

II Capitolo

Approfondimenti tematici e contributi di ricerca /azione

2.1 Parti cesarei e medicalizzazione del Percorso Nascita

Paolo Bozzaro

Resta alta la percentuale di parti cesarei sul totale dei parti avvenuti in Italia che emerge dall'ultima registrazione ufficiale (S.D.O. – Schede dimissione ospedaliera, 2005): **38,32 %**, con punte del **59,95 %** in Campania e del **52,35 %** in Sicilia. La regione con il più basso indice è il Friuli V.G. (**23,93**) seguita dalla Toscana (**26,09**) e dal Veneto (**28,89**).

È un dato in aumento rispetto agli anni precedenti (**37,7%** nel 2004 e **36,6 %** nel 2002), che rappresenta anzitutto un elemento di non appropriatezza, dal momento che il ricorso al parto cesareo nei Paesi Europei si attesta attorno a percentuali del **18 %**.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda come indice di riferimento accettabile una percentuale tra il 10-15 %, dal momento che la percentuale di parti con taglio cesareo è uno degli indicatori sulla Salute Riproduttiva adoperati a livello internazionale.

Angela SPINELLI (*Istituto Superiore di Sanità*) – sfatando il mito dell'equivalenza parto cesareo=parto sicuro – sottolinea come il ri-

schio di partorire con questa metodica “risulti maggiore col crescere dell’età materna, per le donne che partoriscono in struttura privata, per quelle che non hanno frequentato un corso di preparazione alla nascita, per le residenti al Sud e, naturalmente, per quelle con disturbi in gravidanza... Si è osservato un rischio elevatissimo di taglio cesareo quando la donna aveva già avuto un figlio con questa procedura” . (.....)

Gianfranco GORI (UO Ostetricia Ginecologia, ASL Forlì) sostiene che i tagli cesarei moltiplicano per 4 (se non addirittura per 8) il rischio di morte per una donna e, analizzando i dati delle S.D.O. degli ultimi anni, osserva come a presentare bassa mortalità perinatale e morbosità neonatale siano proprio le Regioni con un tasso medio di cesarei inferiori alla media nazionale, mentre regioni con alto tasso di cesarei hanno un’alta mortalità perinatale e morbosità neonatale: a conti fatti i cesarei non portano vantaggi in termini di esiti neonatali, come sostengono altri, per non dire che costano parecchio di più al Sistema Sanitario Nazionale.

Sul piano della EBM (*Evidence Based Medicine*) un documento di riferimento importante è quello prodotto nel 2001 dal *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist*, che riassume le evidenze scientifiche emerse dalla letteratura sull’argomento al fine di definire meglio i confini dell’appropriatezza.

Quattro sono, generalmente, le condizioni che spingono alla scelta del parto cesareo: la sofferenza fetale, la distocia, la presentazione podalica e un pregresso cesareo.

La motivazione principale, cioè la sofferenza fetale, viene registrata in genere attraverso il CTG (cardiotocografo). Poiché questo strumento ha un’alta sensibilità, ma una scarsa specificità, sono frequenti i “falsi positivi”. L’invito pertanto è, prima di ricorrere al cesareo, di operare una più attenta valutazione della sofferenza fetale, ricorrendo anche ad altri sistemi (come la valutazione del Ph fetale).

In presenza di distocia (cioè di ritardo della progressione), non si dovrebbe ricorrere al cesareo senza prima aver tentato di correggere il ritardo con l’ossitocina.

Di fronte a presentazione podalica del feto non sembrano esserci

allo stato attuale motivi di discussione per l'indicazione del cesareo, mentre per pregressi cesarei le migliori evidenze a disposizione indicherebbero un vantaggio per il parto vaginale se sono passati almeno 18 mesi dal precedente.

Riflettendo su questi dati emerge una considerazione preoccupante: che nelle sale parto di molte cliniche e ospedali italiani si sia diffusa una prassi sanitaria non sufficientemente suffragata da prove di evidenza scientifica e non sostenuta da un'adeguata attenzione alle condizioni del bambino e della donna. Il parto sembra essere diventato un evento da approcciare e da risolvere all'interno di un contesto fortemente medicalizzato, nel quale prevalgono scelte delle quali beneficia più l'operatività del medico e della struttura che non il bambino o la madre.

Lo afferma con molta chiarezza GORI quando dice: *“Oggi abbiamo nelle nostre sale parto una generazione di medici educati a risolvere ogni problema con un taglio cesareo, ma che poco conosce delle manovre ostetriche, ma anche della fisiologia ostetrica e che ha poco rispetto degli aspetti emozionali della nascita... In quest'ottica, l'idea che mi sono fatto è che da noi molti cesarei siano preventivi, per evitare cioè il rischio di trovarsi nella vera emergenza ostetrica a cui non si sarebbe in grado di rispondere”*.

Un altro segnale dell'elevata medicalizzazione, non solo del momento del parto, ma dell'intero percorso di gravidanza, è l'elevato numero di esami alle quali si sottopone la donna. Nessun dubbio che l'assistenza medica diretta durante la gravidanza abbia portato nel complesso a maternità più sicure e che la maggiore disponibilità di strumenti diagnostici permetta di monitorare meglio tutto il processo con benefici anche di natura psicologica per la madre.

C'è tuttavia un limite da rispettare, un limite che scaturisce anzitutto dall'utilità effettiva degli esami richiesti. Da una inchiesta di *Altroconsumo* (n. 67, aprile 2007), che ha raccolto l'esperienza di 1691 mamme attraverso un questionario strutturato, emerge una pratica prescrittiva in eccesso di esami, di ecografie e di integratori, ben oltre la necessità e l'utilità dimostrate.

Dal quadro dell'inchiesta (ponderato in modo da rispecchiare l'intero territorio italiano) spicca il fatto che a circa metà delle donne intervistate siano state prescritte analisi del sangue *oltre* quelle rimborsate dal Servizio Sanitario Nazionale. Emergono quantità eccessive di esami di *screening* per rischi bassi (come l'ammniocentesi in giovane età) e prescrizioni di integratori di vitamine e minerali consigliati (il 60% dei casi) che normalmente sono inutili.¹⁶

Lo stato di gravidanza, in base alle risposte del campione, è stato confermato principalmente attraverso un'ecografia (45%) o dall'esame delle urine (45%). Nel 32 % dei casi è stata anche confermata attraverso un esame del sangue, analisi "*più costosa, più scomoda e inutile, visto che l'analisi delle urine è perfettamente sufficiente a confermare lo stato di attesa*" (p. 11).

Il 98% del campione afferma di essere stato seguito da un ginecologo e solo l'11% anche da un'ostetrica. Se si pensa che per millenni il mestiere di far nascere i bambini è stato appannaggio delle donne, il ricorso così massiccio alla figura del ginecologo segnala immediatamente il viraggio culturale e comportamentale, che si è verificato in questo campo. La percentuale di donne che si fa seguire da un ginecologo privato è del 70%, con una spesa in media di quasi 600 euro per la gravidanza e numero di visite programmate (in media una al mese). Nessuna donna ha avuto difficoltà a ottenere dal proprio ginecologo una visita non programmata. Scarsamente utilizzati i consultori pubblici (solo nell'8% dei casi), segno forse di una sfiducia o dell'esigenza di una maggiore privacy.

Tra i test più eseguiti risulta quello sulla toxoplasmosi (il 98%), mentre tra i meno eseguiti quello sulla sifilide (33%), che è invece in lieve aumento (causa l'immigrazione e i rapporti interetnici più frequenti). Il 66% delle donne si sottopone al test per identificare il ci-

¹⁶"Secondo le informazioni Istat, nel 2004-2005 il 47 % delle visite specialistiche, escludendo quelle odontoiatriche, è stato pagato in Italia out of pocket. In ostetricia-ginecologia il 64,5% delle visite sono a pagamento; seguono dietologia, dermatologia e oculistica... Secondo alcuni dati, negli anni 2005-2006 il 60% degli italiani avrebbe pagato di tasca propria prestazioni sanitarie (sempre escludendo quelle odontoiatriche) garantite dai Lea. Percentuali simili non hanno riscontro nei Paesi dell'Europa occidentale..." (G. PADOVANI, 2008, p. 4).

tomegalovirus, che può provocare gravi danni durante la gravidanza. L'utilità di questo test è controversa in quanto non ci sono rimedi di efficacia comprovata in caso di positività.

La tendenza maggiore ad effettuare esami in eccesso è nel caso delle ecografie. Per ciascuna donna intervistata risulta una media di 6 ecografie, che va oltre le 3 previste dalle *Linee guida nazionali*, con il 20% del campione che ne ha eseguito almeno 9. Dal momento che il S.S.N. rimborsa solo le tre previste in periodi ben precisi (la prima entro tre settimane; la seconda tra la 19 e la 23; la terza tra le 28 e la 32), anche il fattore costo sembra giocare un ruolo nella dinamica delle prescrizioni.

Che sia necessario avviare una riflessione sulla attuale organizzazione e gestione dell'assistenza sanitaria durante il *Percorso Nascita* è fuor di dubbio. Una percentuale così elevata di parti cesarei non può essere elusa con la giustificazione dell'evitamento del dolore da parte della partorientente o con non ben provate ragioni di sicurezza per la salute del bambino. Tra l'altro è stato verificato empiricamente che una corretta e attenta informazione da parte dell'ostetrico, accompagnata ad una maggiore continuità dell'assistenza alla gravidanza, diventa un fattore efficace per la diminuzione dei parti cesarei.

Tale riflessione viene ulteriormente sollecitata dalle notevoli differenze territoriali che si riscontrano in tema di qualità dell'offerta di salute fra le varie Regioni italiane. Che anche in Sanità esista una *questione meridionale* non è una novità. Ma che dopo la riforma del 1978 perdurino ancora differenze così vistose fra nord e sud non è più tollerabile.

Il tasso di mortalità infantile è stato in Italia nel 2006 del 3,7 ogni 1.000 nati vivi, uno dei migliori al mondo, ma se scomponiamo il dato medio riferendolo alle varie Regioni vediamo che esso va dal 2,3 e 2,4 della Toscana e del Friuli al 4,7 delle isole e al 4,6 dell'intero Meridione.

È evidente che qualcosa non funziona a livello di organizzazione: nel territorio napoletano c'è un numero eccessivo di *punti-nascita* con dimensioni ridotte (al di sotto di 150 parti all'anno) e posti letto delle *Unità di rianimazione neo-natale* dispersi in strutture troppo piccole

per assicurare un'assistenza di qualità. La rete dei consultori, tra l'altro, risulta abbastanza limitata.

Non molto diversa è la situazione nelle altre regioni meridionali, Sicilia compresa. In Campania, Puglia, Calabria e Sicilia, in ostetricia e ginecologia, pediatria e medicina generale, la quota di letti dislocata in ospedali con meno di 120 posti-letto è del 20% circa; nel Centro-nord la stessa quota è inferiore al 3 %.

“...quella dell'attesa e del parto – afferma PADOVANI (2008) - è da anni, in realtà, un'industria consolidata che svolge (male) una funzione di supplenza nei confronti di strutture pubbliche insufficienti e scarsamente accreditate presso buona parte della cittadinanza. Allo stesso modo si spiega il record mondiale della Campania nel tasso dei cesarei... Gravidanza e parto sono tra i percorsi medici che esemplificano come nel Meridione molte soluzioni non siano determinate da problemi di spesa pubblica (il cesareo costa a Stato e Regioni il doppio del parto fisiologico), ma essenzialmente il prevalere di politiche clientelari nella gestione del sistema” (p. 4).

L'alto numero dei parti cesarei, in questo contesto, rappresenta l'elemento sintomatico, la 'spia rossa' che segnala una organizzazione e una gestione disfunzionale dell'assistenza socio-sanitaria, ma anche il diffondersi di pratiche cliniche che modificano violentemente i paradigmi culturali e i vissuti emozionali che per secoli hanno circondato l'evento 'nascita'.

Non vogliamo assolutamente esprimere con ciò un giudizio di valore sulle scelte individuali delle donne in relazione al rapporto con il proprio corpo, con i processi biologici che lo attraversano, con le dinamiche del dolore e della sofferenza in particolare, né tanto meno supportare quella visione arcaica che vedeva nel 'dolore del parto' quasi una punizione e una compensazione al piacere del rapporto sessuale.

Ci si può chiedere tuttavia, come hanno fatto alcuni operatori in una ricerca pubblicata recentemente (FIASCHI, GIRIBALDI, MORANO, BENTIVOGLIO, 2008), se oltre ai fattori organizzativi e ge-

stionali menzionati, esistano aspetti psicologici specifici, che possono essere messi in correlazione con l'ampio ricorso al parto programmato. *“Essendo il parto, in vario modo e con diverse intensità, un'esperienza forte sia fisicamente che emotivamente, ipotizziamo che esso possa rappresentare un evento sostanzialmente stressante, che richiede una reazione di adattamento e dunque l'utilizzazione di meccanismi di difesa che avranno il compito di ridurre il livello di ansia”* (p. 67).

L'impianto della ricerca - che ha coinvolto 70 donne, intervistate e testate tra la 30esima e 34esima settimana di gravidanza, la fase più significativa per esaminare aspettative, paure ed emozioni legate all'evento parto - si è avvalso di un questionario semi-strutturato e del D.M.I. (*Defens Mechanism Inventory*), uno strumento standardizzato, coerente con la teoria psicoanalitica dei meccanismi di difesa, che permette di misurare l'intensità con cui i soggetti utilizzano le cinque modalità difensive principali: *aggressività (TAO: Turning Against Object)*, *proiezione (PRO: Prjection)*, *principalizzazione (PRN: Principalization)*, *rovesciamento (REV: Reversal)*, *rivolgimento contro se stessi (TAS: Turning Against Self)*.

L'assunto teorico è che tutte le difese mirano a ridurre il livello di ansia, a renderla più sopportabile, restituendo e rafforzando lo stato di benessere, che può essere minacciato in alcuni momenti della vita. In questa prospettiva le difese non si distinguono in patologiche e non patologiche, in quanto tutte concorrono in equilibrio fra loro a produrre un adattamento ottimale. L'ipotesi è che nell'esperienza maturativa ma anche sostanzialmente stressante della gravidanza e della maternità alcuni stili difensivi possono essere utilizzati più frequentemente di altri in relazione alle specifiche modalità di parto.

Per verificare questa ipotesi gli autori hanno diviso i soggetti in due gruppi: il primo gruppo, formato dalle donne che avevano programmato un parto cesareo e un parto in travaglio con analgesia epidurale e il secondo (gruppo di controllo) dalle donne che avevano programmato un parto naturale.

Dall'analisi descrittiva dei dati è emerso che lo stile difensivo della principalizzazione (che include l'intellettualizzazione, l'isolamento e la razionalizzazione) è lo stile difensivo più utilizzato in assoluto in relazione alle tre forme di parto. *“In molte ricerche è stato evidenziato*

che nella popolazione adulta normale la PRN è la scala con i valori più alti. Anche gli autori della validazione italiana del DMI sottolineano come le difese intellettualizzanti sono in genere connesse con un buon livello di adattamento sociale e a competenze quali il problem-solving. Inoltre essi ipotizzano che poiché le difese intellettualizzanti poggiano in genere sulla razionalità possono rappresentare la modalità di risposta difensiva privilegiata dalla nostra società, per contro una sua massiccia utilizzazione può coincidere con indifferenza emotiva, difficoltà a stabilire legami intensi e soddisfacenti” (p. 71).

Analizzando nello specifico gli stili difensivi maggiormente utilizzati per ciascuna modalità di parto emerge che nel parto naturale gli stili maggiormente utilizzati sono in successione: la principalizzazione, la proiezione e l’aggressività; nel parto cesareo la principalizzazione, la proiezione e il rovesciamento; idem nel parto con epidurale.

In conclusione, secondo gli autori, *“lo stile difensivo più utilizzato in tutte e tre le modalità di parto risulta essere la principalizzazione, anche se nel parto naturale abbiamo uno scarto in positivo più significativo (58,66%), segue il parto epidurale (51,18%) ed infine il parto cesareo (50,73%). Nelle modalità di parto più orientate alla medicalizzazione gli stili difensivi maggiormente utilizzati dopo la principalizzazione sono quelli improntati alla repressione-negazione dell’affetto mentre nel parto naturale prevalgono quei meccanismi che rafforzano le risorse necessarie per il compito richiesto dalla modalità di parto” (74).*

In conclusione contrastare l’eccessiva medicalizzazione del percorso nascita attraverso una riappropriazione da parte delle donne dei vissuti emotivi ad esso correlati con la possibilità di attraversarne consapevolmente le aree più oscure e ansiogene e di poterne condividere i significati all’interno della coppia e del gruppo sociale di riferimento non vuol dire togliere garanzie, sicurezza e tutela alla salute della donna e del bambino, ma contestualizzare il parto e la nascita all’interno della rete di relazioni interpersonali – prima fra tutte la relazione madre/bambino - che motivano e giustificano l’evento prima e dopo.

BIBLIOGRAFIA

- FIASCHI M.D.- GIRIBALDI M.- MORANO S.- BENTIVOGLIO G. (2008), *Modalità di parto e stile difensivo: quali correlazioni?*, in *LINK*, n. 12, pp. 66-77
- FIORITI G.- FIUMARA R. - GENTILI P. (1992), *DMI Defense Mechanism Inventory*, Organizzazioni Speciali, Firenze
- GORI G. (2008), *Cesarei in aumento: occorre riaddestrare gli operatori*, in www.iss.it
- GRANDOLFO M. (1997), *I consultori familiari: evoluzione storica e prospettive per la loro riqualificazione*. In: MONTEMAGNO U. *Il Ginecologo Italiano*, Vademecum 1996-97: pp.463-477. Hippocrates Edizioni Medico-scientifiche Srl
- GRANDOLFO M. (2002), *I Consulteri Familiari tra innovazione e tradizione. Vecchi e nuovi compiti istituzionali*, sito: www.epicentro.iss.it/problemi/consultori/consultori.pdf
- GRANDOLFO M. (2006), *Il consultorio familiare nel Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI)*, sito: www.epicentro.iss.it/focus/consultori/grandolfo.asp
- PADOVANI G. (2008), *La salute e le cure sono uguali per tutti?*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", n. 14, pp. 1-5. Dello stesso autore *Il diritto negato. La salute e le cure sono uguali per tutti?*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 2008
- SPINELLI A. (2008), *I parti cesarei in Italia: andamenti e variabilità regionale*, in www.iis.it
- THOMAS J.- PARANJOTHY S. (2001), *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist Clinical Effectiveness Support Unit the National Sentinel Cesarean Section Audit Report*, RCOG Press, London