

III. QUANDO LA SCIENZA DIVENTA SUPERSTIZIOSA

Questa è la storia di un travaglio di parto e di un travaglio interiore e di conoscenza. Il dubbio, scriveva Cartesio, “è l’inizio della saggezza”. Ho passato in rassegna la letteratura clinica sul parto per mostrare l’incertezza scientifica sulla quale è stato costruito il mito del modello biomedico. Anche la verità della scienza può diventare superstiziosa⁶. Secondo i ginecologi la medicalizzazione del parto è giustificata dai rischi della nascita, ma le differenze nella distribuzione degli interventi ostetrici non si spiegano con i soli fattori medici. Per esempio, in Ticino la struttura sanitaria con la percentuale più bassa di tagli cesarei è l’ospedale San Giovanni di Bellinzona, dove sono concentrati i parti più complicati. L’argomento della tutela ha favorito per anni l’uso indiscriminato di una serie di procedure ritenute “necessarie” ma dimostrate inefficaci dagli studi recenti. Secondo le ultime ricerche l’episiotomia, il brutale taglio della vagina che in passato era praticato di routine alle nullipare per agevolare l’uscita del feto, è inutile nella maggioranza dei casi⁷. L’assistenza medica aumenta la sicurezza nei parti complicati, ma c’è un’evidenza crescente che gli interventi ostetrici eseguiti nelle situazioni di dubbio possono avere degli effetti iatrogeni, causando danni anche gravi alla madre e al bambino. La regola secondo la quale i benefici dell’intervento medico sono superiori ai rischi non è valida in assoluto. La stessa procedura può risolvere un parto difficile e complicare un parto facile. Il concetto di “rischio” ha una componente oggettiva, espressa in termini probabilistici – la probabilità che in una determinata situazione si verifichi un determinato evento avverso –, e una soggettiva, cioè la sua accettabilità sociale e psicologica. Nella nostra società i rischi associati alla tecnologia sono più “tollerabili” di quelli provenienti dalla natura. Secondo il sociologo tedesco Ulrich Beck ogni società stabilisce la propria gerarchia dei rischi sulla base di valutazioni che non corrispondono sempre a dei pericoli oggettivamente misurabili⁸. I rischi sono legati alle percezioni sociali e alla definizione di attività ed eventi ritenuti più o meno rischiosi. Il concetto di “sicurezza” è associato alla percezione del controllo. Grazie alla tecnologia l’uomo controlla i rischi della natura, ma introduce nuovi rischi legati alle sue decisioni. Finora l’effetto positivo dell’aumento dei tagli cesarei sulla salute fetale e materna non è stato dimostrato scientificamente. L’incremento dei tagli cesarei senza benefici dimostrati è stato considerato il “fallimento della moderna ostetricia”⁹. Secondo le stime tedesche solo il 10% dei tagli cesarei salva la vita del bambino e/o della madre, mentre nel 90% dei casi l’intervento dipende da una valutazione soggettiva dei rischi¹⁰. La difficoltà a individuare la normalità del parto determina la continua espansione del campo della patologia. Secondo l’indice di Robson, raccomandato dall’OMS (WHO), circa la metà dei parti addominali è praticata su donne a medio-basso rischio, tra cui molte primipare sane con gravidanza a termine e feto singolo in posizione cefalica¹¹. Le statistiche relative ai tagli cesarei eseguiti in Ticino confermano la tendenza rilevata dall’indice di Robson. Per esempio, nel 2015 il 75,2% delle nascite addominali ha interessato donne con parto a basso rischio¹². Il medico Julian Tudor Hart definisce “legge inversa dell’assistenza”¹³ il fenomeno per cui la distribuzione degli interventi medici è correlata negativamente con i bisogni della popolazione, vale a dire che nelle aree povere con un alto indice di morbilità e mortalità i servizi sono insufficienti, mentre nelle zone benestanti con livelli più alti di salute l’assistenza è migliore, ma comporta il rischio di una sovramedicalizzazione. Di conseguenza accade che nei paesi poveri le donne muoiano di parto perché non hanno potuto accedere a un taglio cesareo necessario, mentre nei paesi benestanti si eseguono alcuni parti addominali di dubbia utilità o su richiesta materna. In Svizzera l’indice di Robson è stato adottato dall’ospedale universitario di Losanna (CHUV), che ha condotto uno studio retrospettivo sui tagli cesarei eseguiti nella propria maternità tra il 1997 e il 2011¹⁴. La ricerca conclude che per ridurre il tasso dei parti addominali bisogna incoraggiare il parto vaginale dopo un cesareo (VBAC) e limitare le induzioni prive di indicazione medica.

Nel Cinquecento Michel de Montaigne scriveva “se ti ammali non chiamare il medico, ti troveresti con due malattie”. Secondo la femminista americana Adrienne Rich, la nascita in ospedale costringe la donna in una “posizione litotomica psicologica”¹⁵. L’ospedalizzazione di tutte le partorienti comporta un prezzo psicologico che può avere ricadute significative sul decorso e sull’esperienza del parto. La donna si trova a

⁶ Carlo Sini, *Gli abiti, le pratiche, i saperi*, Jaca Book, Milano 1996, p. 84.

⁷ Katherine Hartmann et al., *Outcomes of routine episiotomy. A systematic review*, in “JAMA”, 293, 17, 2005, pp. 2141–2148. Scaricato da <http://jama.jamanetwork.com> il 13 maggio 2014; G. Carroli, L. Mignini, *Episiotomy for vaginal birth (review)*, The Cochrane Library, 1, 2009. Scaricato da <http://www.onlinelibrary.wiley.com> il 7 giugno 2014; D.J. Murphy et al., *A randomized controlled trial of routine versus restrictive use of episiotomy at operative vaginal delivery: a multicentre pilot study*, in “BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology”, 115, 13, 2008, pp. 1695–1703. Scaricato da www.blackwellpublishing.com/bjog il 3 luglio 2014.

⁸ Cfr. Ulrich Beck, *La società del rischio. Verso una seconda modernità*, Carocci, Roma 2000.

⁹ P. Reuwer et al., *Proactive support of labor. The challenge of normal childbirth*, Cambridge University Press, Cambridge 2011, p. 15.

¹⁰ OFSP (UFSP) – Office fédéral de la santé publique, *Accouchements par césarienne en Suisse. Rapport en réponse au postulat Maury Pasquier (08.3935)*, Berna, febbraio 2013.

¹¹ Micheal S. Robson, *Can we reduce the caesarean section rate?*, in “Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol”, 15, 1, 2001, pp. 179–194.

¹² Fonte: Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

¹³ Julian Tudor Hart, *The inverse care law*, in “Lancet”, 27 febbraio 1971, pp. 405–412.

¹⁴ Ahmad Haydar et al., *Evolution du taux de césariennes dans une maternité universitaire Suisse selon la classification de Robson*, in “Rev Med Suisse”, 13, 2017, pp. 1846–1851.

¹⁵ Adrienne Rich, *Of woman born. Motherhood as experience and institution*, WW Norton & Company, New York – London 1986, p. 185.

priori in una posizione di dipendenza per il solo fatto che un evento fisiologico come la nascita sia definito in termini medici e assistito secondo modalità mediche. L'intervento del ginecologo è sentito e atteso come legittimo e scontato. Il parto sicuro ha reso la donna insicura e dipendente, aumentando sia il numero degli interventi sia la probabilità di avere un'esperienza traumatica a causa degli atti ostetrici invasivi e lesivi subiti passivamente. Le donne che non hanno fiducia in se stesse sono potenziali vittime, esposte alla delega incondizionata e alla perdita di controllo. "La nascita si è ammalata", come si legge nella presentazione a un libro di Verena Schmid intitolato *Salute e nascita*.

Secondo un celebre aforisma, "non si può risolvere un problema con lo stesso modo di pensare che ha creato il problema". La risposta alla diffusa insicurezza della donna non è la tutela, ma l'empowerment. Il filosofo Ivan Illich scrive che «la salute designa un processo di adattamento [...], il risultato di una reazione autonoma¹⁶». Quando l'uomo rinuncia alla propria autonomia, «la sua salute non può non deperire¹⁷». È stato osservato che le donne che scelgono il parto in casa non cercano la privacy, ma l'autonomia. Nella propria casa la donna mantiene il controllo e l'autorità che in ospedale sono rimessi all'istituzione¹⁸. La casa è il luogo dove si può essere se stessi, «dove la mia musica sta suonando¹⁹». Ogni anno il 6 giugno si celebra la "giornata internazionale del parto a domicilio", che ospita una serie di iniziative e di azioni informative sui rischi e benefici della nascita in casa.

Nell'attuale sistema natale il parto smette di essere fisiologico nel momento in cui alla donna entrata in travaglio sono applicati il camice, il *Venflon* e le placche del cardiocitografo. Gli studi sulla fisiologia del parto²⁰ invece indicano che rispettando i bisogni primari della partoriente è possibile ridurre il numero delle complicazioni. Una serie di articoli pubblicati di recente sulla prestigiosa rivista *Lancet* incoraggia un "cambio di paradigma" nei servizi maternità nella prospettiva di ridurre gli interventi non necessari e migliorare gli esiti psicosociali e di salute pubblica²¹. Rispetto al modello biomedico, la midwifery specializzata appare associata a un uso più efficiente delle risorse e a migliori esiti di salute. I risultati confermano l'efficacia di un modello di assistenza globale che favorisce i normali processi riproduttivi e valorizza i bisogni e le capacità della donna in un contesto di relazioni rispettose. Le recenti linee-guida del NICE indicano che per le nullipare a basso rischio la nascita in un'unità indipendente o ospedaliera gestita dalle levatrici è sicura e meno medicalizzata rispetto al parto nelle unità ostetriche tradizionali. La nascita in casa aumenta i rischi fetali se la donna è al primo parto, ma è indicata (!) per le multipare a basso rischio. Inoltre gli operatori hanno il dovere di informare le partorienti che il luogo del parto è una libera scelta²². Rispetto all'edizione del 2007, le nuove linee-guida insistono maggiormente sulla necessità di ascolto e valorizzazione delle preferenze e dei bisogni psicologici ed emotivi della donna in travaglio²³. «I fornitori di assistenza che prestano ascolto alle donne, che sono in grado di fornire loro informazioni accurate, nel rispetto delle loro scelte, sono in grado di dare un contributo fondamentale alla sicurezza dell'assistenza nella maternità e nascita²⁴». Verena Schmid propone l' "ascolto esplorativo", basato su una serie di domande aperte poste dal medico o dalla levatrice, come strumento per trasferire il sapere alla donna e aiutarla a compiere le sue scelte risolvendo i conflitti interni²⁵. Rendere la partoriente consapevole dei propri bisogni (non solo dei rischi!) è un modo per prevenire l'insoddisfazione materna e le esperienze traumatiche. È stato osservato che il medico ha il dovere etico di promuovere e potenziare la capacità decisionale del paziente²⁶. Durante il travaglio la partoriente sente il limite e la forza del proprio corpo. Nelle situazioni di necessità reale e urgente la tecnologia ostetrica protegge la donna e il bambino dall'impotenza e dalle conseguenze irreparabili. Negli altri casi il controllo medico può inibire le risorse personali, interferendo con l'esperienza del parto e con la soddisfazione materna, ed essere percepito come un'amputazione del potere femminile. Come ogni evento critico, il parto può essere un'esperienza di crescita, ma la donna ha bisogno del sostegno giusto. «La profonda "crisi" del parto, se sostenuta bene, migliora decisamente le capacità di coping della donna²⁷». Gli studi sul supporto in gravidanza²⁸ indicano che gli atteggiamenti flessibili, disponibili, empatici favoriscono la scelta appropriata e consapevole. «La professionalità del medico dipende dalla

¹⁶ Ivan Illich, *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Economici di qualità RED, Milano 2013, p. 283.

¹⁷ Ivi, p. 285.

¹⁸ Barbara Katz Rothman, *A bun in the oven. How the food and birth movements resist industrialization*, New York University Press, New York and London 2016, pp. 35–36.

¹⁹ Simon e Garfunkel, *Homeward bound*.

²⁰ Vedi la ricca bibliografia di Michel Odent.

²¹ Mary J. Renfrew et al., *Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care*, in "Lancet", 384, 9948, 2014, pp. 1129–1145. Scaricato da <http://dx.doi.org>.

²² NICE, *Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, NICE clinical guideline 190, 2014, p. 7. Scaricato da <https://www.guidance.nice.org.uk/cg190>.

²³ Ivi, p. 26.

²⁴ Adriano Zaccagnini in *Bastatacere report. Campagna mediatica sulla violenza ostetrica, 4–19 aprile 2016*, a cura di Elena Skoko e Alessandra Battisti. Scaricato da <https://ovoitalia.wordpress.com>.

²⁵ Verena Schmid, *Salute e nascita. La salutogenesi in gravidanza*, Urra-Apogeo, Milano 2007, p. 98.

²⁶ Laurence B. McCullough et al., *Surgical ethics*, Oxford University Press, New York 1998, p. 32.

²⁷ Verena Schmid, *Apprendere la maternità. Le nuove sfide di oggi, tra natura e cultura*, Urra-Apogeo, Milano 2010, p. 38.

²⁸ Vedi per esempio Ellen D. Hodnett et al., *Continuous support for women during childbirth (review)*, The Cochrane Library, 3, 2003, reprinted by John Wiley & Sons, 2007.

conoscenza degli strumenti e delle conseguenze, non dalla sua opinione su cosa sia giusto o sbagliato²⁹». Le decisioni improntate a un criterio aperto di “buono”, comprensivo sia dell’universalità della natura umana sia dell’unicità dei singoli individui, e un “paternalismo disciplinato³⁰”, cioè limitato alle situazioni di emergenza e rispettoso dei valori della donna, possono migliorare la qualità dell’ostetricia.

²⁹ Steen Wackerhausen, *What is natural? Deciding what to do and not to do in medicine and health care*, in “Br J Obstet Gynaecol” (BJOG), 106, 11, 1999, p. 1112.

³⁰ Ibidem.