

Medicalizzazione della nascita e salute di Barbara Grandi

Chi si batte per un mondo migliore, che sia uomo o donna, dovrebbe riflettere sugli effetti nefasti che l'eccesso di medicalizzazione nella nascita produce sulla salute e sul benessere delle persone.

Nel mondo occidentale la nascita è malata, in Italia in modo grave. Le donne italiane subiscono il taglio cesareo in una percentuale che ci pone in cima alla classifica europea, il 37,5 % delle nascite da noi infatti avviene chirurgicamente: in Campania il 62%! .Sembra che le donne non siano più capaci di partorire normalmente.

Gli ospedali sono sempre più grandi, l'assistenza sempre più standardizzata, il ricorso a interventi spesso inutili e potenzialmente dannosi è entrato nelle routine dell'assistenza. Pensiamo alla percentuale di parti indotti o accelerati con la flebo di ossitocina, all'uso del monitoraggio continuo in travaglio che, come si sa da molto tempo, fa aumentare il ricorso al taglio cesareo. Pensiamo all'inutile quantità di visite vaginali che le donne subiscono in travaglio, all'uso dell'episiotomia che è stata definita una mutilazione genitale e che causa successivamente inutili sofferenze alle donne. Pensiamo al taglio precoce del cordone ombelicale subito dopo il parto, azione che sottrae al bambino un sangue che è suo, che gli spetta, che previene l'anemia e contiene le cellule staminali che potrebbero essergli utili nel suo futuro.

La nascita non è solo fare i bambini, ma anche far nascere madri forti, competenti, che credono in se stesse, che entrano in sintonia con i bisogni dei loro piccoli. Il sistema attuale provoca ansia, paura e passività invece che gioia e confidenza. L'ostetricia ha perso il contatto con la saggezza, con il buon senso, con il rispetto della natura.

Come mai siamo arrivati a questo punto?

Nella società patriarcale degli ultimi secoli, i medici hanno progressivamente posto la nascita sotto il loro completo controllo, mentre la natura veniva indicata come una forza minacciosa che andava domata. Hanno cominciato a pubblicare le loro teorie come fossero fatti scientifici incontestabili da contrapporre alle pratiche non scientifiche e irrazionali delle ostetriche. In base a regole statistiche si è definito come doveva essere il travaglio. La durata del travaglio ha assunto enorme importanza, e si è messo in rilievo il pericolo di un travaglio prolungato. In nome della sicurezza si sono introdotti interventi di ogni tipo e le donne, in nome della sicurezza, hanno accettato di subire ogni violenza. Le donne erano ritenute troppo deboli per sostenere le doglie e quindi sono state sviluppate delle tattiche e degli strumenti per velocizzare il parto. Per questo negli anni '50 negli USA si era diffuso enormemente il forcipe profilattico, causa di danni inenarrabili a madri e neonati.

I medici affermavano che il loro potere si basa sull'autorità della razionalità scientifica. In realtà le conoscenze mediche hanno incorporato una particolare ideologia, quella della società patriarcale in cui si afferma l'intrinseca debolezza delle donne, esseri fragili che devono essere aiutati e salvati da una natura capricciosa e pericolosa. Questa sfiducia nella capacità della donna di gestire le funzioni del suo corpo è tuttora dominante, assieme alla convinzione che con i propri interventi si possa migliorare sempre il processo del parto. Oggi, al posto del forcipe, per accelerare il parto si usa la flebo di ossitocina.

L'EBM (Evidence Based Medicine) ha dimostrato che molte delle pratiche in uso sono inutili e potenzialmente dannose ma le sue conclusioni stentano ad essere applicate nelle sale parto. Interessante riflettere sul fatto che nel secolo scorso la nascita sia stata gradualmente trasferita in ospedale e che questo sia stato fatto in nome della sicurezza. L'opinione corrente è, ancora oggi, che il merito della costante discesa, nei decenni scorsi, della mortalità e della morbilità materna e

neo-natale va attribuito all'ospedalizzazione pressochè totale delle donne. In realtà abbiamo perso l'occasione, quando il processo non era ancora compiuto, di valutare scientificamente gli effetti del *luogo del parto* sulla nascita: mettendo a confronto gli esiti dell'assistenza in casa e in ospedale, forse avremmo scoperto che le donne sane con gravidanza fisiologica è meglio che non ci vadano proprio a partorire in ospedale!

Da noi, a differenza di quanto accade in altri paesi, la gravidanza viene seguita quasi esclusivamente dai ginecologi, spesso ginecologi privati. Una recente revisione della letteratura scientifica paragona l'assistenza in gravidanza offerta dai medici con quella fornita dalle ostetriche. Con queste ultime i risultati sono migliori: meno ricoveri durante la gravidanza, meno episiotomie, epidurali e parti operativi e più parti spontanei per via vaginale; meno parti prematuri e meno possibilità di perdere il bambino prima delle 24 settimane, più successo nell'allattamento. (cfr. Hatem M e AAVV: *Midwife-led versus other models of care for childbearing women*. Cochrane Library, 2008)

E' necessario applicare una raccomandazione, ampiamente disattesa, fornita dalle *Linee guida del 2010* che il Ministero della Salute ha stilato in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, in cui si afferma che "alle donne con gravidanza fisiologica deve essere offerto il modello assistenziale basato sulla presa in carico da parte dell'ostetrica. Questo modello prevede, in presenza di complicazioni, il coinvolgimento di medici specializzati in Ostetricia e di altri specialisti".

L'estrema fiducia nelle tecnologia ha dato più potere al modello medico che la rappresenta. Le donne non sono consapevoli che il modo in cui viene gestito il loro corpo nel sistema ospedaliero dipende da chi ha il potere di definire la "normalità" e che ogni intervento che viene loro proposto può avere un impatto negativo sulla loro capacità di partorire.

Il parto è un evento fisiologico estremamente complesso che la natura di noi mammiferi ha predisposto in milioni di anni di evoluzione nell'interesse della sopravvivenza della nostra specie. E' un processo delicato che può svolgersi al meglio solo in un ambiente protetto dalle intrusioni e dalle interferenze. L'ossitocina, le endorfine, la prolattina, la noradrenalina agiscono in sincronia inducendo contrazioni efficaci ad aprire l'utero e far scendere il piccolo, innalzano la soglia del dolore e creano l'ambiente neuro-ormonale ottimale per preparare quel momento unico che è il primo incontro tra la madre e il bambino. Questi ormoni plasmano, attraverso meccanismi epigenetici, il cervello fetale e condizionano i geni coinvolti nella capacità di entrare in relazione e di amare.

Molti studi epidemiologici hanno collegato le modalità del parto, soprattutto del taglio cesareo, con l'aumentata insorgenza di diverse patologie negli anni successivi come asma, diabete, sclerosi multipla, obesità. L'ipotesi che in un momento di particolare sensibilità nello sviluppo neuro-endocrino possano comparire dei mutamenti epigenetici che condizionano la salute futura delle persone si sta facendo sempre più strada.

E' difficile contestare il fatto che nell'interesse della salute di madre e bambino è necessario disturbare il meno possibile il parto e che attorno alla donna dobbiamo creare un ambiente in cui si senta protetta, circondata da persone che hanno fiducia in lei, che l'aiutano a potenziare le sue risorse, a lasciarsi andare all'istinto. Il dolore diventa di solito tollerabile, gestibile, se la donna si può muovere con libertà, viene coccolata e massaggiata, utilizza le vocalizzazioni, le visualizzazioni e il respiro seguendo i consigli dell'ostetrica, se può immergersi in una bella vasca di acqua calda. Allora il dolore diventa solo una delle componenti di un'avventura che può essere stupenda.

Il parto indisturbato può avvenire anche in ospedale, purchè attorno alla donna si crei un'atmosfera intima e l'assistenza sia affidata a un'ostetrica competente e sensibile. Bisogna diffondere dei percorsi gestiti in autonomia dalle sole ostetriche in tutti i Punti Nascita. Le riduzioni nelle assunzioni delle ostetriche vanno combattute perché possono compromettere negli ospedali un'assistenza personalizzata e umanizzata.

Sicuramente però la possibilità di avere un parto indisturbato è massima per chi sceglie il parto extra-ospedaliero, in una Casa del parto o a casa propria dove, nella continuità della sua vita, la donna può creare col suo compagno il suo nido.

In Italia, a differenza di quanto accade ad esempio in Inghilterra, in Olanda, in Canada o in Australia, il parto in casa è poco diffuso ma le donne che lo chiedono sono in aumento. Purtroppo solo in Piemonte e in Emilia-Romagna esiste la possibilità che il parto a domicilio avvenga nell'ambito del servizio pubblico, ma in altre Regioni (Marche, Lazio) è possibile avere un contributo per le spese sostenute.

Ogni tentativo di messa in discussione dell'assistenza medicalizzata viene visto dalla lobby dei ginecologi come una minaccia al loro potere di controllo sul parto. Di recente nella Regione Lazio è stato votato un decreto che stabilisce una quota di rimborso di 800 € per il parto a casa, rendendo così effettiva una legge precedentemente approvata. La SIGO, Società Italiana Ginecologi e Ostetrici, attraverso il suo presidente Paolo Scrollo così commenta in un comunicato: "E' sbagliato incentivare il parto a casa: una procedura difficile da gestire, che non rispetta i moderni requisiti di sicurezza e non risponde neanche a una logica economica".

Le evidenze scientifiche non giustificano assolutamente questa affermazione: un'ampia revisione sistematica degli studi comparsi in tutto il mondo conclude che non esiste un rischio aumentato di esiti negativi in chi sceglie il parto a casa, mentre si rileva un tasso maggiore di interventi (tagli cesarei, epidurali, infusioni con ossitocina) e di complicazioni (emorragia post partum, lacerazioni perineali gravi) per chi sceglie di partorire in ospedale. Tutti i paesi, si afferma, devono offrire servizi per il parto a casa e dare informazioni alle donne su questa possibilità. (Cfr. Olsen O, Clausen J: *Planned hospital birth versus planned home birth*. Cochrane Library, 2012)

Le linee guida inglesi del NICE (National Institute of Clinical Excellence) per le donne a basso rischio consigliano infatti il parto extra-ospedaliero, in Casa Maternità o a domicilio. In quanto ai costi, si riducono sensibilmente. Uno studio comparso sul British Medical Journal nel 2012 che prende in esame 60.000 donne a basso rischio che hanno partorito nel corso di due anni, calcola in 1631 £ il costo del parto in ospedale, contro le 1067 £ del parto a casa. (Cfr. E. Schroeder: *Cost effectiveness of alternative planned places of birth in women at low risk of complications: evidence from the Birthplace in England national prospective cohort study*. BMJ. 2012)

Diritto fondamentale della persona umana è la sovranità sul proprio corpo. Per la donna significa anche poter scegliere come, dove e con chi partorire. Nel 2010, la Corte Europea per i Diritti Umani di Strasburgo nel "caso Ternovszky – Ungheria" ha condannato questo paese perché impediva alle ostetriche di assistere parti a domicilio, affermando che "il diritto al rispetto della vita privata include anche il diritto di scegliere le circostanze in cui avere il proprio parto".

In Italia questa possibilità di scelta è molto limitata e con la crisi economica tante coppie non riescono a far fronte alle spese di un'assistenza a domicilio. Il parto a domicilio è un diritto che lo Stato dovrebbe tutelare con l'istituzione in tutte le Regioni e in tutte le ASL di servizi appositi, o almeno garantendo un rimborso per le spese sostenute in caso di ricorso a ostetriche che esercitano la libera professione nel parto a casa o nelle Case del Parto.

Benchè innumerevoli gruppi e associazioni di madri e di ostetriche si muovano in Italia con questo obbiettivo, e in quattro regioni - Lombardia, Toscana, Veneto, Liguria - siano in corso delle petizioni sul parto in casa, mancano a livello politico delle/dei referenti che si impegnino a portare avanti queste istanze.

Fra le femministe e le donne della sinistra il diritto a disporre del proprio corpo è stato invocato da molto tempo a proposito dell'aborto ma poco riguardo al parto. Per lo più non si mette in discussione il modello medico dominante nell'assistenza alla nascita e ci si limita a reclamare il diritto all'epidurale, indicato come segno di civiltà e di liberazione dalla dannazione biblica del dolore nel parto.

Effettivamente nei casi in cui il travaglio diventa un'esperienza alienante e devastante è giusto che la donna possa scegliere un'analgesia efficace ma deve essere chiaro a tutti che il parto in epidurale non è certo un parto naturale, quasi sempre comporta un allungamento del travaglio, la necessità di infondere in flebo l'ossitocina sintetica per potenziare le contrazioni, il monitoraggio continuo del battito cardiaco fetale per controllare i possibili effetti negativi dell'ossitocina, la ridotta capacità di spinta durante il periodo espulsivo e il maggior ricorso al parto operativo (con forcipe o ventosa). Senza contare il completo sconvolgimento nella liberazione del cocktail di ormoni che la natura fornisce nell'interesse della sopravvivenza della nostra specie, che sono implicati nella capacità di amare noi stessi e gli altri e possono contribuire a ridurre la violenza e la disperazione che stanno aumentando fra la gente. Molto infatti dipende da come e dove nasciamo.