

L'AQUILA: PARTO NATURALE DOPO IL CESAREO, FARINA, "SUPERARE VECCHIE LOGICHE, SICURO IN TANTI CASI"

1 Settembre 2026



L'AQUILA – "Aver affrontato un parto cesareo non significa necessariamente doverne fare un altro: superando vecchie logiche, negli ultimi 25 anni, è stato acclarato che in determinate condizioni per molte donne è possibile un parto naturale".

A dirlo, nel corso di un'intervista ad AbruzzoWeb, il professor Antonio Farina, direttore della UOC a direzione universitaria di Ostetricia e Ginecologia dell'ospedale "San Salvatore" dell'Aquila.

Partendo dalle definizioni, spiega, "parliamo di 'Vbac', che è un acronimo americano-inglese che vuol dire 'vaginal birth after cesarean', cioè la possibilità di partorire in maniera naturale dopo aver fatto un taglio cesareo. C'è poi 'Tolac', che vuol dire 'trial of labor after cesarean', cioè il tentativo di un travaglio di parto naturale in una donna che ha già subito un precedente taglio cesareo".

Ci sono condizioni particolari: "che dipendono sostanzialmente dal perché si è fatto il cesareo precedentemente – aggiunge Farina – Noi distinguiamo le condizioni in cause ripetibili e non ripetibili. Quelle ripetibili sono le cause materne, ad esempio una mamma con un bacino molto piccolo, oppure con delle patologie che precludono il poter spingere e avere quindi un parto vaginale. E poi esistono le condizioni che noi chiamiamo non ripetibili, che di fatto sono quelle fetali, cioè un travaglio che si è interrotto per diversi motivi. Sono condizioni che ragionevolmente potrebbero anche non ripetersi e quindi ci aiutano a capire se questa donna è candidabile per poter affrontare il parto vaginale".

La valutazione comprende, quindi, anche l'eventuale presenza di precedenti parti vaginali, l'età materna, l'indice di massa corporea, le patologie associate e l'andamento della gravidanza.

Esistono modelli predittivi, tra i quali quello sviluppato da Grobman, che stimano la probabilità di successo sulla base di diversi fattori clinici: "Esistono degli score, dei punteggi, sulla base di domande multiple, che ci danno un'indicazione. Il più famoso di questi score si chiama score di Grobman e mette insieme alcune condizioni fetali e materne che ci possono aiutare a identificare con maggior correttezza quali donne potranno partorire ragionevolmente e spontaneamente. Questi punteggi comprendono l'età materna, i limiti di massa corporea, cioè la quantità di grasso, quanto la donna ha con sé, una massa grassa che ovviamente può ridurre il fatto che ci sia un successo nel parto e altre condizioni cliniche come la presenza di ipertensione cronica, di diabete, di preeclampsia. Ma soprattutto, quello che più ci interessa, l'utero che ci deve

aiutare a far sì che il travaglio si inneschi, quello che più importa è come è stato fatto il cesareo precedente, cioè se la cicatrice è stata fatta in senso trasversale sull'utero oppure per il lungo, in senso longitudinale. La seconda ipotesi, cioè il taglio fatto per il lungo, purtroppo preclude in maniera praticamente assoluta di poter fare questo tentativo, invece la cicatrice sull'utero fatta per via trasversale è quella migliore ed è quella che ci permette di ipotizzare che questo parto possa avvenire. È molto importante, questo lo sa bene la donna o dovrebbe chiederlo a chi ha fatto il cesareo precedente, non confondere la cicatrice sulla cute con quella sull'utero, che sono due cose diverse. È possibile infatti che la donna abbia subito una cicatrice per il lungo sulla cute, mentre sull'utero abbia avuto un taglio trasversale e quindi sarebbe candidabile per il parto di prova”.

Comunque, sottolinea Farina, “gli score possono fornire informazioni utili, ma non sostituiscono la valutazione clinica e il confronto con la paziente”.

Quando è sconsigliabile fare un parto del genere? “Intanto ci vuole una preparazione, la donna deve essere in qualche modo preparata, erudita correttamente o dall'ostetrica o dal suo ginecologo di fiducia e comprendere bene vantaggi e svantaggi. La scelta deve essere realmente informata e condivisa. Anche l'intervallo tra il precedente cesareo e la nascita successiva deve essere considerato. Un intervallo inferiore a circa 18 mesi tra i due parti è stato associato in alcuni studi a un aumento del rischio di complicanze della cicatrice uterina. Questo dato deve comunque essere valutato insieme agli altri elementi clinici”.

Rischi e vantaggi: “Di fatto c'è un solo rischio, che è quello della rottura d'utero. È possibile in casi molto rari, 1 a 200, 1 a 300, che l'utero si rompa, però bisogna distinguere cosa intendiamo per rottura d'utero. Non è una rottura incontrollata, come può avvenire in eventi drammatici durante qualunque travaglio, ma di fatto succede che la vecchia breccia prima si dilata, si allarga, quindi in maniera controllata se vogliamo, e poi purtroppo si rompe. Però questo evento è abbastanza raro e soprattutto è abbastanza controllato, perché la rottura riguarda sempre la vecchia cicatrice. Questo è l'unico vero rischio”.

Nel dettaglio: “Nelle donne con un solo precedente cesareo, una gravidanza senza particolari complicazioni e un inizio spontaneo del travaglio, la probabilità di parto vaginale è generalmente intorno al 70 o 75%. La possibilità aumenta nelle donne che hanno già partorito per via vaginale. Il principale rischio specifico è la rottura uterina, cioè la separazione della parete dell'utero in corrispondenza o vicino alla precedente cicatrice. Dopo un solo cesareo con incisione trasversale bassa, il rischio è mediamente vicino allo 0,5 per cento, circa un caso ogni 200 donne. Si tratta di un evento raro, ma potenzialmente grave per la madre e per il bambino, che richiede un intervento tempestivo. Il rischio è basso, ma deve essere comunicato con precisione. Il travaglio deve svolgersi in ospedale, con monitoraggio continuo del battito cardiaco fetale e con la possibilità di eseguire rapidamente un cesareo urgente”.

Per quanto riguarda i benefici: “Quando ha successo, il parto vaginale consente di evitare un nuovo intervento chirurgico. Può essere associato a una ripresa più rapida, a un ricovero più breve e a un rischio inferiore di infezioni, emorragie e tromboembolie. Evitare cesarei ripetuti può inoltre ridurre, nelle gravidanze future, il rischio di aderenze chirurgiche e anomalie della placenta, compresa la placenta accreta. Il cesareo è un intervento fondamentale e in molti casi salva la vita della madre e del bambino. Quando però non esiste una specifica indicazione a ripeterlo, il parto vaginale può offrire vantaggi importanti. Non si tratta di contrapporre le due modalità, ma di individuare quella più appropriata per ogni donna”.

Epidurale e induzione: “L'analgesia epidurale può essere utilizzata anche durante il travaglio dopo cesareo. Le evidenze disponibili non indicano che debba essere evitata per il timore di mascherare una rottura uterina. Più complessa è l'induzione. L'inizio spontaneo del travaglio è generalmente associato a una maggiore probabilità di successo e a un rischio più basso. Quando l'induzione è necessaria, possono essere valutati metodi meccanici, come il catetere con palloncino, e in condizioni selezionate l'ossitocina. Alcuni farmaci impiegati per la maturazione cervicale, in particolare il misoprostolo a termine, sono invece controindicati nelle donne con un precedente cesareo”.

“Non tutte le donne con un precedente cesareo sono candidate al parto vaginale, ma molte possono esserlo. Il percorso deve essere personalizzato e organizzato in un ospedale capace di garantire sorveglianza materna e fetale e un intervento rapido in caso di necessità. In queste condizioni, il Vbac rappresenta una possibilità concreta, sostenuta dalle evidenze scientifiche e rispettosa delle preferenze della donna”.

“In generale, il messaggio da lanciare alle mamme è sicuramente di informarsi prima bene, magari in occasione dell'ecografia morfologica a 20 settimane, chiedere un parere all'ostetrica, al medico, prepararsi a queste eventualità. Se si rientra in questo gruppo, la probabilità di successo è molto alta. Poi valutare i rischi e i benefici. I rischi sono di fatto quelli che abbiamo detto, c'è la ipotetica rottura d'utero, una rottura però controllata della breccia dell'utero, non di tutto l'organo in toto, quindi una rottura d'utero un po' meno aggressiva. Poi si può evitare un taglio cesareo che, ripeto, ha delle

complicazioni di varia natura perché è sempre un intervento chirurgico”.

“Questa è una procedura di fatto sicura, inizialmente c’è stata qualche piccola resistenza, anche un po’ culturale, però una volta che il parto è avvenuto, come sempre accade, la mamma si dimentica completamente di tutto il travaglio e dei piccoli corollari negativi che il travaglio si porta dietro”, conclude.