Amico dei Bambini richiede la conquista da parte di tutto il personale di una mentalità che pone al centro della propria attenzione la coppia mamma-bambino, i padri, la famiglia intorno a loro, nel segno della concreta applicazione dei diritti dell'infanzia promossi dall'UNICEF. Dal lancio dell'iniziativa a oggi sono più di 19mila ospedali in 140 paesi in via di sviluppo e industrializzati ad aver ottenuto il riconoscimento di “Ospedale Amico dei Bambini”. Nei paesi dove gli ospedali sono stati riconosciuti è aumentato il numero di donne che allattano al seno ed è migliorato lo stato di salute dell'infanzia. Per maggiori informazioni: <http://www.unicef.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/216> (N.d.C.).

Il quarto capitolo su *L'allattamento dopo un cesareo* elimina tutti i tabù che esistono circa il ritardo della montata lattea, l'allontanamento del bambino durante le prime ventiquattro ore dal parto, il tempo di intervallo o l'allattamento a richiesta, fino a che età bisogna allattare il proprio bambino e altri dubbi delle madri ai quali gli specialisti hanno risposto a seconda delle mode o, ancor peggio, in base alla pressione da parte delle case commerciali per vendere un determinato prodotto. La liberazione delle donne non inizia sollevandole dall'allattamento al seno dei propri figli, assolutamente no, e la madre che non allatta al seno si perde quei momenti di intimità e scambio di sguardi che può solo raccontare e descrivere una madre che li ha vissuti e sentiti.

Ma queste non sono le uniche ragioni, poiché conferisce anche numerosi vantaggi alla salute della madre e del bambino e al suo sviluppo successivo, così come smitizza l'ossessione per il peso del bambino in base alle curve di crescita create, per la maggior parte, da aziende commerciali e con alimentazione a base di latte vaccino "maternizzato". Si dimentica che la madre produce latte a richiesta, secondo le necessità e secondo l'età del bambino: più fluido all'inizio e più grasso successivamente, ecc. Tutti questi aspetti vengono molto ben trattati in questo libro.

A quanti cesarei può sottoporsi una donna? Di sicuro se il primo cesareo è dovuto a un bacino molto piccolo accertato radiologicamente e il peso del bambino successivo è uguale o superiore a quello del precedente, non c'è da aspettarsi che la madre sia in grado di partorire per via vaginale, anche se il cesareo dovrà sempre essere effettuato una volta iniziate le prime contrazioni spontanee. Per i rimanenti casi, un cesareo non è un ostacolo a un parto vaginale, se non compaiono altre complicazioni mediche o ostetriche. Il problema è che sono in molti a pensare che dopo il primo cesareo se ne fa un altro e, approfittando dell'occasione, si legano le tube. Questa scelta deve essere molto meditata perché nessuno conosce quello che accadrà al neonato o il futuro della madre e del padre, e la fecondazione *in vitro*, se si desidera un altro figlio, non è sicura al cento per cento.

Che cos'è una rottura dell'utero? Si può rompere l'utero dopo un cesareo. Il libro pone questa e altre domande alle quali risponde in modo molto semplice ma ben documentato con riferimenti bibliografici. È un buon libro di consultazione scritto da due professionisti che, prima di tutto e soprattutto, sono molto umani e desiderano aiutare le donne che desiderano avere

un figlio ma hanno la testa piena di timori e tabù. Lo dovrebbero leggere anche molti specialisti perché, come dice lo slogan, “leggere dà di più”, dà sempre di più.

J.M. Bedoya

Frama, Cantabria, estate 2005

I

BREVE STORIA DEL CESAREO

Sognavamo di partorire i nostri figli molto prima di rimanere incinte. Forse dal giorno in cui ci è arrivata la prima mestruazione, o prima ancora. “Sei una donna, ormai”, ci hanno detto. E, in fondo, sapevamo che questa sentenza racchiudeva un tesoro, una forza, una promessa: un giorno potremo dare alla luce. E, inevitabilmente, la fantasia: partorire, procreare, allattare. Immagini che portiamo nel nostro inconscio sin da quando eravamo molto giovani, sin da quando eravamo bambine.

Siamo cresciute, abbiamo imparato, abbiamo vissuto e, a un certo punto, abbiamo amato. Desideravamo un figlio, o forse no. Siamo rimaste incinte. Ci siamo sorprese. Siamo ingrassate, ci siamo arrotondate, il nostro corpo è stato sconvolto... e abbiamo sognato di nuovo. Abbiamo sognato di partorire. Partorire con amore, partorire velocemente, accovacciate o sdraiate, in casa o all'ospedale, con nostro marito o con nostra sorella, gridando o in silenzio, sotto la luce delle lampade o nella penombra delle candele. Gemendo di dolore o anestetizzate. Con paura o ridendo, ma sempre, alla fine, con un abbraccio, con un bambino che piangeva e che era nostro figlio, con le nostre lacrime nel vedere finalmente il suo viso e poterlo annusare.

Tuttavia, quasi nessuna di noi ha immaginato che il proprio figlio nascesse con un cesareo. Noi donne abbiamo solitamente pochi dubbi sulla nostra capacità di partorire. Possiamo temere il dolore del parto o che succeda qualcosa di brutto al bambino, ma pochissime di noi immaginano che il proprio bambino non potrà uscire dalla vagina e che, al contrario, dovrà uscire dalla pancia.

Non immaginavamo che sarebbe stato un cesareo. Non abbiamo mai

sognato di svegliarci sole in una sala operatoria, gelate dal freddo. Con la pancia vuota e cucita, intontite dai sedativi e dal dolore, aspettando che si avvicini l'infermiera per poter chiedere "E mio figlio? E mia figlia? Dov'è? Cosa è successo?" Sforzandoci di uscire dal sonno senza immagini dell'anestesia, tentando di non ricaderci. "Dov'è? E mio marito? Quando li potrò vedere? Posso bere dell'acqua?" E dentro di noi una ferita indescrivibile, un dolore cieco, sordo, che non sappiamo dove sia né che cosa sia. Un dolore che non identifichiamo, che non avevamo mai provato prima. "Sarà la ferita." È la ferita. La ferita emotiva.

Ci sono molti tipi di cesareo: urgenti o programmati, in anestesia generale o senza un'anestesia efficace, alla trentesima settimana di gravidanza o alla quarantaduesima e mezzo, gioiosi o terrificanti, necessari o inutili, rispettosi o umilianti. L'intervento *clou* della chirurgia moderna – quello che potrebbe salvare più bambini e che, purtroppo, dato l'abuso che se ne fa, può causare un dolore più grande – ammette queste e molte altre varianti.

Da intervento eccezionale che si eseguiva solo dopo la morte della madre durante il parto nel tentativo disperato di tirare fuori il bambino vivo, il cesareo si è trasformato nel modo di nascere di un bambino su quattro in paesi come la Spagna, gli Stati Uniti o il Messico¹. Quando una madre si chiede dopo un cesareo "Perché a me?" o "Era necessario?" non vi è mai una sola risposta. Forse non vi è nemmeno una risposta. Ma conoscere la storia del cesareo, che è anche quella dell'ostetricia, può fare un po' di luce sui motivi per i quali, oggi, una donna su quattro dia alla luce mediante cesareo. Come siamo arrivati a questo punto?

La ferita di Cesare?

Sono molti e svariati gli dèi che, secondo varie leggende, sono nati dal ventre della loro madre. Riguardo questo modo di venire al mondo, vi sono tracce nella mitologia greca (la nascita di Dionisio ed Esculapio), nell'Induismo (la nascita di Brama), nel Buddismo (la nascita del Buddha) e nella Persia classica (la nascita di Rustan). Alcune ricerche sulla cultura egizia e greca classica dimostrano che a quell'epoca si applicava già il principio del

¹ In Italia un bambino su tre nasce grazie al bisturi (N.d.C.).

male minore nell'estrarre un bambino vivo da una donna in punto di morte quale ultimo rimedio e accettando la morte materna.

A Roma, nel 700 a.C., venne promulgata una legge che concedeva al feto il diritto alla vita dopo la morte della madre. La parola *cesareo* deriva da *caesus* (taglio), vale a dire “estratto con un taglio”. I bambini estratti *post-mortem*, venivano chiamati *cesones* o *césares*. È una leggenda che Giulio Cesare fosse nato in questo modo poiché sua madre Aurelia visse ancora molti anni, mentre nessuna donna sopravviveva all'operazione.

Quel che è certo è che nell'antichità e nel Medioevo si conosceva il parto mediante un taglio sul ventre delle madri morte. Su tutto ciò esercitò la sua influenza la Chiesa cattolica, che esigeva che si impiegassero tutti i mezzi possibili per battezzare i bambini senza alcuna distinzione. Pertanto la Chiesa promulgò la Lex Regia in virtù della quale era proibito seppellire donne morte per parto infruttuoso senza aver prima tentato l'estrazione del bambino dal suo ventre al fine di battezzarlo.

Fino al Rinascimento non vi sono notizie di cesarei praticati su madri in vita. Il primo riferimento scritto a un cesareo risale all'anno 1500 in Svizzera. La gravida, dopo vari giorni di travaglio, venne operata da suo marito, Jacobo Nufer, di professione macellaio. Le autorità consentirono l'intervento, e la donna e il bambino sopravvissero eccezionalmente. Alcuni storiografi ritengono che il primo cesareo medico venne effettuato da Geremia Trautman, nel 1600, a Witemberg².

Nel 1581 venne pubblicato a Parigi il primo manuale medico sul cesareo, ad opera di François Rousset, medico del duca di Savoia. Fu il primo a descrivere come si faceva un cesareo in presenza di bambini troppo robusti, di gemelli, quando il bambino era morto nel ventre materno e in caso di “strettezza del canale del parto”, termine che appare per la prima volta ma con una definizione non ben definita. Rousset proponeva che si aprisse il ventre mediante un taglio sul lato sinistro. Diceva che il dolore non aveva importanza rispetto al martirio sofferto dalla partoriente durante il travaglio infruttuoso del parto. Consigliava di aprire l'utero, estrarre con le mani il bambino e la placenta e chiudere la parete addominale con suture e cerotti.

² Jorge Hasbun, “Operación cesárea: una perspectiva cultural”, in AA.VV., *Nacer en el siglo XXI. De vuelta a lo humano*, Santiago de Chile, Editorial Universidad de Chile, 2001.