



Parto cesareo: tra esigenza di ricerca e *policy making*

Il bel lavoro di Lauria e Saporito pubblicato in questo fascicolo di *Epidemiologia & Prevenzione* (pp. 221-28) sollecita due ordini di osservazioni di portata generale rispetto sia alla ricerca sia alle politiche.

Per quanto riguarda il primo punto, il lavoro solleva questioni tipiche di ogni ricerca che si basi su fonti di tipo amministrativo (questioni di qualità dei dati e di modalità di produzione degli stessi), ma anche in generale delle ricerche sulle politiche sociali. Si tratta da un lato di problemi relativi alla esistenza o meno di protocolli e di interpretazioni omogeneamente condivise, oltre che alla accuratezza nel lavoro di documentazione da parte degli operatori. E' il caso, qui, dell'interrogativo sollevato circa l'omogeneità dei criteri con cui viene stabilita l'età gestazionale o la distinzione tra aborti e nati morti per i «nati» tra le 29 e le 32 settimane. Dall'altro lato la questione del «come» sono prodotti i dati riguarda anche l'impatto che hanno i modelli organizzativi, in questo caso il tipo di offerta sanitaria, sulla presenza e distribuzione di determinati fenomeni. Qui si rileva come in Campania il rischio di mortalità perinatale e neonatale sia più contenuto nelle strutture private che in quelle pubbliche. Ma si mette correttamente in guardia dalla facile conclusione che in quella regione il sistema privato funziona meglio di quello pubblico. Le gravide e i parti a rischio sono infatti per lo più convogliati nel sistema pubblico proprio perché questo è più attrezzato ed efficiente per questi casi. La differenza tra i due sistemi, quindi, non è imputabile a una differenza di funzionamento, ma più probabilmente a una differenza di clientela. E' un fenomeno ben noto nelle analisi delle politiche sociali: là dove esistono più servizi, o servizi migliori, è più probabile che si attivino fenomeni di attrazione, o anche di *social dumping*. Un modo lievemente diverso di esprimere questo concetto è che ciascun modello organizzativo di un servizio, ciascuna *policy*, seleziona in modo specifico i propri utenti. Perciò ciò che può apparire come risultato è in realtà in piccola o grande misura un *input* del servizio stesso. E' un fenomeno che è stato analizzato in particolare nelle politiche assistenziali (si veda per esempio il volume a cura di Chiara Saraceno *Dinamiche assistenziali in Europa*, Bologna, il Mulino, 2004, ndr).

Ma mi sembra un fenomeno particolarmente, se non più, importante anche nei servizi sanitari. Esso impone cautela nella analisi dei dati «oggettivi». Richiede anche una precisa ricostruzione del modo in cui funzionano i servizi e le politiche oggetto di analisi, per non confondere, appunto, *input* con *outcome* – tanto più quando ci si pone in un'ottica comparativa. Sarebbe interessante, da questo punto di vista, sapere come mai in Campania ci sia una così forte presenza del settore privato e/o una preferenza per lo stesso, anche se da

un punto di vista «tecnico» il sistema pubblico offre prestazioni migliori, almeno nei casi a rischio. Si tratta di preferenze? O di una troppo scarsa offerta pubblica, che perciò viene razionata per i casi più difficili e per coloro che non hanno i mezzi economici di ricorrere al privato, con una concentrazione di possibili problematicità? O ancora, il settore pubblico è tecnicamente adeguato ma le condizioni ambientali (ciò che viene chiamato impropriamente «dimensione alberghiera») sono scoraggianti, perciò si preferisce «correre il rischio» e il costo del privato? Su un altro versante, la più elevata proporzione di nati pre-termine in Lombardia è dovuta a un miglior monitoraggio della gravidanza, che consente di anticipare nascite altrimenti a rischio (quindi, di nuovo, al tipo di offerta sanitaria), o a una maggiore esposizione al rischio delle donne incinte in Lombardia rispetto alla Campania per esempio a causa di più elevati tassi di occupazione femminile, o a maternità più tardive?

Vi è ancora un altro tipo di questioni di tipo metodologico che vengono positivamente sollecitate dalla ricerca di Lauria e Saporito. Esse provengono dalla sua ottica comparativa. Più precisamente, la ricerca si pone in un'ottica di comparazione tra due contesti postulati come *most different*. Le due regioni sono state scelte perché molto diverse tra loro non solo per tassi di natalità e fecondità, ma per circostanze socioeconomiche. Di queste ultime viene fatto solo breve cenno. A fini di approfondimento ulteriore meriterebbero una maggiore elaborazione. E' menzionato per esempio il diverso tasso di disoccupazione, ma non quello specificamente femminile e neppure il tasso di attività femminile, che pure potrebbero avere rilievo da diversi punti di vista: delle condizioni economiche delle famiglie, dei possibili rischi in gravidanza, dei modelli di genere e degli stili di negoziazione nella coppia (per esempio rispetto al numero dei figli).

Passo ora alle questioni sollevate – o anche solo suggerite – relative alle politiche. Questa ricerca, nel confermare il permanere di una forte differenza interregionale nel rischio di mortalità infantile, ha iniziato a definirne i contorni per quella quota di mortalità che non può essere imputata a successive carenze nelle cure materno-genitoriali, o in cattive condizioni igienico-abitative: appunto per la mortalità fetoneatale. Le disuguaglianze territoriali nel nostro paese si esprimono anche come disuguaglianze nelle possibilità di sopravvivenza alla nascita. In un paese in cui quasi quotidianamente qualcuno si permette di parlare dell'aborto come di una forma di assassinio questa sovra-mortalità territorialmente specifica di bambini effettivamente nati passa viceversa sotto silenzio; anche se proprio le differenze territoriali mostrano come si tratti di morti in larga misura per carenze socialmente strutturate, con forti responsabilità pub-

bliche. La ricerca in particolare conferma il nesso, già rilevato in altri studi, tra ritardo nell'accrescimento intrauterino, quota di nati sotto peso rispetto all'età gestazionale (con conseguenti rischi di mortalità) e carenze assistenziali – fenomeni che caratterizzano nettamente la Campania rispetto alla Lombardia. Viene suggerito anche che sia confermato il nesso, di nuovo rilevato in altre ricerche, con cattive condizioni socio-economiche. Quest'ultima è una ipotesi ampiamente plausibile; ma per testarla occorrerebbe avere dati più puntuali sulle condizioni socioeconomiche delle madri che danno alla luce bambini sotto peso. Non basta riferirsi generalmente alle condizioni economiche della regione. E poi occorrerebbe verificare più precisamente che cosa, nelle basse condizioni socioeconomiche, provoca il fenomeno del ritardo nell'accrescimento intrauterino: una dieta inadeguata per povertà o per stili alimentari non sufficientemente avvertiti delle necessità di una donna in gravidanza e del nascituro? Cattive condizioni igieniche? Cattive condizioni di salute della madre?

Una puntuale risposta a queste domande consentirebbe anche di «tarare» i servizi di assistenza prenatale. Al di là della ovvia necessità se non altro di sviluppare una offerta di assistenza prenatale dello stesso livello di quella presente nelle regioni del Centro-Nord, vi è forse anche la necessità di adeguarla alle condizioni di contesto. Un conto è se si tratta di carenze informative e di necessità di modificare abitudini, un altro se ci si trova di fronte a gravi carenze di risorse economiche e abitative, un altro ancora se ci si trova di fronte a condizioni di salute della madre compromesse. Ricordo a questo proposito che le donne nel Mezzogiorno hanno un vantaggio di longevità rispetto agli uomini più ridotto di quelle delle altre regioni, proprio perché in media le loro condizioni di salute sono meno buone.

In ogni caso, se è vero che i consultori non sono l'unico e forse neppure il prevalente servizio sanitario utilizzato dalle donne in gravidanza, essi appaiono particolarmente impor-

tanti proprio per le donne in condizione socio-economica più svantaggiata, che più difficilmente ricorrono a un ginecologo (privato, a pagamento) e che non sempre trovano nel medico di base (non solo nel Mezzogiorno) le competenze necessarie perché le avverta dell'esistenza di protocolli ormai consolidati che vanno rispettati da una donna, appunto, in gravidanza. E' un ruolo che non può essere surrogato né dall'ospedale pubblico né, tanto meno, dalle cliniche private. Queste anzi, essendo sul mercato, eviteranno proprio di farsi carico di tali problemi di monitoraggio di base.

Credo per altro che la bassa offerta di servizi di assistenza prenatale in Campania spieghi, almeno in parte, il ruolo più contenuto dell'istruzione nel contenere la mortalità infantile in questa regione. Una buona istruzione, infatti, non consente solo di avere più competenze nel condurre uno stile di vita adeguato e neppure è solo una *proxy* di buone condizioni economiche. Consente anche di avvalersi in modo competente dei servizi, pubblici e privati, disponibili. Ma se questi servizi sono scarsi e di non buona qualità, una buona istruzione non può compensarne da sola la mancanza.

Infine un'ultima notazione, sul tasso molto elevato di parti cesarei in entrambe le regioni (e in Italia in generale), ma in modo particolare in Campania. Al di là delle indicazioni della Organizzazione mondiale della sanità sulla inappropriatazza di un eccessivo ricorso a questa tecnica, colpisce che proprio in una regione in cui così scarsa è l'offerta di servizi sanitari preventivi (e a relativamente basso costo) viceversa si ricorra con tanta generosità a una tecnica così onerosa per la donna, ma anche per il bilancio. Quasi che tutta la spesa sanitaria – ma anche tutto l'intervento sanitario per la nascita – si concentrasse nell'unico momento del parto. E' un paradosso su cui occorrerebbe interrogarsi.

Chiara Saraceno
Facoltà di scienze politiche
Università di Torino