

PARTO E DOLORE, PARTO E TAGLIO CESAREO

Estratto dal Rapporto: MAMME IN ARRIVO
Pubblicato da: Save the Children Italia Onlus
Febbraio 2015 - www.savethechildren.it



Già nel 2001 il Comitato Nazionale di Bioetica riconosceva che il dolore che accompagna il parto, nonostante le sue peculiarità, poiché si tratta di un dolore che si verifica per un tempo limitato e in un organismo sano che torna poi in una condizione di completo benessere, è spesso per le donne “un grosso scoglio da superare, un passaggio che assorbe molte energie, limitando le possibilità di una partecipazione più concentrata e serena all’evento”.

Nello stesso documento si auspica però che l’analgesia, come peraltro ogni preparazione al parto, sia parte di un programma di assistenza alla gravidanza che si propone una visione globale del nascere e non si ponga invece come un evento isolato e “scarsamente informato” che viene proposto, all’ultimo momento, in sala parto.

Le procedure per la riduzione del dolore durante il travaglio e il parto, proprio per questo, sarebbero dovute rientrare a pieno titolo nelle pratiche garantite dal SSN, con tutto ciò che questo avrebbe comportato anche in chiave di organizzazione del personale, con la dotazione dei punti nascita di un servizio di anestesia ostetrica a tempo pieno.

Sette anni dopo, nel decreto di modifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) del 2008, la riduzione del dolore durante il parto viene effettivamente indicata come un diritto che deve essere garantito dalle strutture sanitarie pubbliche.

Rispetto al precedente decreto, infatti, si dichiara che il “Servizio Sanitario Nazionale garantisce le procedure analgesiche nel corso del travaglio e del parto vaginale nelle strutture individuate dalle Regioni e all’interno di appositi programmi volti a diffondere l’utilizzo delle procedure stesse”.

La riduzione del dolore durante le fasi del travaglio e del parto torna protagonista anche nell’accordo Stato-Regioni del 2010, dove si presenta come una pratica da promuovere, sia attraverso la sommini-

strazione di farmaci sia attraverso pratiche di rilassamento e di sostegno psicologico. Si ribadisce anche la necessità e l’urgenza di definire protocolli diagnostici e terapeutici per la parto-analgesia, dando assicurazione della disponibilità di questa prestazione attraverso la presenza di personale in grado di praticarla (anestesista). Nello stesso periodo, in Italia, vengono anche stanziati fondi per la promozione di cure palliative e terapie del dolore, allo scopo di diffondere tra le persone la consapevolezza dei propri diritti rispetto alla riduzione del dolore e anche di far conoscere le modalità e le procedure per accedere ai farmaci e ai servizi.

Anche il punto di vista dei ricercatori sembra sostenere il ricorso all’analgesia durante travaglio e parto. Nel dibattito sulla “necessità” del ricorso a tali terapie, autorevoli punti di vista medici hanno sostenuto che la riduzione e il controllo del dolore sono in grado di garantire benefici alla salute e al benessere sia della mamma che del bambino. Sembrerebbe dunque che non solo non ci sia un legame di necessità tra partorire e provare dolore, anzi, che la riduzione del dolore, oltre ad assicurare una migliore partecipazione della mamma all’intero processo, offra dei benefici alla sua salute e a quella del nascituro. Tuttavia, la pratica dell’analgesia durante il travaglio e il parto risulta essere molto poco diffusa, spesso nonostante le richieste avanzate dalle partorienti.

Secondo l’Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri (AOGOI) la richiesta di parto-analgesia si aggira intorno al 25,6% per quanto concerne gli ospedali sino a 100 parti/anno, una richiesta che arriva anche al 78% in quelli con oltre 1500 parti/anno. Parallelamente, la percentuale media di reale effettuazione di parto-analgesia va dal 9,7% nelle piccole strutture fino al 34,6% per i punti nascita maggiori. Quindi, nelle grandi strutture, a fronte di un 78% di donne che fanno richiesta del parto in analgesia, ne vengono effettuati il 34%, mentre nelle strutture più piccole, a fronte di una richiesta di anestesia epidurale del 25,6%, ne vengono effettuati circa 10 ogni 100 parti.

In media, nel 2009, è stato stimato che in Italia il ricorso all’analgesia epidurale durante il parto sia



stato del 16,9%, e che sia cresciuto fino al 20% nel biennio 2010-2011. Questa percentuale è decisamente modesta, se si confronta con quelle, peraltro registrate addirittura prima del 2009, in altri Paesi europei: già nel 2003 in Francia l'analgesia epidurale era praticata nel 75% dei casi, e nello stesso anno in Spagna ne usufruivano 60 donne su 100. Il che dimostra, tra l'altro, che non c'è una correlazione diretta tra un background cattolico e la diffidenza nei confronti del parto indolore.

Inoltre, come si vede nella relazione sull'audizione di *Cittadi-*

nanzattiva alla Camera dei Deputati del giugno 2013, su 580 punti nascita esaminati dall'indagine SIAARTI-ONDA, nell'anno 2011, solo Valle D'Aosta e Friuli Venezia Giulia garantiscono il parto in analgesia nel 100% dei casi, seguiti a poca distanza dal Trentino (86,7%) e dalla Toscana (84,2%). All'opposto in Molise nessun centro eroga il servizio di epidurale durante il travaglio; la Sicilia lo esegue nel 6,2% dei punti nascita; Basilicata e Abruzzo nel 14,3%.

Ma il parto in analgesia si paga?

Sia il Decreto del 2008 che quello messo in cantiere nel 2012-'13 dall'ex ministro Balduzzi e dal ministro Lorenzin riconoscono l'analgisia durante il travaglio e il parto (naturalmente anche il parto vaginale) come un servizio a carico del SSN. Tuttavia, in entrambi i provvedimenti, si specifica che le Regioni devono individuare nel proprio territorio le strutture che effettuano questa procedura e che spetta sempre alle Regioni sviluppare appositi programmi volti a diffondere l'utilizzo di questo tipo di pratica.

Il livello di autonomia decisionale affidato alle Regioni non ha mancato di creare delle difformità di comportamento da Regione a Regione, e da Asl ad Asl nell'ambito della stessa Regione. La disponibilità di parto-analgisia senza ticket è in media del 25,6% per i punti nascita che praticano fino a 500 parti all'anno e sale fino al 77,8% per le strutture che praticano oltre 2500 parti all'anno.

La riduzione del dolore durante il travaglio e il parto e la possibilità di praticare l'anestesia epidurale sono oggi argomento di grande attualità perché inseriti nelle novità previste dai LEA che lo scorso 4 febbraio il Ministro Lorenzin ha discusso con le Regioni.

Il **nuovo testo dei LEA**, la revisione più completa dopo 14 anni dalla loro istituzione, indica **tra i servizi a carico del SSN anche la somministrazione gratuita dell'anestesia epidurale**.

Questa indicazione, già contenuta nella revisione del 2008 che ne affidava la gestione alle singole Regioni, sembra ora avere un carattere più vincolante anche perché coperta dai quasi 500 milioni di nuovi fondi destinati al finanziamento di prestazioni aggiuntive. Per quanto si debba esercitare un controllo attento sulle reali necessità di somministrare un farmaco per ridurre il dolore del travaglio e del parto, ci si augura che questo provvedimento contribuirà a tutelare un diritto che finora molte donne dovevano pagare di tasca propria. Nella prospettiva di evitare il dolore, peraltro, l'alternativa al parto in analgesia è spesso rappresentata dal taglio cesareo, che in Italia (come si vedrà più avanti) raggiunge, per un insieme variegato di ragioni, percentuali molto elevate rispetto al resto d'Europa, oltre il doppio di quella del 15% raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. Inoltre, va tenuto conto che il tasso di mortalità e grave morbidità materna (rispettivamente dell'11,8 per 100 mila nati vivi e del 2 per 1000 nati vivi) aumentano, a seguito di taglio cesareo, rispettivamente di 3-5 volte (il tasso di mortalità) e di 7 volte (quello di grave morbidità). Se si considerano i costi, la degenza di 2-3 giorni del parto naturale -anche con analgesia epidurale- passa a 5-7 con il cesareo.

A proposito di taglio cesareo: l'Italia tra i primi, ma non da sola

Nel nostro Paese la percentuale di tagli cesarei è più che triplicata nell'arco di 30 anni, da poco più dell'11% nel 1980 a circa il 37,5% nel 2010. Sebbene si registri un trend di diminuzione della pratica dei parti cesarei - dal Rapporto del Ministero della Salute sulle SDO del 2013, la percentuale totale dei tagli cesarei è scesa al 36,3% - permangono percentuali molto elevate in alcune Regioni, tra le quali la Campania (61,5%), seguita dal Molise (47,3%), dalla Sicilia (44,8%) e dalla Puglia (44,6%).

L'Italia, in questo versante, resta il Paese europeo con il più alto ricorso al taglio cesareo. Nel 2013, la percentuale è più che doppia rispetto a quanto raccomandato dall'OMS, e superiore di quasi 10 punti rispetto alla media della UE (26,7% nel 2011).

Ma l'Italia non è il solo Paese nel quale si riscontra un incremento del parto chirurgico. Nell'ultimo decennio in tutta Europa i tagli cesarei sono aumentati di 7 punti percentuali. Tra le motivazioni di questa crescita ci sono sia l'aumento considerevole dell'età media delle donne alla prima gravidanza sia l'incremento del ricorso alla procreazione assistita che ha, tra i suoi effetti, un numero più elevato di gravidanze complicate dalla presenza di due o più gemelli. Le percentuali più alte a livello mondiale si riscontrano in Messico e in Turchia (attorno al 45%), seguiti da Italia, Cile, Portogallo e Corea, con percentuali che variano dal 35% al 38%. Al contrario, le percentuali più basse sono state registrate nei Paesi del nord Europa - Islanda, Finlandia, Svezia e Norvegia - e in Olanda, con percentuali del 15-17% dei bimbi nati vivi. In Italia ricorrono al parto cesareo con maggiore frequenza le donne di cittadinanza italiana rispetto a quelle straniere. I CeDAP mostrano che nel 2010 il 39,5% delle donne di citta-

dinanza italiana ha subito un parto cesareo, contro il 28,8% delle donne straniere.

La peculiarità italiana nel ricorso al parto chirurgico merita di essere esaminata più da vicino. Oltre al numero consistente di interventi di cesareo, infatti, è interessante notare come questo tipo di intervento sia distribuito sul territorio nazionale.

Un picco elevato si riscontra, come visto, in Campania, Regione nella quale presso le case di cura private accreditate il tasso dei parti chirurgici è del 72%, mentre supera il 50% nelle strutture pubbliche, per una media regionale del 61%. Non va molto meglio in Sicilia, dove la media delle strutture private accreditate è quasi del 50%, e scende di poco nelle strutture pubbliche (42,8%), o nel Lazio dove, sebbene la percentuale di cesarei nelle strutture pubbliche si attesti "solo" sul 39,1%, si sale al 43,6% nelle strutture private accreditate e addirittura al 65,7% nelle strutture private non accreditate (Figura 1).

È senz'altro da notare che la scelta di praticare un taglio cesareo, al di là delle ragioni specifiche di singoli interventi, sia ascrivibile a una sorta di "prassi di semplificazione delle procedure" che varia non solo da territorio a territorio, ma anche, nello stesso territorio, da struttura a struttura.

Serena Donati, ricercatrice dell'Istituto Superiore di Sanità, sostiene che *"nel nostro Paese si pratici un numero di tagli cesarei non riconducibile né alle caratteristiche della popolazione, né alla diversa frequenza di indicazioni mediche per problemi materni o fetali"*. Le cause "non cliniche" avrebbero dunque un peso rilevante nella decisione di effettuare un parto chirurgico. Tra queste cause Donati cita, oltre alle carenze strutturali e organizzative dei centri nascita, anche la paura dei contenziosi medico-legali che, "insieme a una progressiva ridotta competenza del personale sanitario nel gestire la fisiologia della gravidanza e del parto, promuove il cesareo come pratica difensiva". Queste osservazioni sono espresse in un quadro di riconoscimento degli indiscutibili progressi che la pratica del taglio

cesareo ha portato nella riduzione di mortalità e morbilità materna e fetale, che, infatti, sono incomparabilmente più elevate in quei Paesi del mondo dove l'impiego del parto chirurgico è poco praticato a causa di gravi insufficienze strutturali e organizzative. Ma proprio per queste ragioni, il taglio cesareo, secondo il giudizio di Donati, deve essere riconfigurato nella sua funzione di intervento salvavita.

Sempre secondo l'interpretazione di Serena Donati, le donne di cittadinanza non italiana sembrano protette dall'eccesso di taglio cesareo non solo in conseguenza della più giovane età (28 anni per le mamme straniere, 32 per le italiane), ma anche "grazie alla maggiore appropriatezza offerta dall'assistenza dei servizi pubblici". Infatti, dalle indagini effettuate dall'Istituto Superiore di Sanità, risulta che "le donne straniere si rivolgono prevalentemente ai consultori familiari e ai servizi pubblici per l'assistenza in gravidanza, mentre circa il 75% delle donne italiane preferisce affidarsi a un ginecologo privato, che quindi sembra rappresentare un fattore di rafforzamento per quel che riguarda l'eccesso di medicalizzazione dell'assistenza alla gravidanza e al parto".

L'affermazione "se hai fatto un cesareo devi rifarlo", assolutamente non fondata sul piano medico, corrisponde tuttavia a un comportamento molto diffuso. Anche in questo caso le donne che scelgono di praticare un secondo parto per via vaginale dopo aver subito un cesareo sono più numerose nelle Regioni del Centro-Nord Italia - il 37% nella Provincia di Bolzano, quasi il 26% in Friuli, il 20% in Toscana, intorno al 16% in Lombardia e Veneto - mentre molto poche sono quelle che lo fanno nelle Regioni del Centro-Sud - intorno al 6% in Abruzzo, Campania e Calabria, il 4,1 in Basilicata, e meno del 4% in Sicilia e Puglia. La decisione di effettuare un taglio cesareo sembra essere più frequente nelle strutture che effettuano un minore numero di parti ogni anno. Il numero dei tagli cesarei, infatti, si rivela significativamente più alto nei punti nascita con meno di 500 parti: il 50,1% dei parti in questo tipo di strutture avviene con taglio cesareo, contro il 43,8% delle strutture che effettuano tra i 500 e gli 800 parti, il 37,7% di quelle che effettuano fino a 1000 parti, il 34,9% di quelle che arrivano a 2500 e il 33% delle strutture con oltre 2500 parti all'anno. Cercando di comprendere come mai esista questa correlazione tra la grandezza della struttura e il numero dei parti cesarei - considerando che le strutture più piccole dovrebbero accogliere solo parti non a rischio - la Commissione del Senato ha posto a confronto una struttura che pratica circa il 40% di parti cesarei all'anno e un'altra che ne effettua invece solo il 18%, mettendo in relazione, nell'arco di un anno, il numero di parti e l'orario di nascita.

Dal confronto emerge che dove il tasso di cesarei è basso, i parti avvengono grosso modo in maniera abbastanza costante nell'arco delle 24 ore. C'è un picco di tagli cesarei circa a metà mattina, che induce poi un aumento dei parti totali considerando che i dati si riferiscono a un Centro nel quale avvengono circa 2500 parti ed è collegato a una terapia intensiva neonatale e quindi concentra gravidanze a rischio. Esaminando, invece, l'andamento della struttura più piccola, che effettua circa 1000 parti all'anno e non è collegata a una terapia intensiva neonatale, si osserva che i parti sono tutti concentrati nella seconda parte del pomeriggio o da mez-

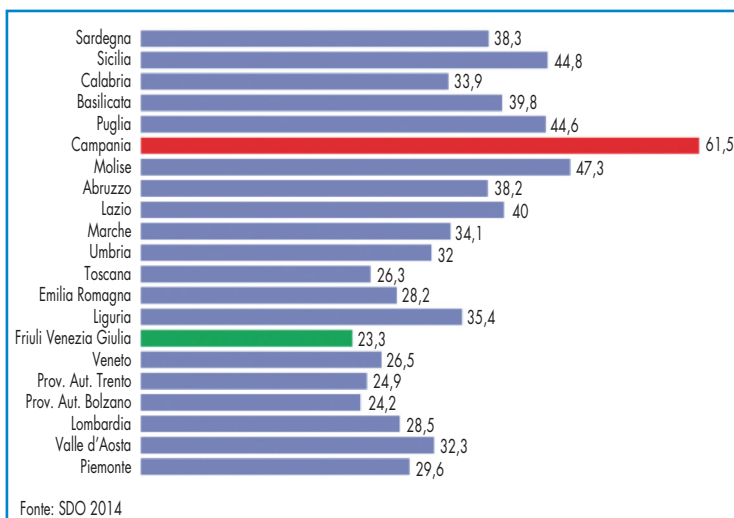


Figura 1. Percentuali di parti cesarei per Regione (anno 2013).

zogiorno in poi, per esigenze organizzative. Poiché questo fenomeno è particolarmente frequente nei punti nascita con meno di 500 parti/anno, se ne conclude che la scelta di effettuare il taglio cesareo non attiene solo a considerazioni di natura medica ma, anche, ad elementi di carattere organizzativo. Alcuni studi riguardanti proprio la scelta del parto cesareo e la loro frequenza nelle strutture più piccole sostengono che, tra le altre possibili spiegazioni, ci sia il fatto che un numero di nascite ridotto inneschi una sostituzione tra parti naturali e cesarei, forse a causa della poca esperienza della stessa struttura organizzativa ospedaliera, che si sottrae così al rischio di complicazioni derivanti da parti naturali. Dal momento, inoltre, che, come detto in precedenza, il numero dei medici nelle strutture più piccole risulta essere, in proporzione, molto maggiore rispetto a quello delle strutture più grandi, l'elevato numero di medici indurrebbe a una preferenza per i parti cesarei che, essendo interventi chirurgici, possono essere effettuati solo dai medici.

Un dato pubblicato dall'ISTAT alla fine del 2014, relativamente alla medicalizzazione del percorso nascita e, in particolare, dell'evento del parto, ha messo in evidenza come, anche nel caso di parto naturale, sia molto rilevante l'utilizzo di pratiche farmacologiche e di interventi di tipo medico anche quando non riferibili a una specifica necessità terapeutica. Per quanto riguarda l'anno 2013, anche nell'assistenza al parto spontaneo, secondo l'ISTAT "non mancano pratiche di medicalizzazione: nel 32% dei casi riguardano la rottura artificiale delle membra-

ne, nel 34,7% l'episiotomia e nel 22,3% la somministrazione di ossitocina per aumentare la frequenza e l'intensità delle contrazioni".

A questo insieme di elementi che riguardano le modalità di gestione degli aspetti più strettamente sanitari, vanno aggiunti i fattori di stress determinati dall'ambiente umano e organizzativo delle strutture all'interno delle quali si partorisce. Il sistema delle procedure di accesso dei papà alle sale travaglio è, ancora oggi, vincolato non solo al rispetto di protocolli igienico-sanitari, ma anche alla disponibilità di camici sterili, o alla disposizione d'animo del personale sanitario che giudica sovente la presenza di "estranei" come un fattore di intralcio all'efficienza del reparto. Ancora più problematiche - e talvolta drammatiche - sono le condizioni nelle quali si vengono a trovare i genitori di neonati che hanno bisogno di un periodo di trattamento all'interno di una Terapia Intensiva Neonatale o, ancora, genitori che si trovano ad affrontare, spesso completamente soli e privi del conforto di personale di supporto, la notizia di un grave handicap riscontrato al proprio piccolo. Se gli ambienti spesso rumorosi, squallidi e privi di ogni elementare cura della privacy dove le donne sono a volte costrette per lunghe ore a vivere la fase di travaglio possono rallentare o addirittura interrompere il processo di travaglio, l'incapacità di gestire grandi e piccole "emergenze umane" con la necessaria delicatezza e con le informazioni essenziali alla gestione successiva delle criticità riscontrate può portare a veri e propri traumi per i genitori e per le famiglie.

I COMMENTI

Ognuno deve fare la sua parte

L'appropriatezza degli interventi e la "messa in sicurezza" del nostro sistema sanitario all'insegna della sostenibilità richiedono che la sostanza di alcune questioni sia affrontata con chiarezza.

Il Rapporto di *Save the Children* che parla delle mamme in arrivo, una specie protetta sulla carta, ma che non sempre trova posto a sedere negli autobus delle nostre città, anche quando porta per mano i suoi piccoli, è lucido e puntuale, ineccepibile. Tuttavia, dopo la lettura di questi rapporti, tanto più se rigorosi e accurati nell'analizzare i problemi e nel tracciare le soluzioni necessarie, prendono corpo sensazioni che hanno a che fare con l'inquietudine e lo sconforto, accompagnate da una chiara percezione che dopo questi numeri non ci sia nulla e che, di fatto, nulla cambi.

In un mondo semplicemente normale, la possibilità di controllare il dolore nelle sue diverse espressioni, in presenza di un evento traumatico, di una malattia, ma anche di una condizione molto più vicina alla fisiologia come il parto, dovrebbe essere un segno di civiltà, e come tale non oggetto di discussione ma di scelta, una volta che questa possibilità sia resa disponibile.

Delle nostre percentuali di taglio cesareo che ci portano ad essere i primi in Europa parliamo da tanto tempo, argomentando questi numeri così alti anche con il significativo aumento dell'età delle donne alla prima gravidanza (altro primato!) e con la procreazione assistita. Oggi però, per quello che ci interessa, ricordiamoci solo la distanza enorme che separa il Friuli dalla Campania (23,3% vs 61,5% nel 2013) nell'esecuzione di questi interventi, che non può non rimandare alle cosiddette "cause non cliniche" del ricorso al cesareo citate nel rapporto.

In un sistema che funziona, dove la confusione di ruoli e competenze è ridotta al minimo, ognuno fa la sua parte: i ricercatori producono e mettono a disposizione le migliori evidenze per le buone pratiche e i percorsi assistenziali, la sorveglianza epidemiologica intercetta difformità e aree critiche, i decisori decidono, prestando attenzione agli elementi di carattere organizzativo e, nello specifico, alle "cause non cliniche" degli eventi. Gli operatori, attenti alle evidenze aggiustate sul paziente, si abituano a convivere con il cambiamento che guarda alla qualità e apre la strada al miglioramento. I pazienti, o meglio le donne, imparano anche in questi contesti ad essere protagoniste delle loro esperienze, allenandosi a riconoscere e a tirare fuori le risorse e la forza di cui dispongono, per esserci.

La partita che si gioca è importante, anche questo emerge chiaramente dai contenuti del Rapporto:

governare l'area materno-infantile all'insegna dell'umanizzazione e dell'appropriatezza non conviene solo in termini di sostenibilità, significa lavorare per riavvicinare la medicina alle persone, consapevoli, quando offriamo servizi e prestazioni, che esiste un corpo, un cuore, una mente, che siamo in un'area dove la medicina dialoga e si confronta con la cultura e la società, altrettanto consapevoli che intervenire troppo poco o troppo è comunque un danno. Ma appunto... ognuno deve fare la sua parte, altrimenti il sistema si inceppa e non funziona.

Renata Bortolus

Ufficio Promozione della Ricerca, Azienda Ospedaliera
Universitaria Integrata, Verona

Che le donne si riprendano il parto

La lettura del Rapporto *Save the Children* consente di definire il percorso (nascita) sinora fatto nell'ambito dei servizi (sanitari) e delle istituzioni per garantire l'Art. 31 della Costituzione ("... protegge la maternità, l'infanzia...") e il 32 ("La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, ..."), così come l'Art. 2 della Convenzione sui Diritti dell'Infanzia e dell'Adolescenza ("... rispettare i diritti... a garantire a ogni fanciullo... dalla loro nascita..."). Un percorso accidentato e frammentario che ha prodotto nel tempo molte indicazioni, raccomandazioni, linee guida, leggi e decreti... ancora ampiamente disattesi.

Così la prima reazione è quella di chiedersi con quali prospettive continuare a parlare di "percorso nascita" quando molto, se non tutto, è già stato detto e atteso solo di essere attuato. Una risposta potrebbe essere che "Mamme in arrivo", come il rapporto del gruppo CRC¹, sempre coordinato da *Save the Children* e giunto alla 8^a edizione, potrebbe rappresentare il materiale organico e formale (1° rapporto?) da cui partire nel monitorare, in modo sistematico e continuo, l'attuazione e l'implementazione del "Percorso nascita"² in Italia. Che si costituisca quindi un gruppo di associazioni e tecnici indipendenti che incalzi, rappresentanti istituzionali, nazionali e locali, anche con specifiche raccomandazioni.

L'occasione/invito di *Medico e Bambino* di commentare "Mamme in arrivo" è da cogliere come pretesto per andare oltre con la riflessione, a partire da 3 delle 22 tappe definite dai curatori del percorso.

Parto-dolore-taglio cesareo sono le tre parole chiave della riflessione.

Parto*

- È l'evento dirimente del percorso con un prima e un dopo che in questo contesto rappresenta il *core*. Un prima che inizia temporalmente ancor prima della fecondazione, con i suoi determinanti

culturali e sociali che caratterizzano le scelte, le possibilità di scelta, la garanzia dei diritti successivi. Analizzare il prima in termini di domanda-offerta di consultori, corsi pre-parto, procedure diagnostiche è indubbiamente importante, così come ridurre la medicalizzazione della gravidanza, ma l'umanizzazione del "percorso nascita" dovrebbe partire dalla gravidanza consapevole: primo impegno/sfida della "Mamma in arrivo", della coppia e dell'intera società. Solo in un contesto partecipato e informato i diritti possono essere garantiti e le criticità affrontate e superate anche quelle "di sistema". Rivendicare diritti presume riconoscere delle regole e rimandare a delle responsabilità: quelle del singolo, della coppia, delle istituzioni... di tutti.

- Scegliere dove e come partorire è oggi determinato dall'offerta dell'organizzazione dei servizi che varia per struttura, ma ancor più per qualità (delle cure) a livello territoriale. Qual è la consapevolezza di una donna dei rischi di partorire in una struttura con meno di 500 parti/anno? Su quali elementi si basa la sua decisione? È consapevole dell'ignoranza interessata dei decisori politici che condizionano la sua scelta?

Dolore

- «Alla donna disse: "Moltiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze, con dolore partorirai figli. Verso tuo marito sarà il tuo istinto, ma egli ti dominerà"» (*Genesi*, 3:16).

Da qualche millennio la divinità condanna la prima donna a un ruolo subalterno rispetto all'uomo e a partorire con dolore legittimando comportamenti/decisioni/rifiuti/crociate che continuano ancora oggi. Non che manchi dolore nel parto, ma la parola sacra pronunciata nel Giardino era di constatazione e non di condanna: errore di traduzione secondo molti, la parola ebraica *étzev* vuol dire sforzo, o fatica, o affanno che sono intrinseci all'atto (meccanico) del parto³. Un abuso, non solo di traduzione, perpetrato da millenni.

- Le dispute teologiche si affievolirono solo a partire dalla metà del XIX secolo quando la Regina Vittoria nel 1853 volle essere "anestetizzata" in occasione del parto di Leopoldo, il suo ottavo figlio. Il medico di corte, John Snow, aveva fatto inalare alla Regina del cloroformio da un fazzoletto che ne era imbevuto. Prodotto narcotizzante, sintetizzato nel 1831, che venne usato la prima volta come anestetico nel 1847 ad opera di James Young Simpson, già medico della Regina. La Regina ne fu soddisfatta e richiese lo stesso trattamento anche per il parto successivo. Da allora il cloroformio è anche noto con l'appellativo "Anestetico della Regina" e venne usato per lenire il dolore in travaglio sino allo sviluppo della moderna anestesologia.
- Il blocco epidurale a scopo analgesico è una tecnica invasiva, sicura ed efficace, introdotta nella pratica ospedaliera nel 1946. Offerto oggi giorno con ampia variabilità tra le singole strutture ospedaliere.

*La maternità racchiude in un'unica immagine il mistero della vita nell'Universo, segnando l'irruzione del tempo del singolo essere umano nell'immensità dell'infinito. In questo miracolo della maternità, che genera e pensa se stessa, permane il più grande mistero della vita. Tuttavia, nel corso del tempo, la maternità sacra si è trasformata accentuando la figura della donna più che la condizione di madre. La mostra "MATER, percorsi simbolici sulla maternità" che è in programma dall'8 marzo al 28 giugno 2015 al Palazzo del Governo di Parma "parla" anche di questo.

daliere, solo il 20% delle donne ne beneficia: un terzo delle richiedenti. Se si considera inoltre che solo circa metà dei centri nascita garantisce il servizio, e molto spesso “a ore”, il diritto alla “semplice” richiesta “a non soffrire inutilmente”²⁴ risulta una possibilità fattibile per poche e, comunque, un diritto largamente disatteso.

- L’inserimento dell’analgisia in travaglio e per il parto nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) non rappresenta certo una garanzia per un’offerta nazionale omogenea (anche in termini di qualità delle cure) se solo si pensa alla dichiarazione nel 2010 dell’allora ministro Fazio alla Conferenza Stato-Regioni: “Si registrano pertanto nel territorio risposte disomogenee ai medesimi bisogni di salute con conseguente rischio di iniquità nell’attuale copertura dei bisogni e di mancata erogazione dei LEA. Il tema del superamento del divario strutturale e qualitativo dell’offerta sanitaria tra le diverse realtà regionali rappresenta ancora un asse prioritario nella programmazione sanitaria nazionale”²⁵. Nel frattempo l’organizzazione e il “Governo dell’Intesa” (*governance*) non sembrano essere migliorati⁶, così le donne continuano a partorire con sforzo, fatica, affanno, e... inutile dolore.

Taglio cesareo

- Tra le scelte appropriate e consapevoli per effettuare un taglio cesareo non è prevista l’analgisia del travaglio e del parto, anche se richiesta dalla donna⁷. Sono quindi da ricercare altrove le ragioni dell’eccessivo e permanente ricorso al cesareo: 37,5% dei parti nel 2012, solo un terzo dei quali di elezione. Non è una spiegazione l’associazione tra elevato tasso di cesarei e la ridotta mortalità neonatale (come fatto per le nazioni con scarse risorse) perché in Italia il tasso di mortalità neonatale è doppio al Sud rispetto al Nord (per es. 1,11% in Veneto vs 2,30 in Calabria) come è doppio il tasso dei cesarei (per es. 27,4% in Veneto vs 59,9% in Campania), con una correlazione statisticamente significativa, e ormai cronica, con la longitudine⁸.
- Già nel 1999 *Medico e Bambino* informava in proposito e individuava tra “le molteplici ragioni non riconosciute” dei troppi parti cesarei: l’intolleranza a prendere rischi, le possibili contestazioni (querelle) da parte delle donne, l’aumentata richiesta (inesaudita) di epidurali, i falsi positivi indotti dall’eccessivo uso del monitoraggio fetale, la connivenza dei medici⁹. L’articolo potrebbe essere ripubblicato identico, aggiornando solo le frequenze e convertendo i costi da lire in euro: sarebbe ancora attuale. Tutte variabili riconducibili all’eccessiva medicalizzazione del parto e alla passiva accettazione/delega del potere/autorità del medico. Ecco allora che snaturata la nascita della sua “spontaneità” e della sua “naturalità” il parto è diventato intervento/prestazione, con un suo nomenclatore, un tariffario, una specifica voce di budget, un’organizzazione di servizio a cui attenersi... una rappresentazione in cui la donna è uno degli attori, e non sempre il protagonista.

I punti di riflessione qui riportati partono dall’accettazione del contesto definito da “Mamme in arrivo” che è quello del “Percorso nascita” maggioritario, “tradizionale”, ospedaliero, “istituzionale”; quello

che rimanda alle linee guida nazionali¹⁰ e alle indicazioni ministeriali¹¹. Lo scenario del parto a domicilio o delle case di maternità non è contemplato, forse perché minoritario (0,02% dei parti nel 2011) o perché non a rischio di medicalizzazione e risultato di scelte informate e autonome (determinate).

I tempi di “Riprendiamoci il parto!”¹² sono lontani, i “gruppi femministi sul parto” appartengono alla storiografia, con una medicina contemporanea devota e interessata più alla longevità e poco alla forma del nostro durare¹³ e all’inizio del “percorso”. Forse “Mamme (e papà) in arrivo” vuole farci riflettere anche su questo.

Bibliografia

1. Gruppo Lavoro per la Convenzione sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza. I diritti dell’infanzia e dell’adolescenza in Italia. 7° Rapporto di aggiornamento sul monitoraggio della Convenzione sui Diritti dell’Infanzia e dell’Adolescenza in Italia, 2013-2014. Roma: Save the Children Italia, 2014.
2. Save the Children. Percorso alla nascita. Linee di indirizzo. Roma: Save the Children Italia, 2015.
3. De Luca E. Le sante dello scandalo. Firenze: Giustina, 2011.
4. Tribunale dei diritti per il malato. Carta dei diritti sul dolore inutile, 2005.
5. Comunicazione del Ministro Fazio nella Seduta della Conferenza Stato-Regioni, 29 aprile 2010. Documento preliminare sui contenuti del nuovo Piano Sanitario Nazionale, 2010-2012.
6. Linee Guida per una nuova “governance” del Sistema Sanitario. Carnevali G, Manzi P (a cura di). Arccia (RM): Aracne Editrice, 2013.
7. SNLG-ISS, Sistema Nazionale per le Linee Guida. Istituto Superiore di Sanità. Taglio cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Linea Guida 22. Roma: ISS, 2012.
8. Bonati M, Campi R. Nascere e crescere oggi in Italia. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2005.
9. Bartolozzi G, Branconi F, Rubaltelli F. Il taglio cesareo sul totale dei parti (quali rischi si corrono nel tentare di abbassarne il numero?). *Medico e Bambino* pagine elettroniche 1999;2(4).
10. SNLG-ISS, Sistema Nazionale per le Linee Guida. Istituto Superiore di Sanità. Gravidanza fisiologica. Linea Guida 20. Roma: ISS, 2011.
11. Ministero della Salute. Percorso Nascita. http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Salute%20donna&menu=nascita.
12. Lanf R. Riprendiamoci il parto. Esperienze alternative di parto: resoconti, testimonianze, immagini. Roma: Savelli, 1978.
13. Hillman J. La forza del carattere. La vita che dura. Milano: Adelphi, 2000.

Maurizio Bonati

*Laboratorio per la Salute Materno-Infantile,
Dipartimento di Salute Pubblica,
IRCCS - Istituto di Ricerche Farmacologiche
Mario Negri, Milano*

I principi per una buona assistenza alla nascita

Controllo del dolore in travaglio ed eccessivo ricorso al taglio cesareo sono strettamente correlati, anche se l’elevato tasso di tagli cesarei nel nostro Paese è riconducibile al concorso di molti altri fattori.

Da oltre un secolo alcune scuole di pensiero ostetriche hanno analizzato le componenti che giocano

un ruolo nel dolore che accompagna la nascita. La psicosomatica ostetrica ha cercato di dipanare la matassa evidenziando che la non conoscenza dei meccanismi fisiologici del travaglio e dei suoi tempi amplifica l'ansia, e questa a sua volta alimenta il dolore attraverso la liberazione di anomale quantità di ormoni dello stress. Fu così che nacquero a scopo preventivo i "Corsi di preparazione al parto", poi divenuti "Incontri di accompagnamento alla nascita" che qualcuno etichettò impropriamente come tecniche per il parto indolore.

L'ospedalizzazione del parto ha appiattito le peculiari caratteristiche di ogni donna e del suo travaglio imbrigliandole in rigidi protocolli assistenziali, che prevedono prima di tutto la riduzione della libertà corporea, obbligando la futura mamma a stare a letto fino al parto in posizioni coatte che si sono rivelate antifisiologiche per mamma e bambino e responsabili dell'amplificazione del dolore. Il parto prima di essere fagocitato dall'ospedale era un'esperienza di donne che certamente si accompagnava a dolore e a un maggior rischio, ma faceva sentire la donna protagonista, oggetto di cure di sorellanza e non un anonimo soggetto al quale richiedere prestazioni i cui tempi e cadenze erano stati rigidamente predefiniti. Le curve di normalità e gli interventi correttivi proposti sono stati descritti prima in ponderosi trattati e poi in pubblicazioni scientifiche da una cultura medica prevalentemente maschile. L'assistenza individuale prestata dalle donne nel parto a domicilio era in grado di supportare la partoriente per evitare che il dolore si trasformasse in sofferenza. Il maschio sa di non avere gli stessi strumenti per accompagnare e sostenere una gravida in travaglio e quindi spesso ricorre al controllo farmacologico e/o chirurgico. L'intelligente fantasia che talvolta si accompagna a una buona dose di teatralità di molti colleghi partenopei, che praticano il 60% di tagli cesarei con punte nelle cliniche private del 70-80%, ha generosamente utilizzato un termine, coniato negli anni 2000 dalla letteratura anglosassone, che appunto spiega come il taglio cesareo possa essere contrabbandato come metodo di controllo del dolore: "tocofobia" (letteralmente paura del parto). In altre parole si esegue un taglio cesareo elettivo perché la signora ha paura del parto (ovviamente del dolore provocato dalle sue contrazioni oltre che delle possibili complicanze). Prego evole esempio di medicalizzazione implicitamente colpevolizzante. "Fobia" sta per avversione, mentre "filia" sta per amore, affinità. Può mai esistere in una donna che non ha mai partorito una particolare affinità per qualcosa che non è stato provato prima e che si accompagna a dolore?

In conclusione, è la donna, fragile creatura indifesa, che ha paura delle contrazioni e del dolore, quindi i ginecologi per salvarla la sottopongono a un taglio cesareo anche due-tre settimane prima del termine per evitare che insorga il travaglio. Questo atteggiamento, ormai tanto in voga, trova stimolo nel rapporto di assistenza privata alla gravidanza, che si conclude con il solito bel cesareo che per giustificarsi ripropone lo stantio approccio "paternalistico". I cesarei eseguiti in libera professione sono ben retribuiti, durano mezz'ora, sono programmati per tempo e realizzati con la migliore équipe decisa dal-

l'operatore. *"Non si preoccupi, signora, ci sarò io il giorno del parto e le farò nascere il bambino, e lei non sentirà niente. Si è affidata a me e io personalmente le garantisco l'esito senza dolore"* (almeno fino alla nascita del bambino, quel che accade poi non riguarda l'ostetrico-ginecologo). Inutile medicalizzazione che amplifica il protagonismo. Mi chiedo se la stessa generosa proposta sarebbe offerta se il cesareo fosse un intervento particolarmente complicato di difficile esecuzione e la sua durata fosse dell'ordine di grandezza di un travaglio spontaneo. La vera "tocofobia" riguarda soprattutto molti ginecologi che temono il parto perché non ne conoscono più i meccanismi e i tempi e non sanno porre rimedio alle emergenze di sala parto. Si afferma in questo modo una facile rivincita del maschio che realizza la sua capacità di partorire, poiché sarà lui a far nascere un bambino e non più la donna. Non si tratta solo di un comportamento di genere ma dell'espressione di un codice affettivo paterno in contrapposizione a quello materno, come teorizzato dallo psicanalista Franco Fornari. La mamma accoglie, protegge, sostiene, comprende e accompagna: ha un atteggiamento più improntato all'empatia (comportamenti prevalenti nella cultura ostetrica); il padre impone con decisione presentando con chiarezza le regole, interviene, sancisce il distacco tra mamma e bambino (comportamenti prevalenti nella cultura medica). Una buona assistenza alla nascita si realizza mediante l'offerta di un percorso in cui sono presenti entrambi i codici, pur con prevalenza di quello materno. L'ostetrica difende e asseconda la fisiologia; il medico, se necessario, con un giusto bagaglio di conoscenze e di destrezza interviene per risolvere i casi di patologia.

La rimozione del dolore in travaglio di parto è un diritto da garantire a tutte le donne, ma deve essere articolato in tutti i suoi aspetti. Nessun anestesista o esperto di terapia del dolore penserebbe di intervenire terapeutamente solo nei confronti della componente somatica del dolore. Il dolore somatico, se accompagnato da solitudine, depressione, paura, sconforto, può essere amplificato generando sofferenza e angoscia che possono restare indelebili. Questo temono le donne ed è quello che non ci perdonano se accade. La strada da percorrere per ridare dignità alla nascita e autonomia alle donne incomincia accogliendo le loro esigenze e prosegue offrendo sostegno e accompagnamento da parte di un'ostetrica (il medico non è necessariamente fuori gioco ma deve rileggere il suo ruolo adeguandosi ai tempi della fisiologia e non alle cadenze dell'interventismo).

Il governo ha preferito riconoscere nei LEA l'accesso all'analgisia peridurale scavalcando con un balzo, culturalmente discutibile, tutto ciò che di non farmacologico e non invasivo si poteva mettere in campo. Si è ben guardato dal raccomandare l'impiego in prima istanza di metodi non farmacologici del controllo del dolore in travaglio, ricordando tra questi: l'assistenza *one to one* in travaglio (un'ostetrica sempre accanto a ogni donna dall'esordio del travaglio attivo fino a due ore dopo il parto), l'impiego dell'acqua per immersione in vasca o per docciature, i massaggi, la riflessoterapia (digitopressione, idropuntura, TENS), la presenza di una per-

sona cara vicino alla donna per tutta la durata del travaglio ecc. Questo confermando quanto già alla fine degli anni '80 Wagner, il rappresentante dell'OMS in Europa, ebbe a sottolineare: se per curare qualcuno si propone qualcosa di non invasivo (esempio vasca o massaggi) difficilmente si otterrà ascolto e approvazione; se invece si propone una nuova apparecchiatura o un farmaco la situazione si capovolgerà.

Il governo dovrebbe chiedere alle Società Scientifiche e alle Aziende Sanitarie di esplicitare i protocolli assistenziali, riducendo così non solo il ricorso al taglio cesareo, ma anche l'impiego improprio dell'induzione del travaglio o della sua accelerazione: pratiche che aumentano di due volte il rischio di taglio cesareo o parto operativo vaginale. Prendendo atto che l'incidenza di parti cesarei elettivi si aggira intorno al 20% in un ospedale dove nascono 600 bambini all'anno non resterà che assistere poco più di un parto al giorno. Poiché le nascite si susseguono in modo irregolare, possono passare anche due-tre giorni senza che se ne verifichi una: oppure i parti possono anche essere 1-2 al giorno ma fuori dalle ore di servizio di un determinato professionista che ne assisterà pochi in un mese. In queste condizioni quale può essere la capacità di un operatore di affrontare le emergenze di sala parto? Se poi la media dei travagli indotti è compresa tra il 30% e il 35% e un ulteriore 20% viene accelerato, quale sarà l'entità della casistica sulla quale imparare e riverificare la fisiologia? In Italia c'è poca appropriatezza nell'assistenza alla gravidanza e alla nascita mentre c'è una generosa offerta di pregiudizi sostenuti da convenienza, ignoranza e discrezionalità.

Quando si parla di chiusura dei piccoli punti nascita bisogna anche prevedere come organizzare gli ospedali di livello superiore. La nuova organizzazio-

ne deve disegnare due percorsi assistenziali paralleli: uno per la fisiologia dove l'assistenza è garantita dalle sole ostetriche e uno per la patologia dove la responsabilità è del medico, coadiuvato dall'ostetrica. In tutto ciò non vi è nulla di nuovo e rivoluzionario poiché è già prassi in molti Paesi europei, ma il legislatore italiano ha preferito puntare solo sull'anestesia peridurale, mettendo così il silenziatore ai lamenti delle donne in travaglio ma non garantendo loro la presenza e il sostegno continuo da parte di un'ostetrica. Si sarebbe dovuto procedere a nuove assunzioni (di ostetriche) ma questa parola nella sanità risuona ormai come una bestemmia in chiesa. Si sono investiti denari per le prestazioni aggiuntive degli anestesisti che agiranno aumentando il loro carico di lavoro praticando anestesi peridurali in donne che potrebbero non averne bisogno se assistite in modo più appropriato. Numerosi studi hanno infatti evidenziato che la quota di donne ben supportate in un travaglio spontaneo necessita di analgesia loco-regionale nel 25% dei casi. Se oltre a ciò largheggeremo in induzioni e accelerazioni, continueremo a sommare medicalizzazione a medicalizzazione. Così avremo su dieci parti: 4 donne che avranno fatto il cesareo, 3 che saranno state indotte, 2 accelerate e di queste almeno il 60% sarà stata trattata con analgesia peridurale. Continuando così, la sola donna che riuscirà a salvarsi da questa miscellanea di interventi sarà colei che passerà molta parte del travaglio a casa o che per sua scelta vi partorirà. Un collega, tempo fa, disse che in certi ospedali ormai ci si preoccupa soprattutto delle gravidanze a rischio di parto spontaneo: forse è giunto il momento di invertire la rotta.

Giuseppe Battagliarin

*UO di Ostetricia e Ginecologia, PO Infermi, Rimini,
AUSL della Romagna*