

# Anita Regalia e Giovanna Bestetti

## La via chirurgica alla nascita: il caso Italia

### La scena

L'Italia è attualmente il paese d'Europa con il più alto tasso di cesarei, il terzo paese del mondo dopo Messico e Brasile e la tendenza all'aumento nel suo utilizzo non accenna a ridursi. Si è passati da una percentuale di ricorso del 11 per cento nel 1980, al 28 per cento nel 1996, al 30 per cento nel 2000, al 35 per cento nel 2005, al 38 per cento nel 2008. Quest'ultimo dato, oltre a essere il più alto tra i paesi dell'Unione Europea (dove la percentuale media è del 23.7 per cento) e a essere lontano dalla percentuale degli USA (27.5 per cento), è quasi tre volte superiore a quello raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità (pari al 10-15 per cento).

Esiste una notevole variabilità geografica da regione a regione: nel 2008 il tasso era del 23 per cento nella Provincia autonoma di Trento e in Friuli Venezia Giulia, del 28 per cento in Lombardia, del 52 per cento in Sicilia, del 62 per cento in Campania. L'eccesso di tagli cesarei a livello regionale non è associato a miglioramenti significativi degli esiti perinatali: nelle regioni del Sud, dove maggiore è il ricorso al taglio cesareo, la mortalità perinatale è più alta.

Un segnale preoccupante di inappropriately nel ricorso al taglio cesareo è la maggior frequenza con cui viene effettuato nei punti nascita con pochi parti, dove la concentrazione di casi patologici è minore, rispetto ai grossi centri: passiamo infatti dal 50 per cento di media negli ospedali che assistono meno di 500 parti, al 31 per cento in quelli che assistono più di 2500 parti. Gli ospedali con un numero maggiore di parti coincidono quasi sempre con centri dove si concentrano un maggior numero di donne con condizioni di patologia – materna e neonatale – e quindi con maggior possibilità di necessitare di un taglio cesareo per salvaguardare la salute di mamma e/o bambino.

Questo comportamento, oggetto di discussione anche su autorevoli riviste internazionali quali il British Journal of Medicine (Langer 2002), è arrivato a preoccupare anche le autorità sanitarie italiane. Nel piano sanitario nazionale 2002-2004 varato dal Consiglio dei ministri nel paragrafo su “La salute del neonato, del bambino e dell'adolescente”, uno degli obiettivi individuati era quello di diminuire la frequenza nazionale di ricorso al taglio cesareo, ridurre

le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando entro il triennio a un valore nazionale pari al 20 per cento, in linea con i valori medi degli altri paesi europei.

Tre mozioni votate al Senato nel 2009 stigmatizzano ulteriormente l'alto tasso di ricorso al parto chirurgico e indicano diverse strategie di intervento per influire sul fenomeno.

## I retroscena

Quali ragioni hanno condotto alla situazione attuale? Se ne possono elencare molte, e di diversa natura: dall'ignoranza, di per sé molto spesso in equilibrio instabile con la *malpractice*<sup>1</sup>, a questioni di ordine medico-legale, a mutamenti demografici e sociali nella popolazione, all'immagine stessa dell'ostetricia come disciplina che si colloca tra assistenza, medicina e scienza d'avanguardia, fino a semplici, banali e terreni, interessi economici. E' difficile stabilire un ordine di priorità tra questi diversi fattori; essi vengono quindi presentati secondo una classifica soggettiva da parte di chi scrive.

### Ignoranza

Esiste una lacuna evidente nella formazione degli specializzandi in ostetricia e ginecologia sull'assistenza appropriata da fornire in sala parto, lacuna che crea un'insicurezza di base nello svolgimento dell'attività in sala parto, attività che ha caratteristiche simili, per alcuni versi, a un pronto soccorso. Infatti episodicamente vi è la necessità di dover prendere molto rapidamente decisioni efficaci per affrontare situazioni che possono comportare gravi esiti per la madre o il neonato. Il benessere del neonato in condizioni di rischio può infatti peggiorare in tempi brevissimi, così come un'emorragia dopo il parto può far perdere a una donna più di un litro di sangue in pochi minuti. In questa prospettiva effettuare un taglio cesareo programmato fuori travaglio, magari attribuendone la causa al "desiderio" espresso della donna, mette al riparo da ansie e inadeguatezze.

In un'indagine nazionale effettuata nel 2009 su oltre 200 centri dalla Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia, i cui risultati sono stati pubblicati il 10 novembre 2009 sull'importante quotidiano di economia *Il Sole 24 ore*, la preparazione del medico ostetrico al parto vaginale è considerata inadeguata dal 59 per cento del campione di ginecologi intervistati.

---

1 Termine anglosassone entrato nel linguaggio corrente che indica assistenza inappropriata

La maggioranza dei direttori delle scuole di specializzazione in ginecologia e ostetricia è di formazione chirurgica ginecologica, eccezionalmente sono cultori di ostetricia. Sebbene questo non dovrebbe influenzare la formazione dei giovani discenti, almeno nella parte teorica della preparazione, sicuramente influenza l'educazione nella pratica quotidiana: praticamente in nessuna sala parto universitaria italiana vi è un'assistenza basata sulle evidenze della letteratura scientifica, essendo invece quasi sempre basata sulle opinioni personali del direttore o dei medici anziani che si succedono nei turni di guardia. Gli specializzandi non solo non sono incentivati a effettuare periodi di formazione presso altri centri europei, esperienza che potrebbe aprire loro lo sguardo su altre possibili modalità di assistenza, ma sono disincentivati dall'obbligo di frequenza ai corsi, dall'impossibilità di dare l'esame di fine anno in assenza di un minimo di giornate di frequenza ospedaliera in Italia, ecc.

A conferma delle ricadute negative dell'inadeguata formazione degli ostetrici in sala parto, cito un recente aneddoto che è accaduto durante lo svolgimento di un corso teorico-pratico nazionale sul modo di affrontare delle situazioni di emergenza e dei casi difficili, organizzato dall'Associazione degli Ostetrici e Ginecologi Italiani. Nella mia relazione partivo da un ripasso delle principali nozioni di semeiotica ostetrica di base (analisi delle caratteristiche dell'attività contrattile, della morfologia dei bacini, delle variabili che caratterizzano il feto in travaglio, ecc.), nozioni scontate per la maggior parte degli ostetrici europei: il responsabile del Corso (collega di più di 50 anni, con posizioni di rilievo nelle principali Società Scientifiche italiane Ginecologiche, con una buona predisposizione d'animo all'apprendimento professionale permanente) a fine relazione ha pubblicamente fatto osservare che sentiva per la prima volta la maggioranza dei concetti da me sviluppati, che gli avevano "aperto un mondo sconosciuto".

Il sapere viene quasi sempre costruito unicamente a partire dall'esperienza personale, a cui viene attribuita una superiorità di valore se non altro negli ambiti ospedalieri (è ricorrente l'affermazione "non lo dico perché l'ho letto, lo dico perché l'ho visto davvero"), e, dato l'alto numero di strutture ospedaliere presenti nelle regioni nel quadro del drastico calo della natalità, l'esperienza dei singoli è sempre più ridotta, l'insicurezza la fa da padrona, la percezione degli eventi rari è spesso distorta.

In un'indagine effettuata nel 2000 su un campione rappresentativo di ginecologi in preparazione di un convegno sulla mortalità materna, alla domanda su quale fosse per loro il tasso di mortalità materna in Italia, il 30 per cento degli intervistati hanno risposto di non saperlo, alcuni hanno dato risposte generiche ("al sud è più alta che al nord", "quasi zero", "molto basso"), solo un sesto ha dato una risposta prossima al vero (10-15 per centomila). Se la conoscenza si basa soprattutto sull'esperienza personale una simile ignoranza si spiega facilmente con il fatto che in un reparto con circa 500 parti all'anno si può verificare una morte materna ogni 20 anni e quindi per il

singolo può essere un'evenienza inesistente, tanto da non considerare un determinante di scelta sulla modalità del parto la consapevolezza che la mortalità materna dopo taglio cesareo è quattro volte superiore rispetto al parto vaginale.

Anche qualora esista una buona conoscenza delle evidenze della letteratura e delle linee guida sulle diverse condizioni cliniche che possono presentarsi in sala parto, esiste una sostanziale incoerenza tra sapere e scelte assistenziali, accompagnata dalla diffusa incapacità di sostanziare razionalmente queste ultime e di aperta deresponsabilizzazione del singolo operatore (“non sono il primario, chi me lo fa fare di assumermi delle responsabilità, dei rischi”). L'esempio più eclatante al riguardo è rappresentato dallo scarto tra conoscenze e pratica corrente nella condizione “donna già-cesarizzata”: tutte le linee guida internazionali e nazionali affermano l'opportunità di favorire il parto vaginale in una donna che ha avuto un taglio cesareo pregresso. Il rischio di rottura d'utero è un rischio eccezionale (nell'ordine del 3-5 per mille), assolutamente contenuto se l'assistenza non forza i tempi spontanei e comunque affrontabile senza esiti né materni, né neonatali in presenza di una buona organizzazione ospedaliera. Sebbene le evidenze scientifiche siano del tutto rassicuranti, nel 2006 in Italia il 95 per cento delle donne che hanno avuto un taglio cesareo pregresso sono state sottoposte a taglio cesareo programmato. Non sono bastati a far cambiare idea ai ginecologi numerosi corsi di formazione organizzati dalle società scientifiche a livello nazionale e la scarsissima probabilità individuale in cui incorre il singolo medico di dover affrontare un'emergenza conseguente alla rottura d'utero. Calcolando infatti il numero di guardie che un ginecologo mediamente fa in un anno e la frequenza con cui gli capita di assistere una donna con taglio cesareo pregresso in una struttura con circa 1000 parti all'anno il singolo ginecologo potrà incontrare questa emergenza ostetrica una volta ogni 50 anni.

### **Il “problema” medico-legale**

Tra le ragioni addotte dall'establishment istituzionale, in tutti i convegni e nella pratica corrente, a giustificazione dell'esasperata medicalizzazione della gravidanza e del parto figura in posizione di primo piano il timore medico legale. La tendenza all'aumento del rischio di essere citati in sede giudiziaria a rispondere di eventuali esiti negativi dell'assistenza prestata è iniziata negli Stati Uniti negli anni '80, quando i premi assicurativi per rischio professionale dei medici statunitensi sono aumentati in modo geometrico, le maggiori compagnie assicurative hanno cessato di accendere nuove polizze per rischi professionali, la maggior parte dei membri dell'*American College of Obstetricians and Gynecologists* aveva a proprio carico almeno una denuncia di *malpractice*. La situazione americana, prodotto del particolare contesto giudiziario, culturale e socio-sanitario del paese (sistema sanitario nazionale prevalentemente privato), si è progressivamente estesa anche a altre realtà

nazionali europee, tra cui l'Italia, caratterizzate da politiche sanitarie, cultura, sistemi giudiziari diversi, arrivando a coniare il termine di "ostetricia difensiva" per definire le ricadute del timore medico-legale sulla politica assistenziale.

Nell'indagine nazionale della Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia prima citata, le complicità medico-legali sono la prima causa del ricorso al taglio cesareo per ben nove ginecologi su dieci: "il bisturi trionfa per motivi medico-legali". Il taglio cesareo viene visto come il massimo di sicurezza che un medico può offrire e su cui quindi una coppia non può recriminare. Per gli operatori il detto "non sarai mai condannato per un cesareo di troppo, mentre puoi esserlo per uno non fatto" è sempre valido e comunemente riportato.

La preoccupazione dei ginecologi si fonda sul crescente numero di reclami che giungono in Direzione Sanitaria da parte delle donne e delle coppie che si lamentano per l'assistenza ricevuta e chiedono spiegazioni e risarcimenti per danni subiti. La stragrande maggioranza di questi reclami finisce con una relazione scritta da parte degli operatori e dell'Ufficio legale dell'ospedale, a cui fa seguito in una percentuale variabile, che non supera il 30 per cento, un rimborso economico da parte dell'assicurazione dell'ospedale. Solo in rari casi, in genere in presenza di danni rilevanti (handicap neonatale, morte materna, isterectomia post-partum), il contenzioso prende le vie legali propriamente dette attivando un procedimento giudiziario penale o civile.

E' difficile quantificare il fenomeno, in quanto le direzioni sanitarie sono restie a rendere pubblici i dati dei contenziosi, ma i casi che finiscono di fronte al giudice sono sicuramente molto meno numerosi di quanto i ginecologi riferiscono nelle loro argomentazioni e molto meno frequenti di quanto non avvenga negli Stati Uniti.

D'altra parte, anche in Italia le compagnie assicurative rifiutano sempre più frequentemente di assicurare gli ostetrici, i costi delle polizze assicurative sono sempre più alti e patiscono di questa situazione soprattutto i medici che fanno anche un'attività privata (la maggioranza), dovendo accendere polizze private oltre a quelle garantite dall'attività pubblica.

Con il tempo si è sviluppata un'ostilità nei confronti delle donne, considerate responsabili, a causa del loro comportamento giudicante, della difficoltà di ottenere la copertura legale, ostilità che si manifesta non solo nelle chiacchiere tra colleghi, ma che si traduce in una comunicazione inappropriata con la donna/coppia, soprattutto nelle condizioni cliniche complesse. Di fatto, questo atteggiamento conflittuale si ritorce contro i medici stessi: in diversi studi che hanno analizzato quali siano gli elementi che portano le pazienti al reclamo, il tema dominante è risultato essere una rottura nel rapporto con il ginecologo, manifestata come un'insoddisfatta comunicazione fra sanitario e paziente. Le donne che hanno partecipato agli studi descrivono la loro percezione dei problemi di comunicazione come segue: i sanitari non ascoltano, non parlano

apertamente, tentano di fuorviarle, non avvertono dei problemi di sviluppo neurocognitivo che potranno verificarsi (nei casi di danni da parto).

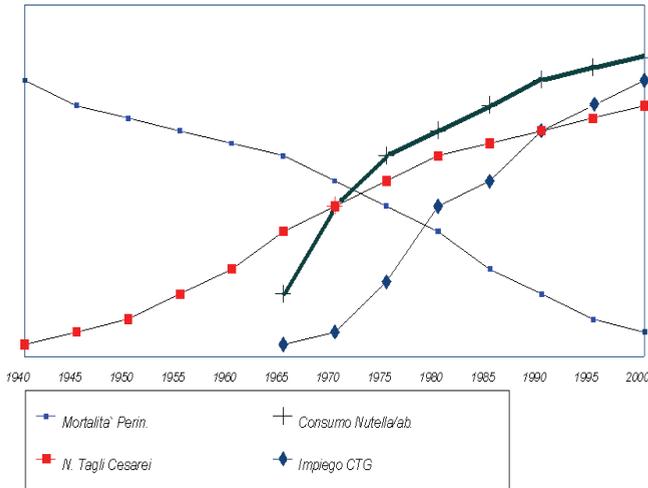
Anche quando il reclamo verte su problematiche di natura tecnico-professionale, in realtà spesso l'elemento di fallimento è la comunicazione con l'interessata e/o i suoi familiari che sono rimasti insoddisfatti del rapporto con i professionisti. In diversi ospedali si stanno aprendo uffici di mediazione dei conflitti con lo scopo di riaprire il dialogo tra cittadini-pazienti e operatori, per diffondere la "cultura della comunicazione", attivare un processo di riflessione da parte dei professionisti, per non arroccarsi in una medicina difensiva e, abbracciando anche il punto di vista della donna, tendere al miglioramento della qualità delle cure e all'appropriatezza, riguadagnando una fiducia reciproca.

### **Convinzione che gli esiti neonatali siano migliori**

Poiché parallelamente a un incremento del tasso di parto addominale si è assistito a un decremento della mortalità perinatale, in molti operatori si è instaurata la convinzione, trasmessa alle donne stesse, che tra questi due fenomeni vi sia una correlazione positiva.

Numerosissimi lavori epidemiologici hanno smentito questa associazione, attribuendo al miglioramento dello stile di vita, alla riduzione nel numero dei figli, alle migliori abitudini alimentari, alle migliori cure neonatali il miglioramento della mortalità perinatale. L'aumento del ricorso al taglio cesareo è un fenomeno indipendente, come in un recente convegno sarcasticamente figurato con questa tabella dal dottor Gori, il quale ha dimostrato che la riduzione della mortalità perinatale può essere correlata con l'aumento di consumo di nutella/per abitante, tanto quanto con l'aumento del taglio cesareo, o l'aumento dell'uso del CTG (cardiotocografia fetale in travaglio). Inoltre indicatori di morbosità neonatale, quali la mortalità neonatale, la presenza di emorragia intracranica, la paralisi cerebrale, sono risultati essere uguali nei neonati da taglio cesareo programmato e parto vaginale. Ciononostante nella mentalità corrente la morbosità neonatale è invece attribuita unicamente all'evento parto in sé e non alle condizioni in cui il bambino arriva al momento del parto. Sebbene siano numerose le argomentazioni che sfatano la convinzione della superiorità del taglio cesareo nel garantire la qualità di vita del neonato (non ultima il fatto che i paesi europei con il più basso tasso di esiti neonatali sfavorevoli, i paesi scandinavi, sono anche quelli con un basso tasso di tagli cesarei), gli operatori continuano a esserne convinti e a condizionare direttamente o indirettamente in questa direzione le donne stesse. Tutto ciò mostra quanto, rispetto alla "cultura della nascita", sia pertinente la constatazione di Barbara Duden quando afferma che: "La nostra società è la prima che, possedendo delle tecniche, ne è al tempo stesso posseduta" (Duden 2006, p. 99). Il parto cesareo è la modalità di parto

tecnologica per eccellenza, considerata la più sicura, l'avvento dell'uso allargato del taglio cesareo ha condizionato l'incremento dei contenziosi legali per "mancato taglio cesareo".



### Aumento della medicalizzazione in gravidanza

In Italia la medicalizzazione della nascita non si manifesta solo al momento del parto con un eccessivo ricorso al taglio cesareo, ma inizia già dal momento del concepimento. In un'indagine svolta dalla rivista Altro Consumo nel 2006 su 30.000 donne in gravidanza, rappresentative del territorio nazionale, è emerso che il 4 per cento si è sottoposta a riproduzione artificiale assistita, il 60 per cento ha effettuato indagini di diagnosi prenatale, il numero medio di ecografie per donna è stato di 5,5 e il 30 per cento delle donne ha fatto sette o più ecografie, mentre il protocollo del Ministero della Salute ne raccomanda tre.

Il quadro indica una società in cui la tecnologia ha assunto un fascino del tutto indiscreto. L'uso/abuso della tecnologia è diventato il modo di rapportarsi all'incertezza del generare della società (Duden 2002), trasformandosi in strumento rituale di contenimento delle paure innate rispetto alla maternità che tutte le donne hanno: paura di essere sterili, paura che il figlio non sia sano, paura del dolore del parto, paura del proprio comportamento in travaglio. A queste paure la tecnologia risponde con la riproduzione assistita, la diagnosi prenatale, l'analgesia peridurale, il taglio cesareo. Grazie alla tecnica mettere al mondo non è più una condizione di trasformazione per una donna e che, come tutte le trasformazioni, genera instabilità, insicurezza,

vulnerabilità, ma è diventato un programma tecnicamente sorvegliato e pilotato in cui la donna è indotta a percepirsi come ambiente in cui si svolge un processo, rispetto al quale non le è richiesto di assumersi responsabilità sostanziali, ma solo formali attraverso la compilazione di moduli di consensi informati del tutto burocratici, relativi alle diverse indagini diagnostiche e procedure assistenziali, e che non hanno nulla a che vedere con un percorso di vera informazione e scelta.

I mass media inoltre confondono l'immagine della scienza con quella della tecnologia e trasmettono questa confusione ai loro utenti costruendo e alimentando l'idea che tutto ciò che è tecnologico è scientifico, rafforzando l'equazione scienza=tecnologia; in questa cornice concettuale la sicurezza viene quindi identificata con il numero dei controlli effettuati, tanto più sicuri quanto più tecnologici, rendendo poco credibili e rassicuranti controlli basati su un ricorso molto modesto alla tecnologia, ma assai più attendibili e sicuri di controlli che si avvalgono di essa<sup>2</sup>.

La ricaduta di questa cultura distorce la rappresentazione corrente delle donne per cui non è più desiderabile/auspicabile l'esperienza di un travaglio e un parto assistiti nel rispetto della fisiologia, o comunque con il "minor uso di tecnologia compatibile con la sicurezza" come indica l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS). I parti a bassa intensità di controlli/interventi medici vengono ritenuti assistiti in modo "naturalista a oltranza" "irrazionale", comunque lontani da canoni di presunta "scientificità", mentre i parti a alta intensità *high tech* vengono riconosciuti come "sicuri", come prodotti assistenziali derivati dal progresso scientifico, nell'erronea equazione tecnologico=scientifico. Questa erronea equazione, ormai divenuta rappresentazione collettiva, mette in seria crisi l'idea che la fisiologia, quando c'è, vada promossa e tutelata, piuttosto che non "corretta": nella fisiologia non si fa nulla di tecnologico ergo il suo rispetto, promozione, tutela non è percepito come "scientifico" o come frutto di studi scientifici che ne dimostrano l'efficacia in termini di migliori esiti di salute per la donna e per il neonato.

---

2 Un esempio di ciò è la modalità di valutazione della crescita adeguata del feto in gravidanza: l'accrescimento del feto in utero è infatti valutabile in modo appropriato e attendibile con una misurazione, ripetuta nel tempo a ogni controllo ostetrico, con il centimetro della lunghezza dello spazio tra la sinfisi pubica e il fondo dell'utero. A questo tipo di misurazione si preferisce l'effettuazione di un'ecografia effettuata a 32-34 settimane di gestazione dalla quale si deduce in proiezione il peso del neonato alla nascita con un errore prognostico non irrilevante nelle gravidanze fisiologiche, in quanto il rallentamento o l'incremento della crescita fetale in questa condizione si manifesta usualmente dall'ottavo mese in poi.

## I cambiamenti sociali/demografici

Esistono dei fattori che agiscono in modo indipendente dalla volontà degli operatori nel contribuire all'incremento del tasso di tagli cesarei: la parità, ovvero il numero di figli/parti per donna e l'età della donna in gravidanza.

Nel corso degli ultimi decenni la natalità nel nostro paese è diminuita drasticamente, passando da circa un milione di nati nel 1960 a 569.000 nel 2005; il numero di donne italiane con un unico figlio è aumentato considerevolmente e è dimostrato che una donna al primo figlio ha 4 o 5 volte più possibilità di essere sottoposta a taglio cesareo rispetto a una donna che ha già partorito. E' aumentata inoltre l'età media delle donne alla nascita del primo figlio, così come le gravidanze in donne con più di 35 anni di età.

Queste importanti caratteristiche della popolazione ostetrica si sono modificate negli anni in tutti paesi occidentali, in particolare per quanto riguarda il numero delle donne che aspettano il primo figlio dopo i 40 anni (Cleary-Goldman 2005, Treacy 2006) costituendo una parziale giustificazione oggettiva dell'aumentato ricorso al taglio cesareo, poiché l'aumento dell'età materna al primo figlio e il minor numero di figli per donna sono fattori considerati predittivi della necessità o comunque del maggior ricorso al taglio cesareo, indipendentemente dalle cause analizzate nei precedenti paragrafi e con molta probabilità non modificabili grazie a un cambiamento delle pratiche assistenziali.

## Il mercato della sanità

Come prevedibile il taglio cesareo viene effettuato più frequentemente negli ospedali privati (76 per cento), o privati convenzionati (61 per cento) rispetto agli ospedali pubblici (31 per cento). In diverse cliniche private di grandi città italiane, come Roma, le percentuali relative ai parti con taglio cesareo raggiungono valori vicini all'80 per cento del totale.

E' importante sottolineare, inoltre, che il minor ricorso al taglio cesareo si registra in quelle regioni dove da tempo si attuano scelte di razionalizzazione dell'assistenza ospedaliera e di promozione dell'appropriatezza clinica e organizzativa delle prestazioni erogate, anche attraverso l'adozione di politiche tariffarie che prevedono meccanismi di incentivazione del parto naturale e/o disincentivazione del parto cesareo. La trasformazione degli ospedali pubblici in azienda ha fatto sì che la logica di organizzazione in funzione del budget, finora intrinsecamente necessaria all'esistenza del settore privato, si sia estesa anche alle Aziende ospedaliere pubbliche, dove la remunerazione delle prestazioni tramite i DRG <sup>3</sup> ha finora favorito il rimborso

---

3 DRG: *diagnosis related groups*, è un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali, che ha origine negli Stati Uniti e viene utilizzato per il finanziamento prospettico degli ospedali.

di un taglio cesareo rispetto al parto vaginale, rendendolo quindi una modalità di parto economicamente conveniente. Solo da pochi anni i rimborsi sono stati equiparati in molte Regioni.

## Un falso mito

Nelle discussioni al Ministero della Salute, in occasione della definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza, è stata frequentemente citata la possibile correlazione positiva tra riduzione dei tagli cesarei e allargamento del ricorso all'analgesia peridurale in travaglio. Secondo i sostenitori di questa tesi molte donne italiane preferiscono ricorrere al taglio cesareo per il timore di partorire e di dover affrontare il dolore del travaglio, la cosiddetta *tocofobia*, riportata come indicazione a taglio cesareo programmato in molte unità ostetriche.

Anche nelle mozioni approvate al Senato nel 2009 il governo si impegna, come strategia per ridurre il ricorso al taglio cesareo, “a favorire il controllo e la gestione del dolore nelle fasi del travaglio, nel quadro di una maggiore e migliore umanizzazione dell'evento nascita, attraverso il ricorso a tecniche avanzate di anestesia locale e di tipo epidurale, in condizioni di appropriatezza e nell'ambito dei modelli organizzativi locali, inserendo le tecniche di analgesia per l'espletamento del parto naturale fra le prestazioni garantite a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza nelle strutture individuate dalle regioni all'interno di appositi programmi”.

Questa correlazione tra aumento di patoanalgesia e riduzione dei taglio cesareo, è molto discutibile e non è confermata da diversi dati che abbiamo a disposizione sia osservando la realtà nazionale sia quella europea.

Prendendo come esempio la regione Lombardia, dall'analisi dei dati desunti dalle schede di dimissione ospedaliera si è potuto osservare che gli ospedali che hanno il più alto tasso di applicazione dell'analgesia peridurale in travaglio sono mediamente gli stessi che hanno il più alto ricorso al taglio cesareo

Come si può interpretare questo dato? Una delle spiegazioni più convincenti sembra essere legata al fatto che la tradizione di autonomia decisionale sulla propria salute in Italia non è ancora molto sviluppata, come invece lo è nei paesi anglosassoni. La scelta di una donna riguardo alle modalità del proprio parto è strettamente correlata all'opinione del ginecologo o della figura sanitaria che la segue in gravidanza, sia perché la donna non ha strumenti per cambiare il proprio curante quando le opinioni divergono dalle sue, sia perché, anche se una donna è molto determinata rispetto a opzioni che considera

---

importanti per lei, l'influenza del medico è ancora molto forte. Se in ospedali in cui si pratica una medicalizzazione a alta intensità, tra i cui elementi possiamo annoverare il facile ricorso al taglio cesareo, i medici condizionano la donna spingendola a richiedere livelli di medicalizzazione sempre più alti (come l'analgisia peridurale), negli ospedali in cui si pratica una medicalizzazione a bassa intensità, i medici trasmettono fiducia riguardo alle pratiche che promuovono la normalità cosicché le donne non richiedono l'analgisia di routine, anche se è disponibile.

Questa delega della propria salute ai medici dipende anche dal fatto che in Italia tra le donne esiste ancora un limitato livello di diffusione delle informazioni appropriate intorno alla nascita, informazioni che costituiscono la base per poter definire i propri bisogni rispetto a questo evento vitale. Uno strumento utile al riguardo sono gli incontri di accompagnamento alla nascita, una volta chiamati corsi di preparazione al parto. La percentuale di donne che ha frequentato un corso pre-parto si aggira intorno al 30 per cento, con forti differenze per area geografica (40 per cento nell'Italia centrale e settentrionale e 12,7 per cento e 14,9 per cento, rispettivamente, nell'Italia meridionale e nelle isole) e livello di istruzione (le donne laureate sono il 65,6 per cento, quelle con la licenza media il 34,2 per cento e quelle con la sola licenza elementare il 20,2 per cento). Occorre sottolineare come a livello nazionale le donne a maggior rischio di non frequentare i corsi siano quelle meno istruite, in fasce di età estreme (<18 anni e > 40 anni), che risiedono nelle regioni meridionali, le plurilingue e le casalinghe.

Un'altra spiegazione possibile dipende dal modello di organizzazione dell'assistenza e dai ruoli degli operatori: negli ospedali in cui l'ostetrica ha un ruolo determinante è più facile che sostenga il dolore della donna con un approccio non farmacologico. Indirettamente gli ospedali in cui l'ostetrica può avere un ruolo determinante sono anche gli ospedali in cui i medici ne riconoscono l'importanza e promuovono la fisiologia, utilizzando indirettamente in modo più appropriato il taglio cesareo.

Inoltre, se analizziamo la realtà dei diversi paesi europei, la relazione tra approccio al dolore con analgesia farmacologia e ricorso al taglio cesareo non è così semplice e lineare, come a una prima lettura si potrebbe ipotizzare. Essa si rivela al contrario molto complessa: ci sono paesi che, pur avendo tassi elevati e simili tra loro di ricorso all'uso dell'analgisia peridurale in travaglio, quali Francia e Germania, cui le donne ricorrono in circa il 70 per cento dei casi, hanno un tasso di tagli cesarei molto dissimile (21 per cento in Francia, 28 per cento in Germania). Così pure risulta contraddittorio che, sebbene in quasi tutti i paesi d'Europa il ruolo dell'ostetrica sia molto più riconosciuto che in Italia e le ostetriche in questi paesi potrebbero adoperarsi in modo appropriato al sostegno non farmacologico della donna in travaglio, il ricorso all'analgisia peridurale è sicuramente più alto che in Italia e il tasso di cesarei diverso da paese a paese.

Nell'inchiesta effettuata nel 2008 dalla Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia in più di duecento centri ostetrici, i ginecologi non sono convinti della correlazione positiva tra aumento d'uso dell'analgia perdurale e abbassamento del ricorso al taglio cesareo: infatti solo il 19 per cento dichiara come una strategia importante per affrontare il problema dell'abbassamento dei parti cesarei l'aver a disposizione un'anestesista dedicato, condizione necessaria per poter garantire l'effettuazione di un'analgia perdurale garantita ventiquattro ore su ventiquattro.

## **Quando le donne vogliono il cesareo**

Un nuovo elemento emerso negli anni come indicazione a effettuare un taglio cesareo è la richiesta della donna senza che sussista un'indicazione medica per adire a questa modalità di parto. Numerosi studi sono stati condotti per tentare di quantificare il fenomeno e per indagare le cause che spingono una donna a fare una simile richiesta. Una revisione sistematica di 19 studi osservazionali su un totale di 13.285 donne, condotta dal Centro Nazionale Collaborativo per la Salute Materna-Infantile del Regno Unito (NCC-WCH), ha riscontrato una percentuale di tagli cesarei su richiesta materna compresa tra il 6 e l'8 per cento (2004). Questo dato è abbastanza trasversale in tutti i paesi europei e in linea con i numerosi studi condotti a livello nazionale e internazionale sulle preferenze delle donne riguardo alla modalità del parto. Potendo scegliere, la maggioranza delle donne desidererebbe un parto spontaneo con una percentuale media dell'87.6 per cento (87.3 per cento, Pang 2007; 77.8 per cento, Angeja 2006; 94 per cento, RCOG 2004; 93.5 per cento, Gamble 2001; 89 per cento, Moneta 2001 ; 89.9 per cento, Donati 2003) e d'altra parte circa il 10-12 per cento delle donne si augurerebbe di essere sottoposta a un taglio cesareo, essendo in metà dei casi disposte a chiederlo anche senza indicazione medica.

Per quanto riguarda la realtà italiana, Mancuso ha condotto due studi descrittivi: il primo riporta i risultati di un'indagine effettuata su 390 gestanti con gravidanza singola e fisiologica, intervistate da ostetrici e psichiatri. I fattori associati alla preferenza per un taglio cesareo d'elezione sono risultati: l'età maggiore di 35 anni, un livello alto di istruzione, precedente infertilità, la qualità dell'informazione (sufficiente vs insufficiente) e il bisogno di comprensione. La motivazione esplicitata più spesso per richiedere un taglio cesareo programmato è stata la sicurezza per il nascituro. Nello studio successivo invece l'autore ha valutato le motivazioni delle donne attraverso l'opinione espressa dai ginecologi: settanta specialisti professionalmente attivi in Veneto e in Sicilia hanno compilato un questionario anonimo attraverso il quale sono stati rilevati il numero di tagli cesarei effettuati su richiesta della

donna, le loro caratteristiche socio-economiche, le ragioni e i condizionamenti che, a parere degli ostetrici, spingono le donne a richiedere un taglio cesareo elettivo. Fra le motivazioni della richiesta, quelle più frequentemente citate, oltre alle precedenti esperienze negative, sono la *paura del parto* e la *paura del dolore*. In particolare le donne siciliane richiedono il taglio cesareo per paura del dolore (64 per cento) più spesso delle venete (42 per cento). Gli autori sottolineano le diverse condizioni sociali delle donne e la diversa organizzazione dei servizi sanitari tra le due regioni (per esempio, l'analgesia ostetrica è offerta molto raramente al sud). Il ruolo del marito nel condizionare la richiesta delle donne risulta più frequentemente citato al nord rispetto che al sud (48 per cento vs 20 per cento), mentre il ruolo della madre viene riportato in maniera analoga in entrambi i gruppi (54 per cento in Sicilia 50 per cento in Veneto). La scelta della donna è risultata condizionata anche dalla modalità di offerta del medico: l'offerta, infatti, di un travaglio di prova è accettata più frequentemente dalle donne negli ospedali con un basso tasso di tagli cesarei, rispetto agli ospedali con un alto tasso di tagli cesarei.

Più di un lavoro (Saisto 2001, Bewley 2002) rileva inoltre che la richiesta di taglio cesareo nasce da problemi di sfiducia nello staff, dalla preoccupazione di non trovare personale disponibile e accogliente, dalla paura di non essere assistite in modo appropriato e coinvolte nelle decisioni relative ai percorsi assistenziali.

Sono disposti i ginecologi a assecondare la richiesta delle donne, anche qualora non sussista un'indicazione ostetrica? In uno studio che ha coinvolto 1.530 ostetrici in Francia, Germania, Italia, Lussemburgo, Olanda, Spagna, Svezia e Regno Unito (studio EUROBS, Habiba 2006), sono state indagate, usando un questionario anonimo, le posizioni di ciascun sanitario riguardo al comportamento adottato in caso di richiesta della donna di taglio cesareo in assenza di indicazioni mediche. In particolare il questionario richiedeva ai sanitari di dichiarare se acconsentirebbero o meno a una richiesta di taglio cesareo da parte di una donna di venticinque anni, già informata sul rapporto beneficio/danno di parto vaginale e taglio cesareo, con una gravidanza singola senza complicazioni, feto in posizione cefalica a trentanove settimane di gestazione.

Lo scenario presentato è ulteriormente diversificato in base alle motivazioni della richiesta (personale scelta della donna, paura del parto, precedente taglio cesareo, precedente parto vaginale traumatico, esperienza di morte del feto durante un parto precedente, un figlio disabile, la donna è una collega). I rispondenti sono stati invitati a motivare la scelta di comportamento, indicando quali elementi influenzassero l'accoglienza della richiesta della donna: rispetto dell'autonomia della donna, evitare probabili problemi di collaborazione della donna nel corso del parto; evitare problemi legali nel caso di eventi avversi. Nel questionario si è indagato anche se il comportamento dei sanitari fosse condizionato dalla paura di entrare in conflitto legale con la donna. I risultati riportano percentuali variabili di professionisti sanitari favorevoli alla

richiesta della paziente a seconda dei paesi: 15 per cento in Spagna, 19 per cento in Francia, 22 per cento in Olanda, 55 per cento in Italia, 75 per cento in Germania, 79 per cento in UK. Le percentuali più alte si sono verificate in Paesi nei quali la tradizione di rispetto dell'autonomia dei pazienti nelle scelte sanitarie è più consolidata (Gran Bretagna e Germania). Dall'indagine emerge che i professionisti della salute sarebbero più propensi a accettare di eseguire il taglio cesareo quando le motivazioni della richiesta sono giustificazioni "simil-indicazioni cliniche", pur non supportate da prove di efficacia: precedente cesareo o parto traumatico, figlio disabile, morte perinatale. Inoltre, il rispetto dell'autonomia di scelta della donna è la motivazione dichiarata che induce la maggior parte dei professionisti a assecondare le richieste della donna, seguita dalla paura di conseguenze legali (valori compresi tra il 30 per cento e l'80 per cento).

## **Un'esperienza a misura del possibile**

Diverse sono le realtà ostetriche negli ospedali, spesso di piccoli centri, che non si comportano in linea con la tendenza nazionale di medicalizzazione di cui l'aumento del ricorso al taglio cesareo è un indicatore. Poche invece sono le realtà universitarie, con le conseguenze sugli ostetrici in formazione che abbiamo precedentemente analizzato. Un'eccezione è costituita dall'Ospedale San Gerardo di Monza, sede della Scuola di Specializzazione dell'Università degli Studi di Milano Bicocca.

La gestione della sala parto in uso da diversi anni in questa clinica ha consentito di contenere il tasso di tagli cesarei rispetto all'incremento esponenziale osservato in molte realtà e regioni italiane e di attenersi all'obiettivo del Ministero della Salute Italiano che riporta il limite per il taglio cesareo al 20 per cento. Il tasso che si aggirava intorno al 15 per cento negli anni novanta si aggira intorno al 18-19 per cento negli ultimi cinque anni, senza assistere parallelamente a un aumento dei parti operativi vaginali. I principi assistenziali che caratterizzano l'attività della sala parto a Monza sono riassunti qui di seguito:

L'adozione di linee guida basate sulle evidenze della letteratura per le principali condizioni ostetriche che si presentano nell'assistenza (travaglio fisiologico, induzione del travaglio, parto nelle donne con taglio cesareo pregresso, la conduzione del distress fetale, travaglio con partoanalgesia, parto nella gravidanza gemellare, parto pretermine, rivolgimento per manovre esterne nella presentazione podalica).

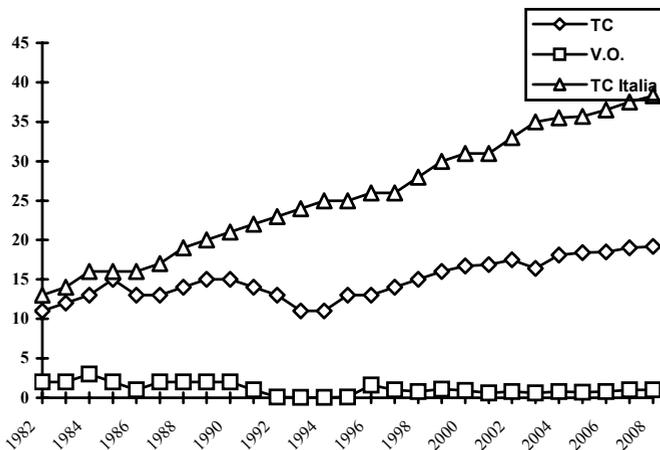
La presenza di un'ostetrica accanto a ogni donna in travaglio.

L'assistenza differenziata nella fisiologia/rischio/patologia per quanto riguarda sia la responsabilità professionale sia le caratteristiche dell'assistenza (in particolare sulle modalità di insorgenza del travaglio, il ritmo delle visite vaginali in travaglio, l'utilizzo del monitoraggio elettronico fetale, il ricorso alla parto-analgesia).

La conduzione omogenea di équipe, garantita sia dal confronto sistematico tra due operatori presenti in sala parto nella conduzione dei travagli complessi e prima di effettuare un taglio cesareo, sia dal contenimento dell'assistenza privata/clientelare.

La presenza di un responsabile dell'attività della sala parto, responsabile motivato a mantenere la normalità della nascita

L'audit<sup>4</sup> permanente con discussione quotidiana di casi clinici di patologia della gravidanza e di sala parto, in particolare rivalutando le indicazioni che hanno portato a effettuare un taglio cesareo; riunioni settimanali intra- e interdivisionali di aggiornamento



Rispetto alla scelta della modalità del parto viene favorito il parto vaginale, adottando una politica restrittiva nei confronti del taglio cesareo programmato, in particolare nelle donne al primo figlio e nelle donne con condizioni ostetriche che in molti ospedali italiani rappresentano un'indicazione elettiva al parto addominale per motivi socio-culturali (è stata addirittura coniata l'espressione *figlio prezioso* per le donne che si sono sottoposte a

4 L'audit clinico è un processo ciclico di miglioramento degli aspetti tecnico-professionali della qualità delle cure che si basa sulla revisione sistematica della documentazione clinica.

fecondazione artificiale, o di più di quarant'anni, o con precedenti aborti spontanei, ecc). Tenendo conto della frequenza con cui queste condizioni si presentano, l'aver promosso il travaglio spontaneo nella popolazione con queste caratteristiche ha permesso una riduzione totale dell'11 per cento di tagli cesarei programmati.

I principi sopra elencati non sono stati modulati allo scopo di ridurre il numero di tagli cesarei, ma in quanto principi eticamente condivisibili dalla maggioranza degli operatori e in linea con le raccomandazioni generali dell'OMS sulla nascita; il contenimento del ricorso al taglio cesareo che si ottiene con una simile politica è una conseguenza di una filosofia assistenziale centrata sulla promozione della salute e del benessere complessivo di madre e neonato, non un obiettivo di per sé. In particolare sono state adottate le raccomandazioni che sottolineano l'importanza che nell'assistenza alla nascita qualsiasi intervento ostetrico debba essere attuato solo in presenza di precisi indicatori clinici basati sulle evidenze e se sia dimostrato che i benefici superano i rischi.

## **Cosa dicono le donne? L'esempio del dibattito nei forum**

I forum in internet stanno assumendo nel tempo un'importanza sempre maggiore come luoghi in cui è possibile capire come le donne si collocano rispetto al discorso sulla maternità

L'accesso al web sempre più diffuso, ha permesso la creazione di questi luoghi virtuali di incontro in cui molte donne si scambiano pensieri, pareri, informazioni relative alla maternità, che riflettono la cultura corrente e la rafforzano. Tra le tematiche dibattute quelle relative alla nascita occupano un posto rilevante; le informazioni e i pareri che le donne si scambiano assumono un peso rilevante, in particolare rispetto alle scelte relative alle modalità di parto.

I forum sono inoltre luoghi in cui le persone, protette dall'anonimato, si esprimono senza troppe mediazioni: si tratta quindi di un ambiente in cui è possibile rilevare con facilità le opinioni correnti relative a queste tematiche.

Nei forum è possibile trovare rappresentate le stesse "culture della nascita" che sono state analizzate sopra e che determinano i diversi orientamenti rispetto alle scelte relative al taglio cesareo.

Operando una grossa semplificazione è possibile riferire i temi del dibattito intorno al taglio cesareo a tre filoni: la cultura del "naturale buono sempre" (NSB), la "cultura della fisiologia" che si appella alla forza della *Evidence Based*

Medecine (EBM), e il variegato arcipelago delle “culture della medicalizzazione” (M&T), basate su due assunti di fondo:

1) l'idea che gravidanza e parto possano essere definiti fisiologici soltanto a posteriori, quando “tutto è andato bene”, e che quindi vadano sempre e comunque trattati come eventi “quasi-patologici”

2) l'equazione tecnologia=scienza=progresso, da cui consegue che “nel 2009 non si può partorire come facevano le nostre nonne”, “non siamo più all'età della pietra”, “non si può avere una mentalità anti-scientifica”.

Sembra interessante riportare un esempio di dibattito intorno al tema del cesareo, che ben esemplifica le possibili modalità con cui vengono recepite le indicazioni dell'OMS e le scelte di politica sanitaria relative alla riduzione dei tagli cesarei. Il dibattito sul diritto a ottenere un taglio cesareo su semplice richiesta della donna ricorre infatti ciclicamente: in media ogni due settimane viene lanciata la discussione da parte di qualche donna che, desiderosa di confrontarsi in modo pacato su questa tematica, chiede alle altre un confronto, evidenziando il bisogno di ascolto e riconoscimento che evidentemente non trova nel rapporto con la figura sanitaria che la segue in gravidanza.

Osserviamo come in questi primi scambi tra donne il confronto permanga sul piano dell'esperienza personale, nel rispetto dell'altra, anche se le diversità di opinioni emergono con chiarezza, sin dalle prime battute:

### **Tutti mi guardano storto perché voglio fare il cesareo** 🤪🤪

Inviato da [ergo34](#)

*Ma ... paletta!!!!!!! scusate l'inizio...  
ma siamo o non siamo in un paese libero, dove ognuno può esprimere le proprie idee e può decidere cosa o non cosa deve fare....ALLORA per favore, mi spiegate perché appena si dice: Far il cesareo tutti ti guardano stralunati e quasi ti fulminano con gli occhi!!!  
Le mie cognate dicono che devi sentire l'intimità con il tuo bambino, un'altra mi dice le donne da che mondo e mondo hanno sempre partorito in modo naturale.....ah si e quante sono state squarciate o i loro figli hanno avuto dei problemi...e succede ancora oggi che siamo nel 2009!!!!  
Certa gente ti lapida, come se fossi un'adultera o una strega da bruciare al rogo!!! 🤪👉*

### **Tranquilla!** 🗣️

Inviato da [sonounastrega1](#)

*Lascia perdere le cognate bigotte e le conoscenti che appena sanno che sei incinta ti raccontano di parti strazianti, lacerazioni e bambini morti...  
Se fossero tutte vere avrebbero vietato per legge il parto naturale!  
Io credo che il parto naturale, quando non ci sono complicazioni, è da*

*preferirsi al taglio cesareo, sia per la mamma che per il piccolo! Cerca di capire per quali motivi vuoi scegliere il taglio cesareo... E' solo paura?*

*Io ho capito su questa sezione che il vero rischio è stato di **CAPITARE IN MANO A MEDICI COGLIONI**, e in **OSPEDALI DI MERDA!** Squarciate e sezionate come vacche al macello, non ascoltate, derise, trattate come delinquenti a Guantanamo... **SCEGLIETE BENE MEDICO E OSPEDALI!!!** Fortunatamente ci sono isole felici, e non sempre un ospedale rinomato tratta in modo umano le partorienti, i piccoli ospedali in cui ho partorito io sono dei gioiellini! 🍷*

### **Occhio a certi gioiellini**

Inviato da [ggekina](#)

*che di fronte a emergenze sono sguarniti di neonatologi e primo soccorso neonatale. Occhio poi ai gioiellini dove la penombra, le palle, le liane e l'acqua la fanno da padrone. Dove cioè c'è tutto tranne l'epidurale. Dove il taglio cesareo viene ritardato stupidamente. Perché la violenza non è il taglio cesareo e l'atto medico. La violenza è decidere per la donna in base a proprie convinzioni, ignorando il dolore del travaglio, la spossatezza, la paura. Anche questa è violenza.*

### **Io avrei una paura matta di fare il cesareo**

Inviato da [yamiesterleo](#)

*ho avuto tre parti naturali e a parte il dolore abbastanza sentito è andato tutto bene comunque avrai sì la patata intatta, ma la pancia un po' così' così'....comunque partorire naturalmente fa molto bene al tuo cucciolo in quanto si preme tutto il corpo e secondo me lo fortifica molto e poi sai che energia .... auguroni comunque di cuore qualunque sia la tua scelta... 🍷*

Questi dibattiti però, dopo qualche scambio di opinioni che rimangono nel registro del confronto tra donna e donna, degenerano facilmente in conflitti in cui risulta prioritaria l'affermazione di posizioni ideologiche pro o contro qualcosa – nella fattispecie il taglio cesareo su richiesta materna -rispetto alla comprensione delle motivazioni che le supportano.

Il punto di svolta che innesca una dinamica che fa scivolare verso il conflitto è costituito da interventi in cui qualcuna sostiene che la modalità di parto da lei scelta sia migliore rispetto a un'altra, in particolare in relazione al benessere del bambino. Questi passaggi mostrano quanto sia importante che gli operatori ricerchino modalità adeguate di comunicazione, per evitare la creazione di dinamiche difensive che precludono l'ascolto e la valutazione di argomentazioni altre, a supporto di scelte orientate alla fisiologia. Il tema latente è infatti quello della valutazione dell'adeguatezza materna che, se

messa in discussione, frequentemente provoca atteggiamenti difensivi di chiusura.

### **La storia del contatto materno poi...**

Inviato da [ggekina](#)

*è proprio una fregnaccia! Ma allora genitori e figli adottivi che fanno, si sparano? Ma quante donne che hanno partorito naturalmente hanno buttato i figli nel cassonetto? Alla faccia dell'amore per il contatto!*

*Lo dico alle fanatiche del parto naturale, ma che ve ne frega?? Se qualcuno vi obbligasse a fare il cesareo o vi criticasse perchè volete fare il naturale vi farebbe piacere? No, e allora vivete e lasciate vivere. A chi dice "ma è pur sempre un intervento", vabbè capirai che tragedia, mica si muore, a meno che non sei sfigatissima ma quello può succedere in qualsiasi situazione della vita, se è destino che debba andare storto ci va e basta. E' un intervento di un'oretta, mica è un trapianto, suvvia! 🚫  
Addirittura è stato pubblicato un libro dove si menzionava il trauma psichico che il cesareo reca a una donna e l'umiliazione fisica 😞 Perché col naturale no? Quanto all'umiliazione fisica io preferisco i punti su pelle asciutta che là sotto..E poi è una piccola cicatrice sopra il pube, non si vede neanche se ti metti il [bikini](#).*

Lo scambio che segue, dopo che il clima si è guastato, mostra come le donne che in questo contesto sostengono il parto spontaneo vengano di qui in poi rappresentate come “fanatiche”, “invasate”, “naturiste”, “talebane”, tanto quanto gli operatori che promuovono questa filosofia assistenziale.

Queste testimonianze rendono inoltre evidente che le pratiche assistenziali in uso nella maggior parte degli ospedali italiani rendono poco auspicabile il parto per via vaginale. (“preferisco i punti su pelle asciutta che li sotto”).

### **Parlino pure**

Inviato da [panzottina83](#)

*io "francamente me ne infischio".  
Ho scelto il cesareo elettivo, il mio ginecologo è d'accordo, mio marito è d'accordo, io ne sono più che convinta... il resto del mondo dica pure quel che vuole... a chi me lo dice cortesemente rispondo cortesemente, se però mi attaccano un pipitone da invasate naturiste divento cattiva! 😞*

### **Molte sono femministe convinte**

Inviato da [ggekina](#)

*le talebane del parto naturale sono spesso figlie di una corrente femminista degli anni 80. Quella che vede nella donna un tramite con il divino. Inteso come Dea Madre.*

*La medicina è maschio. Il medico taglia, tira, strappa, droga... capito? - Una sorta di stupro medico.*

*E lo fa perchè invidia la nostra potenza generativa. C'è da ridere... ma è verissimo...*

Un altro elemento interessante che viene puntualmente introdotto nel momento in cui prevale la dimensione conflittuale è l'utilizzo di dati epidemiologici e di studi EBM. Non vi è infatti la consapevolezza che l'argomentare – senza aver prima creato un terreno di ascolto delle ragioni dell'altro - sia una delle barriere alla comunicazione. I dati epidemiologici, gli studi EBM e le raccomandazioni dell'OMS riportati dalle ostetriche o dalle donne degli schieramenti NSB e EBM vengono infatti sistematicamente messi in discussione e irrisi, sino a degenerare in un'*escalation* simmetrica in cui si sfiora la dimensione dell'insulto.

### **Non + del 15% di cesarei per l'oms (alias who) 🤨**

Inviato da [ggekina](#) (dopo una serie di interventi di altre donne, ricchi di dati epidemiologici e di studi in sostegno al parto spontaneo)

*Premesso che ogni intervento chirurgico è un intervento chirurgico*  
 *sottoscrivo il diritto di scelta a un parto secondo coscienza. Cesareo elettivo compreso. Il problema è che qui in Italia non solo si boicotta l'epidurale, ma ora con le ridicole indicazioni OMS (non + del 15% di cesarei x paese) si cerca di mettere mano alla richiesta di cesarei... Le talebane del parto naturale si sfregano le mani e noi qui, con le nostre panze a aspettare...la scure del parto fisiologico imposto.*

### **Il taglio cesareo elettivo non e' un diritto**

Inviato da [stetrica84](#)

*Si ha diritto al taglio cesareo solo e esclusivamente se c'è una necessità di qualsiasi natura essa sia. Se una ha paura del parto e il medico competente ritiene che è una paura fondata e che può causare dei traumi alla donna allora è un diritto e è giusto che venga eseguito. Ecco la risposta alla tua domanda senza se e ma.*

### **Io sono d'accordo**

Inviato da [stetrica84](#)

*io credo che non si deve poter scegliere il taglio cesareo . Non si può chiedere qualunque intervento chirurgico non necessario e aspettarsi di ottenerlo attraverso la sanità pubblica. Il taglio cesareo non è una nuova*

*opzione per partorire, è una procedura chirurgica con rischi e controindicazioni*

## **No Stetrica, forse non mi sono spiegata**

Inviato da [mitka](#)

*Torno a fare il mio esempio: una donna non vuole l'episiotomia e richiede il cesareo. Non glielo concedono. Ma se il bimbo va in sofferenza o si incastra e devono usare la ventosa? Questo è un caso che non si può prevedere. E qui l'episiotomia è praticamente d'obbligo: o si taglia per far uscire il bambino o il bambino muore. E la mamma si becca l'episiotomia nonostante abbia fatto di tutto per evitarsela. Avrebbe potuto evitarla con un cesareo, ma non gliel'hanno permesso. Altri hanno deciso dove doveva essere tagliata.*

*Adesso spiega tu a questa donna, a cui è stato imposto di partorire per via vaginale, che si è beccata quell'episiotomia solo perché un ginecologo e uno psicologo hanno sentenziato che era meglio per lei un'episiotomia che un cesareo. Spiegale che il suo più grande incubo si è avverato solamente perché LEI non ha il diritto di scegliere come partorire. Ce l'hai lo stomaco di affrontare questa donna?*

## **Il caso che hai raccontato tu è un caso limite**

Inviato da [stetrica84](#)

*comunque ti ripeto che non è un diritto scegliere un taglio cesareo. Si può chiedere al proprio ginecologo e sarà lui a capire se è bene mandare la sua paziente da uno psicologo o meno che accerti che ne abbia bisogno. Se abbiamo una certa struttura e il parto è da secoli che va così non vedo questo accanimento contro il parto naturale. Ti ripeto che capisco benissimo la paura del dolore ma anche questo c'è rimedio. Il dolore del parto esiste e è oggettivo ma anche molto mentale*

Che l'argomentare, soprattutto in un contesto connotato da conflittualità, sia una barriera che esaspera il clima sino a farlo degenerare, è possibile osservarlo nella sequenza degli interventi che segue:

## **Sai cosa ti dico?**

Inviato da [ggekina](#)

*Putt@nate. Quello che dici è falso. Il tuo è un discorso assurdo, medievale e persino fascista.*

*Sei un'ostetrica? Poverette tutte le partorienti che capiteranno nelle tue mani. Mai visto una più talebana.*

## **Eh già... hai talmente paura che diventi maleducata!!!**

Inviato da [stetrica84](#)

*Tu hai talmente paura che scappi!!! Fatti delle domande anziché impuntare i piedi!!! E' l'atteggiamento tipico dei bambini capricciosi che si impuntano perché non possono ottenere quello che vogliono. Più del 50% delle donne intervistate dopo taglio cesareo hanno ammesso che se gliene avessero parlato e avessero saputo il disagio del post-taglio cesareo avrebbero quantomeno tentato uno spontaneo. Più della metà!!! Non sono certo poche.*

*Fatti pure il tuo cesareo visto che credi che sia meglio di un parto spontaneo. Ne sarai sicuramente felice dopo!!! TANTI AUGURI*

## **Signora (o)stetrica insolente lei non solo è antipatica ma pure bugiarda.**

Inviato da [ggekina73](#)

*lei non solo è antipatica ma pure bugiarda. Vede stetrica lei dovrebbe studiare un po' di diritto COSTITUZIONALE e farsi una fullimmersion di educazione civica. Perché la parolina magica che non le entra proprio nella sua testolina di (o)stetrica è: AUTODETERMINAZIONE (un diritto che rientra tra quelli basilari dell'essere umano, ma non della partoriente evidentemente) e LIBERTA' DI SCELTA. E non mi annoi con la solfa della pericolosità di un cesareo.*

Queste ultime battute mostrano quanto sia cruciale, nella riproposizione di una cultura della nascita che possa ridare valore e fiducia alla fisiologia, una riflessione sulla modalità di comunicazione da utilizzare, per evitare che le EBM siano considerate alla stessa stregua di una qualsiasi ideologia o addirittura di un corpus teorico da cui deriva una precettistica comportamentale contro i diritti della donna e la loro capacità di autodeterminazione

## **Con l'occhiale del cervello destro...**

Come si evince da questa sintetica analisi, la situazione è molto complessa, nonostante siano stati attuati diversi sforzi per modificare la tendenza al ricorso liberale al taglio cesareo, siano stati proposti modelli, ricette, raccomandazioni da parte delle autorità sanitarie, da parte delle società scientifiche, da parte di gruppi di donne organizzati, di gruppi di ostetriche o operatori critici sull'assistenza ostetrica erogata, la tendenza ad allargare la nascita chirurgica non tende a ridursi. L'opinione di chi scrive è però che alla

base di una reale possibilità di cambiamento di rotta ci possa essere solo la comprensione delle cause profonde, anche emotive, di questo scenario modificato del generare e che gli operatori arrivino a realizzare la drammaticità, nel senso etimologico del termine, delle profonde ricadute per le donne di questa scelta assistenziale.

C'è una parola - fiducia - profondamente connessa alla relazione tra gli esseri umani, che sembra scomparsa dal comune vocabolario in uso in Italia nell'assistenza alla nascita.

La mancanza di fiducia in se stesse delle donne, la mancanza di fiducia degli operatori nelle competenze dei corpi delle donne, la mancanza di fiducia di entrambi nell'armonia della nascita spontanea sta diventando un elemento costitutivo della nostra cultura.

L'assenza di fiducia ha come sfondo la paura: paura dell'altro, paura di se stessi, paura delle proprie incapacità, del proprio corpo. E' questa paura una delle più plausibili cause dell'eccezionale cambiamento nelle modalità di espletamento del parto avvenuto in Italia negli ultimi vent'anni. Il sentimento della paura sottende quasi tutte le cause che vengono usualmente elencate nel cercare di trovare una spiegazione per un comportamento italiano così anomalo, sentimento che ben esprime la debolezza di una disciplina medica, la scarsità della formazione degli operatori, la distorsione di una società, dell'educazione all'esperienza generativa.

I medici con l'enfaticizzazione della cultura del rischio hanno fatto diventare assolute molte delle indicazioni al taglio cesareo indicate in letteratura come relative; come si afferma nelle Raccomandazioni della Società Italiana di Medicina Perinatale del 1999 "... è opportuno effettuare un taglio cesareo non perché vi sia un'indicazione ostetrica reale, ma per le modificazioni sociali legate al concetto di *figlio prezioso* perché non si possa dire che non si è tentato tutto. Come scrivono Benasayag e Schmit nell'*Epoca delle passioni tristi*: "...quando una società in crisi aderisce massicciamente e in modo irriflesso a un discorso di tipo paranoico in cui non si parla d'altro se non della necessità di difendersi, arriva il momento in cui tale società si sente 'libera' dai principi e tutto è permesso" (2003). Il taglio cesareo non è più considerato un intervento chirurgico le cui indicazioni dipendono dalle evidenze scientifiche e dall'esperienza degli operatori, ma una modalità di nascita condizionata dai valori sociali sulla riproduzione.

L'esperienza delle donne ha definito nel corso dei secoli le procedure convalidate oggi dalla comunità scientifica in forma di linee guida, condensate in non pochi provvedimenti legislativi, anche regionali. Le donne partecipano ovviamente alla costruzione della nascita propria della nostra società, poiché durante la gravidanza e il parto emerge il modo di pensare di una cultura: i genitori si aspettano di poter fare un figlio nel momento più adatto a loro, per poi scoprire spesso che si è aspettato troppo, si aspettano di vivere la nascita senza dolore e di *produrre* un bambino perfetto che li possa rendere orgogliosi

di fronte alla società stessa e, per ottenere questo, il cesareo sembra loro essere la modalità più sicura per far nascere i loro bambini. Il desiderio/bisogno di controllo, di intervento, di accelerazione è diventato una necessità anche per le donne, per i genitori. Entrare nel tempo della nascita, nei suoi ritmi spesso imprevisi è sempre più difficile. L'esaltazione sociale attuale del valore della libera scelta e dell'autonomia della futura madre nello scegliere la sua modalità di parto si sta rivelando una trappola in una società diseducata a considerare la preparazione alla generatività come un compito essenziale nella formazione all'età adulta: in quest'ottica possiamo leggere la richiesta di taglio cesareo avanzata da diverse donne come l'illusione di poter vivere *serenamente* l'incontro con il proprio figlio, delegando al medico il proprio atto creativo di mettere al mondo, non rendendosi conto della perdita vitale di una scelta che tutto è tranne che libera.

Riprendendo alcune considerazioni fatte dalla ginecologa Rosetta Papa sulla realtà in Campania e pubblicate sul Corriere del Mezzogiorno il 6 giugno 2006:

*Negli ultimi decenni il parto e la nascita hanno progressivamente perso quel tono di sacralità che li circondava. La medicalizzazione ha confinato i veri protagonisti dell'evento in una posizione subalterna rispetto alle esigenze dell'organizzazione sanitaria. L'utero, da Paracelso che lo considerava la 'matrice nascosta', ha finito per diventare un organo da incidere, aprire e da cui estrarre. La madre è passata da 'colei che spinge il bambino nel mondo' a mero contenitore da svuotare. Il problema non è solo la medicalizzazione o l'eccessivo ricorso al taglio cesareo, ma soprattutto la distrazione nella quale l'evento, anche quando fisiologico, 'si consuma'. L'incuria sembra contaminare anche le donne che, pur di superare un momento presentato 'rischioso' per sé e per il bambino, preferiscono affrontarlo come un intervento per appendicite, sottovalutando la perdita di una emozione incomparabile.*

Da uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità è emerso che, se le donne al momento del parto vengono messe in una condizione di agio, informate adeguatamente sulle procedure, accompagnate da una persona cara, ascoltate per le loro ansie e le loro legittime paure, il 95 per cento preferirebbe partorire spontaneamente e avere subito accanto il neonato.

Il ricordo del parto per ogni donna è un ricordo indelebile, che si incarna nella memoria, e che rimane vivo anche quando, da vecchie, non ci si ricorda più il nome dei propri figli, ma non ci si dimentica l'intensità, gli umori, le passioni percepite e espresse nel metterli al mondo, la condivisione del panico e della fatica, la partecipazione alla gioia, la complicità nello smarrimento con le persone che ci sono state accanto in quel momento.

Il nostro paese sta invecchiando. In alcune regioni il ricambio generazionale verrà garantito dai cittadini stranieri. La carenza di prospettive di lavoro

impedisce ai giovani e alle giovani di programmare un futuro autonomo e questo allontana sempre più i loro progetti riproduttivi. Questo ha già determinato una pericolosa dicotomia tra l'età in cui la capacità riproduttiva è biologicamente massima e l'età in cui concretamente è possibile avere un figlio. E' quindi importante che chi ha responsabilità di governo presti attenzione al tema della nascita, e a tutto quanto a essa è collegato. In questa prospettiva sembra necessario ritrovare dei canali per ricominciare a parlare di nascita ai giovani e alle giovani, indipendentemente dalle scelte che faranno in futuro di avere o meno figli, parlar di nascita perché la nascita è un evento che riguarda tutti, non è un evento filosofico astratto. "Il modo in cui si mette al mondo un figlio è importante per tutti noi, perché è strettamente connesso con il tipo di società in cui vogliamo vivere, con il significato della nascita di un nuovo essere e di una nuova famiglia" (Kitzinger 1985).

Parlare di nascita significa anche parlare di parto, di corpo, di trasformazione. La gravidanza e la nascita sono momenti in cui la scissione mente-corpo che sta ancora alla base della nostra cultura, viene superata dalla realtà stessa di questi eventi, realtà che va rimessa in circolazione come sapere, come sapere irrinunciabile che *serve* a tutti, che permette di rendere di nuovo esperibile nella semplicità di ciò che accade la connessione tra sapere e sentire.

## Bibliografia

A.A.V.V., 1999, *Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale*, Pensiero Scientifico Editore.

Angeja, A. C., 2006, *Chilean women's preferences regarding mode of delivery: which do they prefer and why?*, "British Journal of Obstetrics and Gynaecology", n. 113 (11), pp. 1253-1258.

Benasayag, M., Schmit, G., 2003, *Les passions tristes. Souffrance psychique et crise sociale*, La Découverte, Paris, trad. it., 2004, *L'epoca delle passioni tristi*, Milano, Feltrinelli.

Kitzinger, S., 1985, *La gioia della nascita*, Milano, Rizzoli.

Cleary-Goldman, J., Malone, F.D., Ball, R.H., Nyberg, D.A., 2005, *Impact of maternal age on obstetric outcome*. "Obstetrics and Gynecology", n 105 (1), pp. 983-990.

Bewley, S., Cockburn, J., 2002, *The unfacts of 'request' caesarean sections*, "British Journal Of Obstetrics and Gynaecology", n109, pp. 597-605.

Donati, S., 2003, *Do Italian mothers prefer caesarean delivery?* "Birth", 30(2), pp. 89-93.

Duden, B., 1991, *Der Frauenleib als öffentlicher Ort: Vom Missbrauch des Begriffs Leben*, Deutschland, Luchterhand ; trad. it., 2002, *Il corpo della donna come luogo pubblico*, Torino, Bollati Boringhieri.

Duden, B., 2002, *Die gene im Kopf – der Foetus im Bauch*, Hannover, Offizin, trad. it., 2006, *I geni in testa e il feto nel grembo*, Torino, Bollati Boringhieri.

Gamble, J.A., 2001, *Women's preference for a caesarean section: incidence and associated factors*, "Birth" n. 28 (2), pp. 101-110.

Habiba, M., et al., 2006, *Cesarean section on request: a comparison of obstetricians attitudes in eight European countries*, "British Journal of Obstetrics and Gynaecology", n. 113, pp. 647-656.

Huntington, B., Kuhn, N., 2003, *Communication gaffes: a root cause of malpractice claims*, "Proc (Bayl Univ Med Cent)", n. 16 (2), pp. 157-161.

Langer, A., Villar, J., 2002, *Promoting evidence based practice in maternal care would keep the knife away*, "British Medical Journal", n. 324, pp. 928-929.

Moneta, J., 2001, *Patient's preferences concerning the course of labour*, "Ginekol Pol", n. 72 (12), pp. 1010-1118.

Mancuso, A., 2008, *Caesarean section on request: are there loco-regional factors influencing maternal choice? An Italian experience*, "Journal of Obstetrics and Gynaecology", n. 28 (4), pp. 382-385.

NCC-WCH, 2004, *Caesarean section. Clinical guideline*.

Pang, MW., 2007, *A longitudinal observational study of preference for elective caesarean section among nulliparous Hong Kong Chinese women*, "British Journal of Obstetrics and Gynaecology", n. 114 (5), pp. 623-629.

Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J.E., 2001, *Psychosocial characteristics of*

*couples fearing vaginal childbirth*, "British Journal of Obstetrics and Gynaecology", n, 108, pp. 492-498.

Treacy, A., Robson, M., O'Herlihy, C., 2006, *Dystocia increased with advancing maternal age*. "American Journal of Obstetrics and Gynecology", n. 195 (3), pp.760-320.

