

## Capitolo 1

# Nascere oggi:

# Costruire una nuova cultura per superare la paura e il dolore.

Sandra Morano

## Overview

### “Il momento più bello”

Era il 1957, e il regista Luciano Emmer faceva uscire un film che ancora oggi rappresenta una realistica narrazione della nascita nell'Italia del dopoguerra. Un paese appena uscito dal secondo conflitto mondiale ed in ricostruzione materiale e morale, un paese che si apprestava a cancellare definitivamente ed irreversibilmente, col passaggio del parto dalla casa in ospedale, la cultura del più grande rito di passaggio: la procreazione, il parto, la maternità. Si vede uno storico ospedale romano, il S. Camillo, i suoi professionisti, e i tratti essenziali di un “nuovo” approccio alla nascita, con ginecologi ed ostetriche da poco trapiantate nelle corsie bianche, alle prese con l'assistenza a donne dei ceti popolari che per la prima volta partorivano fuori casa. Il protagonista è il progresso: il parto ospedalizzato, e c'è un “mediatore culturale”, un ginecologo che, innamorato della psicoprofilassi ostetrica di Lamaze, da poco studiata in Francia, cerca di introdurre uno strumento “scientifico” per aiutare partorienti e professionisti ad affrontare un passaggio epocale. La sua battaglia non sarà facile né scontata, e rappresenta un involontario documento, se pur cinematografico, sul nostro paese alle prese con l'avvio dell'odierno “Procreare in sicurezza”: non solo un *come eravamo*, ma i difetti storici, le contraddizioni e le parole chiave ancora oggi attuali e solo in parte superate.



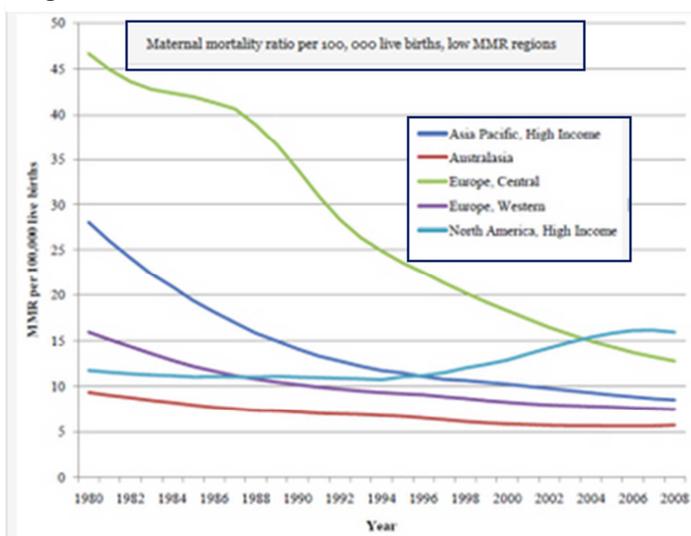
## Lo stato dell'arte

### La nascita all'epoca della Ospedalizzazione generalizzata

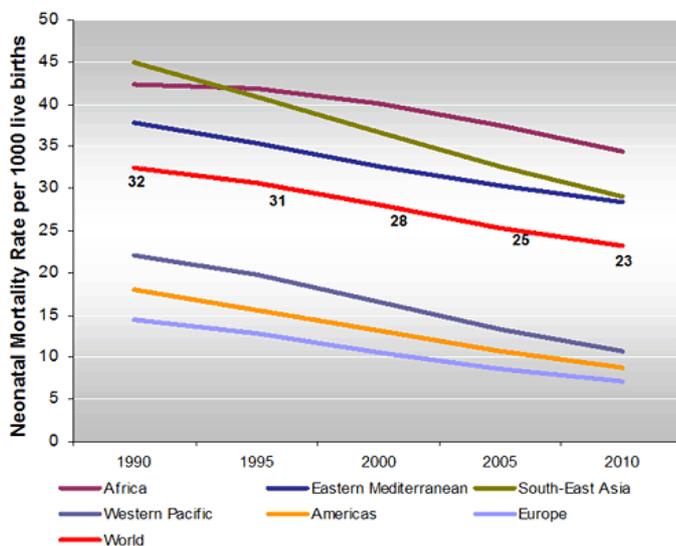
A quell'affresco non è ancora stata sostituita una analoga e più aggiornata narrazione della nascita in Italia. Eppure tanti passaggi si sono avvicinati. Gli Enti Ospedalieri sono stati unificati nel SSN universalistico (L.N 833/1978), i presidi si sono moltiplicati e il modello di medicalizzazione è diventato dominante. Allo stesso tempo, mentre la nascita diventava sempre più appannaggio della Medicina specialistica, anche a causa del vertiginoso sviluppo della tecnodiagnostica, diminuiva per converso, fino a scomparire, il suo rapporto con i curanti sul territorio: l'Ostetrica e il Medico Condotta prima, il Medico di Medicina Generale

poi. Come si presentava quel modello di medicalizzazione? Le immagini, non solo filmiche, riferite a quei tempi, ci restituiscono ambienti confacenti alla depersonalizzazione tipica dei nosocomi dell'epoca: strutture sanitarie e gerarchiche, e soprattutto pratiche routinarie che successivamente sarebbero state definite inutili e molto spesso dannose. La separazione dai familiari all'ingresso della sala visite, la tricotomia, il clistere al momento del ricovero, il divieto di assumere cibi e bevande e l'immobilizzazione a letto durante il travaglio, l'infusione routinaria di ossitocina e la manovra di Kristeller al parto, la episiotomia dopo: purtroppo molte di esse, nonostante le evidenze scientifiche, sono in uso ancora oggi in moltissimi ospedali nel Paese. E poi i neonati allontanati dalle mamme, che li avrebbero visti non prima del giorno dopo il parto, ed avrebbero potuto allattarli solo ad orari fissi, per non più di 10-15 minuti. Nonostante centinaia di studi clinici controllati riscontrabili quotidianamente nelle edizioni della Cochrane review, si era(e si è ancora) convinti che quell'insieme di regole e pratiche militaresche e disumane fosse il prezzo inevitabile da pagare al progresso in cambio della diminuzione della mortalità materna e neonatale (che peraltro è stata in gran parte dovuta alla diffusione della asepsi ad antisepsi, alla scoperta degli antibiotici e dei gruppi sanguigni, a migliorate condizioni socioeconomiche nel secondo dopoguerra). Infatti, se in un primo momento l'Ospedale aveva rappresentato il riferimento rassicurante contro mortalità e morbilità, in seguito nei paesi avanzati, anche grazie alle condizioni di benessere, i tassi di mortalità materno infantile non hanno subito ulteriori riduzioni. (figura 1 e 2).

Figura 1 e 2: trends della mortalità materna e neonatale



Trends in neonatal mortality rates at global and regional levels 1990-2010



Nel frattempo altre discipline hanno contribuito ad inquadrare il fenomeno nascita nel suo significato olistico: dall'antropologia alla psicologia, alla sociologia, alla storia, sono arrivati importanti studi tesi a ricostruire ciò che il disciplinare della "moderna" assistenza imponeva. "La storia dell'Ostetricia occidentale è la storia di tecnologie che separano. Abbiamo separato il latte dal seno, le madri dai bambini, i feti dalle gravidanze, la sessualità dalla procreazione, la gravidanza dalla maternità...L'antropologia e la sociologia devono fare una grande fatica per rimettere insieme quello che l'ostetricia ha separato: la madre e il bambino"(Barbara Katz, antropologa). Nel mezzo ci sono almeno tre decenni, in tutti i paesi

avanzati, di studi clinici controllati, di raccomandazioni dell'OMS, di battaglie per migliorare la condizione delle partorienti negli ospedali, da parte di associazioni di donne e anche operatori. Ed è acquisizione recente che l'assistenza è influenzata dai luoghi in cui viene effettuata, e che oggi gli outcome talvolta sono addirittura più sicuri fuori dall'Ospedale tradizionale, soprattutto quando effettuata in ospedali molto affollati in cui il personale scarseggia (Birthplace in England Collaborative Group, Brocklehurst P, Hardy P, Hollowell J, Linsell L, Macfarlane A, Mccourt C, Marlow N, Miller A, Newburn M, Petrou S, Puddicombe D, Redshaw M, Rowe R, Sandall J, Silvertown L, Stewart M. (2011) Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: the Birthplace in England national prospective cohort study. British Medical Journal. 2011;343)

## Nascere in Sicurezza: perché un Corso Fad FNOMCeO

L'iniziativa di un Corso FAD su Nascere in Sicurezza arriva in un momento di grande criticità, sia nella riorganizzazione dei sistemi sanitari che nel panorama medico. Il nostro SSN, conosciuto e celebrato come uno dei migliori al mondo, mantiene le sue caratteristiche di eccellenza, anche se con fatica, stretto tra carenza di risorse, scarsa attenzione al suo imprescindibile apporto di welfare, ed evidenti diseguaglianze gestionali sul suo territorio.

**Perché la necessità di un aggiornamento sul tema della nascita, riservato solitamente agli specialisti del settore?**

**La nascita, come la morte, è l'unico avvenimento trasversale ad ogni individuo sul pianeta.** Dall'attenzione al fenomeno nascita si giudica la civiltà di un paese, perché dal benessere di madre e bambino dipende il benessere della società. La morte di una madre è una tragedia non solo per la perdita di una giovane vita, ma anche per i suoi figli e la sua famiglia(WHO). Ma anche dal grado di fertilità di un paese, cioè dalle opportunità di crescita ed accoglienza che esso è in grado di offrire ai suoi abitanti, dipende la sua buona salute.

**E' pertanto auspicabile che la classe medica ritorni ad essere più coinvolta in un problema cruciale in cui la sua partecipazione può fare la differenza.** Solo fino a qualche decennio fa il Medico era un interlocutore privilegiato del/nel ciclo vitale, una figura rassicurante, più vicina complessivamente al nucleo familiare. E' acquisizione comune che la cultura specialistica o superspecialistica, invece che aumentare il grado di sicurezza dei pazienti, li inserisce in un sistema spiraliforme in cui si rincorre una presunta sicurezza attraverso la proposizione di ulteriori e sempre più specialistici esami.

*“ Ora la parola d'ordine è safe, safe childbirth, «parto sicuro»: un'esclamazione che non ha precedenti storici. Tutte le procedure si basano oggi sulla safety, sulla sicurezza.*

***Safe!** con questa parola inglese si designa un valore vuoto, si dice tutto o nulla, la si usa come un punto esclamativo per esprimere un valore positivo. **Safe**, sicuro, implica un confronto, dunque la svalutazione di ciò che è diverso, **safe** è un monito vincolante, un'esigenza razionale.*

*E chi potrebbe contraddirla? **Safe**, infatti, connota non solo ciò che è buono, giusto, prezioso e particolarmente desiderabile, ma innanzi tutto ciò che previene, in modo calcolato, la sfortuna, l'incidente, la catastrofe.*

***Safe** rende punibile il fatto di non allacciare la cintura di sicurezza. «Facciamo un'altra ecografia, è più sicuro!» dice il medico.*

***Safe** è il primo violino nell'orchestra delle parole chiave della morale, la nota dominante nell'accordo di «salute», «benessere», «sicurezza» e «una vita». La parola esorcizza paraplegia e guida pericolosa, rende colpevole fin dall'inizio il tuo rifiuto di un comportamento responsabile.*

*L'amore del prossimo e la previdenza rientrano in safe.*

*L'appello alla «sicurezza» della madre e del bambino coinvolge in modo particolare padri e nonne.*

*Associare il parto e lo slogan «sicurezza» ha fatto sì che interventi raccomandabili solo in particolari circostanze (e malgrado i noti effetti collaterali) siano oggi misure di routine per tutte le donne incinte: ogni gravidanza prevede di norma quattro ecografie e un protocollo minimo di centonovanta analisi diverse.*

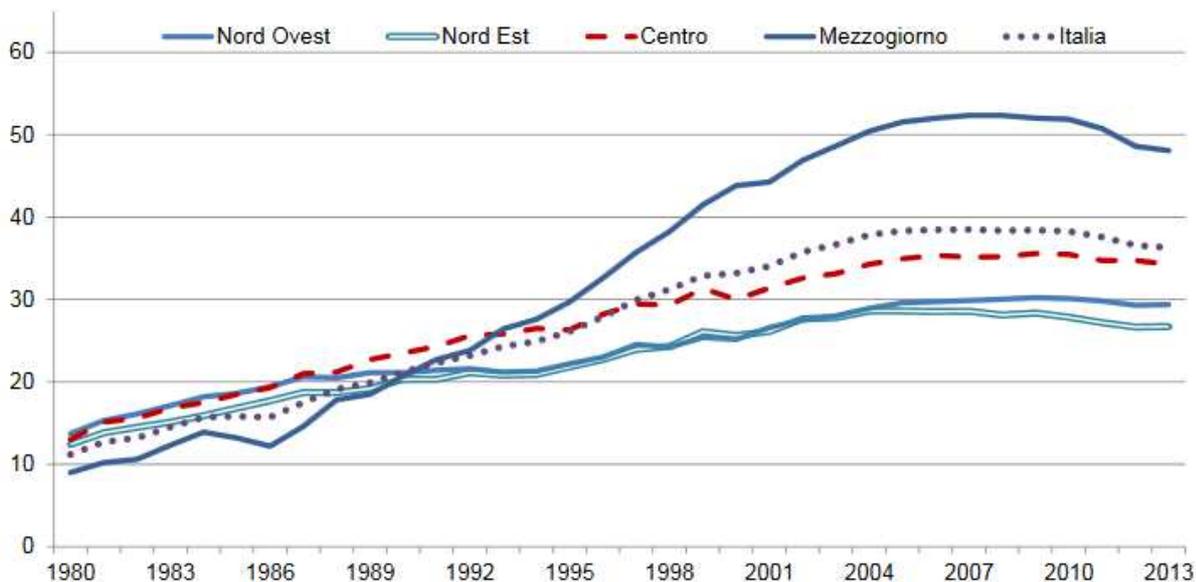
*In base a un luminoso principio di buon senso, possiamo affermare che nell'incolta Germania «il parto è un evento pieno di pericoli dai quali può proteggere soltanto la Ginecologia»<sup>1</sup>.*

La comunità di medici operante nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale ha il dovere, nei confronti del fenomeno nascita, indipendentemente da ruoli e discipline, di ritornare nel suo insieme alla sua antica vocazione. Per questo si propongono a tutto il mondo medico **alcuni elementi di aggiornamento ed avvicinamento ad un mondo con cui tutti, come individui, abbiamo a che fare**, e in cui come **professionisti ci può capitare di essere richiesti di un parere, di un quesito, di una interlocuzione di “senso comune”**. Ecco, vorremmo che quella risposta, quel parere, quella espressione di vicinanza o empatia, fossero il più possibile espressi per conoscenze dirette, un po' più aggiornate rispetto all'esame sostenuto al 6 o 5 anno

di Laurea in Medicina, e allo stesso tempo un po' meno mediate dal mainstream che spesso pervade anche l'ambiente scientifico. Anche valorizzare l'esperienza soggettiva, in questo caso delle donne, curanti e curate, è importante: ragione di più perché questa sia ascoltata e a sua volta arricchita da altre informazioni ed approfondimenti.

**La cultura di paura e rischio che nel paese si è sviluppata a partire dagli anni 60-70, tale da far affermare che il parto è per definizione un fattore di rischio, dando così la stura alla infelice stagione della crescita esponenziale dei TC, forse avrebbe potuto essere condizionata dal coinvolgimento criticamente vigile della classe medica in toto (Figura 3).**

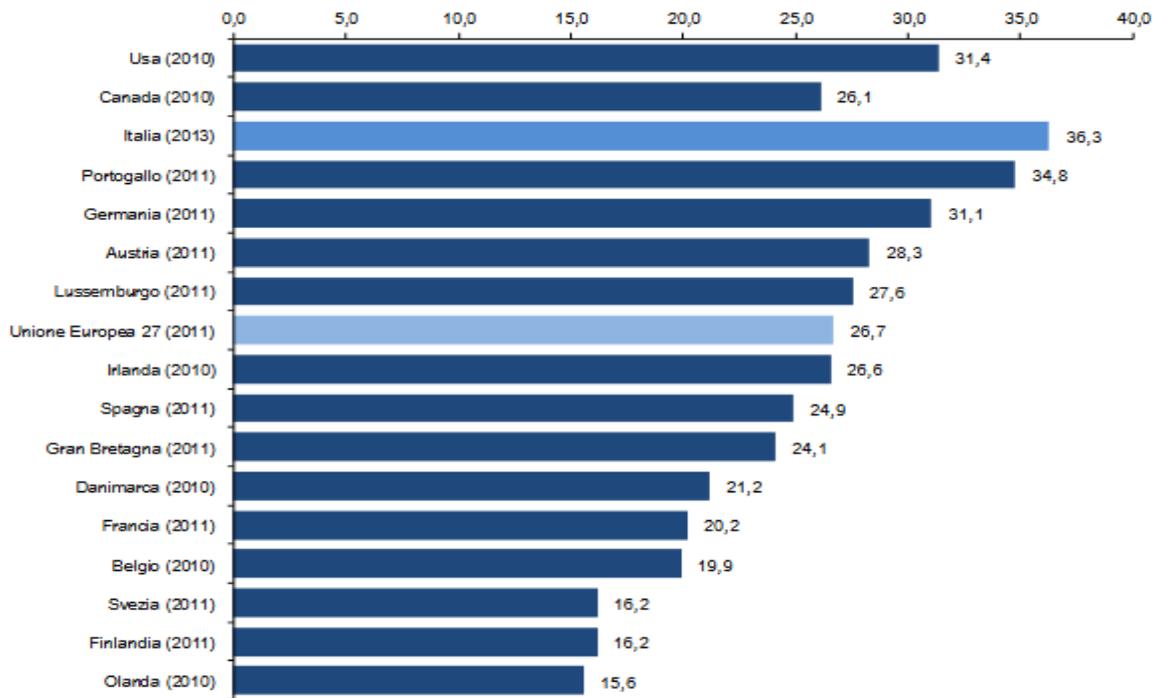
**Figura 3: percentuale dei tagli cesarei in Italia per area geografica, anno 1980-2013**



Fonte: Anni 1980-1998: Rilevazione delle nascite da fonte stato civile.  
Dal 1999: Elaborazioni ISTAT su dati del Ministero della Salute, schede di dimissione ospedaliera.

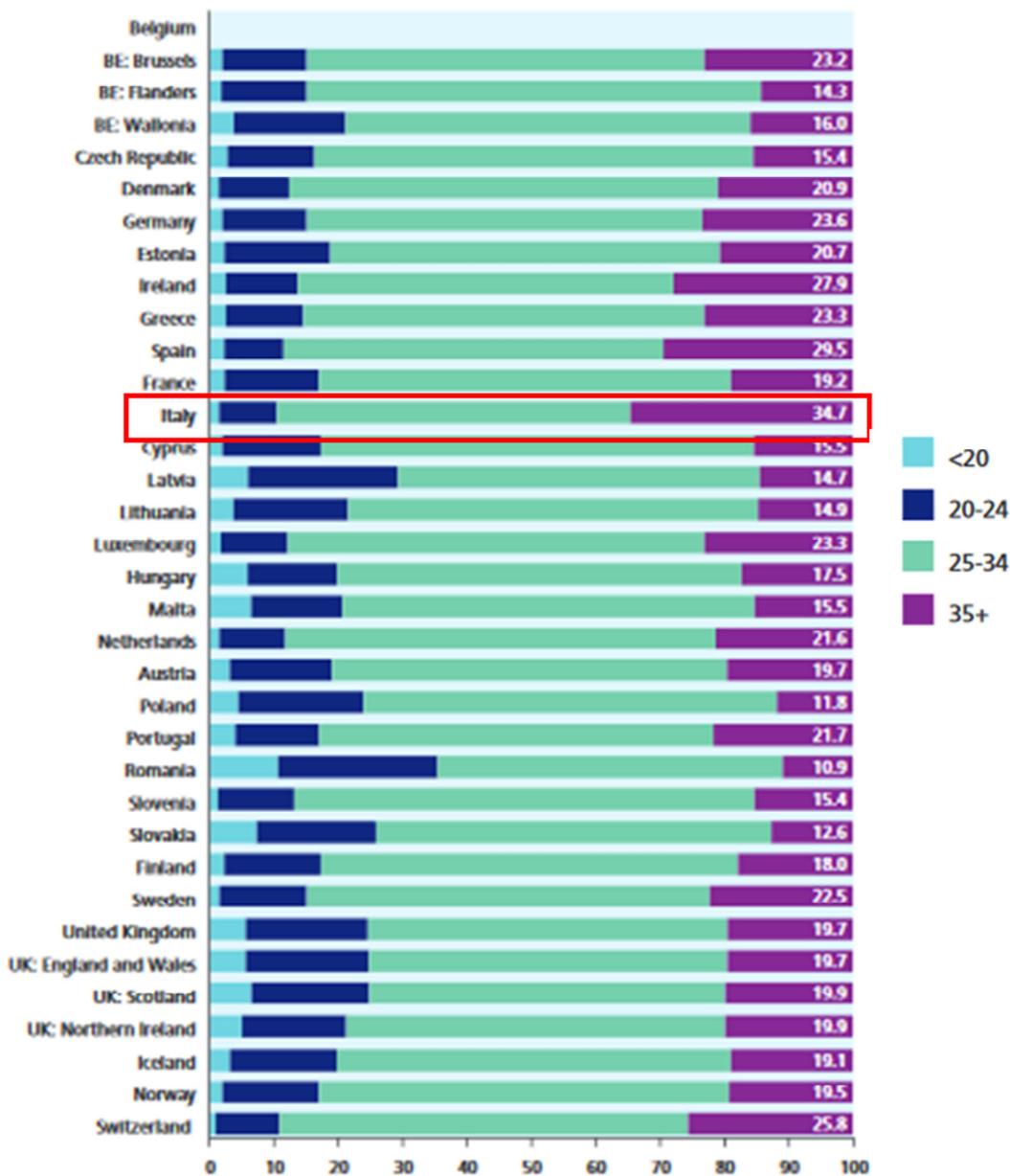
Oggi siamo stretti tra un primato europeo e quasi mondiale di TC (Figura 4), un declino preoccupante della fertilità, con l'età avanzata delle donne italiane al primo figlio in pole position: pur stigmatizzando la crisi economica in atto, abbiamo il dovere di riappropriarci di un rapporto preferenziale con la comunità dei pazienti delegato troppo superficialmente al solo primato tecnologico. (Figura 5 e 6). Eppure solo trenta anni fa il ricorso al taglio cesareo era assolutamente in linea con quello degli altri paesi europei (Figura 3), e partorire dopo taglio cesareo era la norma, mentre oggi è inversamente proporzionale ad esso.

**Figura 4: percentuale dei tagli cesarei nei pesi dell'Unione Europea, negli USA e in Canada**

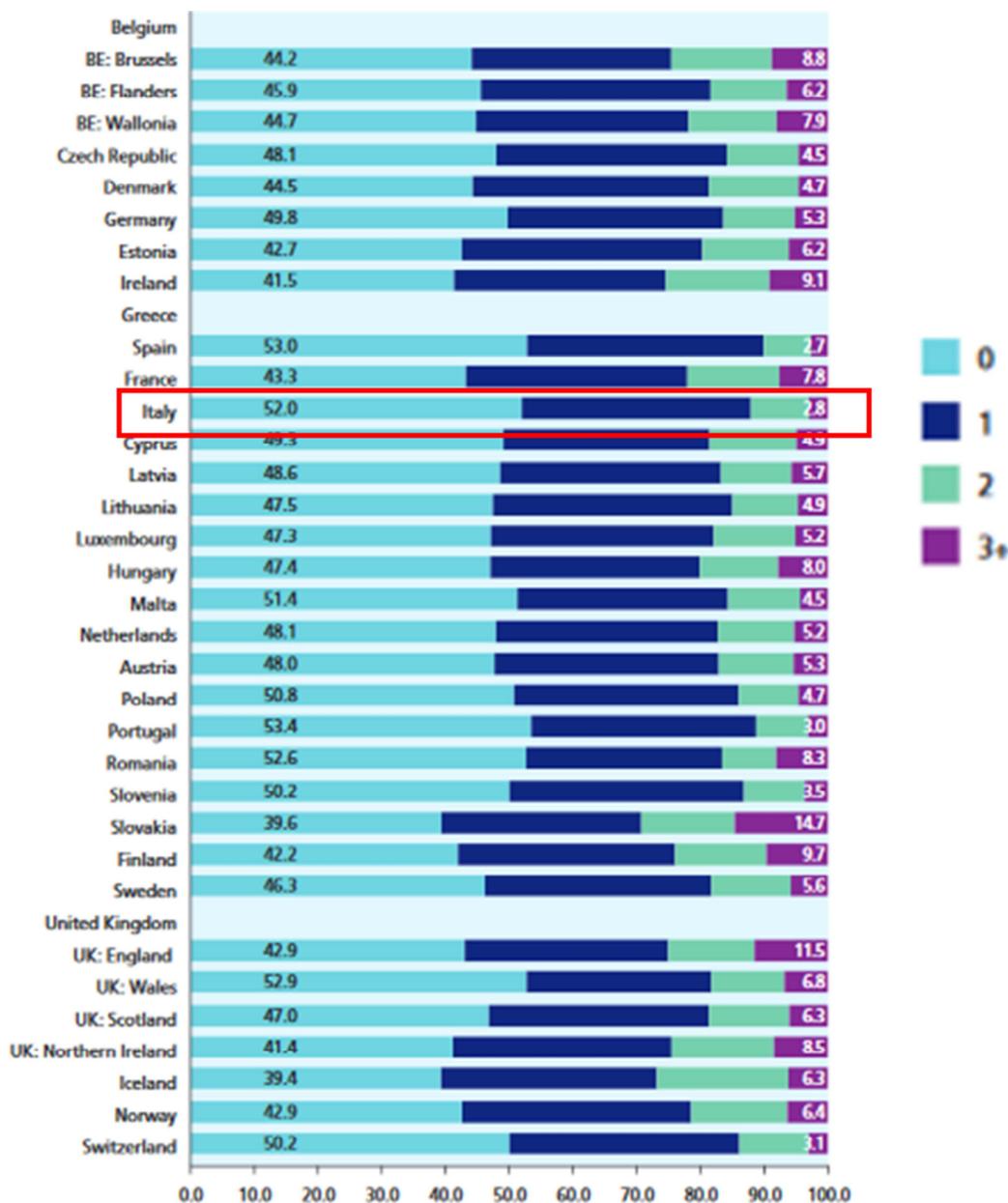


Fonti: Per l'Italia "Ministero della salute - Schede di dimissione ospedaliera 2013". Per gli altri paesi fonte OCSE: Health database. Per il dato (EU27) European Health for all database WHO.

**Figura 5: età materna al parto nei Paesi dell'Unione Europea (dati EUROPERISTAT 2010)**



**Figura 6: distribuzione della parità delle donne partorienti nei Paesi dell'Unione Europea (dati EUROPERISTAT 2010)**



**Che cosa è accaduto alle donne italiane?** Come hanno potuto accettare di diventare nella comunità dei paesi avanzati le più incapaci di affermare le proprie competenze procreative? Le più impaurite? Le più disinformate?

**Quali le cause reali, quale il ruolo dei curanti, e quali le azioni possibili ?**

I valori ippocratici di scienza e coscienza, la deontologia, la vicinanza ai principi della sussidiarietà e dell'etica, non possono vederci estranei al "momento più bello", anche se questo oggi è fonte di insicurezza pure per i professionisti coinvolti. D'altronde, a fronte della odierna rappresentazione del parto in ospedale, strutturalmente ancora molto simile a quello di alcuni decenni fa (con poche eccezioni), fuori dalle mura di presidi sempre più sguarniti e allo stesso tempo costosi, fuori dal perimetro (dell'autoreferenzialità) delle società scientifiche, fuori, nel mondo reale, la tipologia dei pazienti da tempo è cambiata. E in particolare si comincia a sentire la voce delle donne. Curiosamente, le donne che ancora scelgono in maggioranza bulgara (88%, grafico di diapo n. 9) lo specialista per le cure in gravidanza e al parto, sono poi le stesse che animano movimenti di denuncia contro la violenza ostetrica ([www.OVO.it](http://www.OVO.it)) che non possono, pur con tutti i distinguo, più essere ignorati. Infine il peso della ricerca e della letteratura

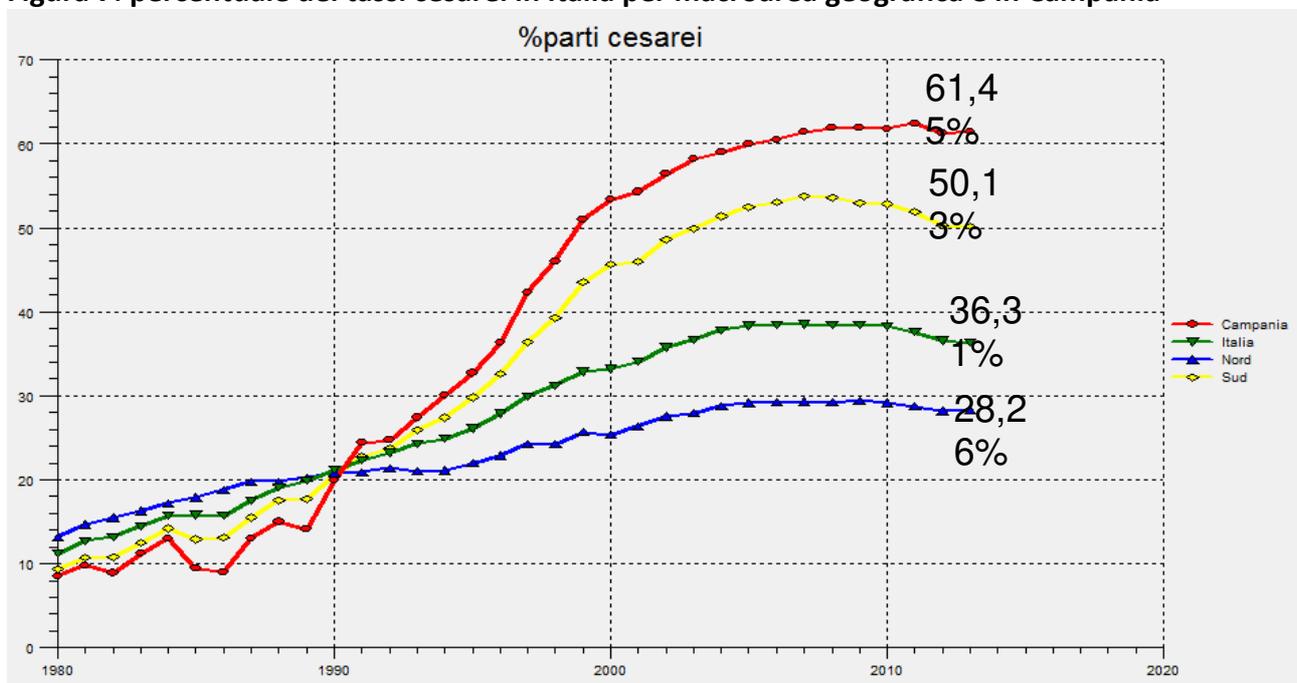
scientifico, molto spesso frutto di collaborazioni interprofessionali ed interdisciplinari, ci pone ogni giorno nell'esercizio della nostra professione di fronte agli outcome di un modello di assistenza in crisi, anche sul versante della finitezza delle risorse e della sostenibilità(www.Cost eubirth research).

Dalle corsie dell'ospedale S. Camillo sede del film di Luciano Emmer ci dividono **sessanta anni di storia e di progresso scientifico** che hanno cambiato quel mondo, e **composite generazioni di specialisti, diversificati luoghi della nascita, nuovi modelli di sostegno e nuove consapevolezze nelle donne che partoriscono**. A partire dagli anni del dopoguerra, soprattutto grazie alle battaglie delle donne, sono state realizzate conquiste legislative che hanno migliorato la loro vita e la loro salute, a partire da quella riproduttiva, a quella in gravidanza e sul lavoro. In seguito, con la spinta emancipazionistica, l'azione dei movimenti femminili si è indebolita e divisa proprio sui temi della maternità, considerati troppo funzionali alla storica esclusione delle donne dalla società. Queste ultime oggi sanno che forse l'opportunità di una gravidanza, a lungo pensata e procrastinata, molto probabilmente non si ripeterà, e per questo vorrebbero vivere al meglio una esperienza unica.

## I temi del Corso

I temi affrontati sono molteplici, e rispecchiano la realtà dell'attuale dibattito tra ricercatori, professionisti e consumatori a livello nazionale ed europeo. Sullo sfondo problemi geopolitici, legati alle disuguaglianze tra nord e Sud, testimoniati da una epidemia di cesarei nel Sud superiore ai tassi brasiliani e messicani: nel capitolo su TC vengono analizzati esempi di ricerca scientifica che parlano agli specialisti, al sistema sanitario e alle politiche, mostrando strategie e buone pratiche per un cambiamento possibile( **Figura 7**).

**Figura 7: percentuale dei tassi cesarei in Italia per macroarea geografica e in Campania**



## I Consulteri Familiari

D'altra parte il tema delle disuguaglianze appare più chiaro se si guardi al così tanto evocato "territorio", alle periferie, anche sanitarie. Quale destino hanno avuto queste strutture, originariamente emblema delle cure e del curare dal basso verso l'alto, di incontro con i problemi delle donne, dei giovani? Il capitolo sulla

Medicina del Territorio è visto con gli occhi della salute (negata) nel Mezzogiorno, non per demonizzarlo, ma per far emergere gli altissimi livelli di intervento, pur in assenza di risorse e di politiche efficaci, dei medici che sui consultori avevano scommesso scegliendo di lavorare nelle frontiere di una parte di paese spesso dimenticata.

**I luoghi della nascita:** per la prima volta dopo millenni avviene uno storico passaggio dalla casa all'ospedale. Ma già alcuni decenni dopo, questo passaggio mostra aspetti critici, strutturali e culturali, che richiedono altre sfide, ripensamenti, progettazioni; segnalando, insieme alla necessaria centralità della donna, nuove acquisizioni e ricerche che fanno vacillare il dogma della ospedalizzazione del parto come modello unico di sicurezza e sostenibilità. Nel relativo capitolo cerchiamo di fornire un aggiornamento sulla cultura e la ricerca relativa ai luoghi della nascita, e ne abbiamo fotografato gli effetti nel nostro paese.

**La trasformazione del corpo in gravidanza :** ovvero la metamorfosi del corpo femminile, un intreccio di anatomia e fisiologia, di endocrinologia, meccanica e psiche, ma anche di affinamento di relazioni e reazioni, di **pazienza , com-passione, di clinica e rispetto**. Viene sottolineata **l'importanza della conoscenza della fisiologia, e non il contrario**, per un appropriato accompagnamento nel percorso di crescita.

### **L'applicazione degli ultrasuoni alla Medicina : L'ecografia in gravidanza**

*«Nessuna tecnica medica del passato è stata gravida di conseguenze sulla percezione quotidiana delle donne fertili come l'ecografia: né l'apparecchio per la TAC, né lo sfigmomanometro e neppure il cardiocografo. Analisi chimiche e biologiche come il test di gravidanza e quello per l'epatite o l'analisi del sangue e delle urine non creano immagini. Lo sfigmomanometro o il saccarinometro provocano, in gruppi limitati di pazienti, sensazioni ma nessuna immagine. La TAC o la RM per il momento sono applicate solo a pochi individui con una patologia particolare. Invece con l'ecografia l'immagine ha una duplice, eccezionale pregnanza: il potere somatogeno di una tecnica specifica e la produzione di un bisogno psicosomatico a partire dalla sintesi tra carne e cibernetica, nell'era di Windows. L'affetto di una donna incinta per il nascituro si indirizza a un corpo tanto fittizio quanto oggettivo: nell'interazione dello sguardo con il fantasma all'interno del proprio corpo la sensibilità degli organi percettivi si affievolisce, fino a paralizzarsi. Di più: ciò che la donna vede e il suo ginecologo interpreta come bambino appare sullo schermo tra due assi cartesiani graduati sulla media statistica di una classe di feti. La "massa misurata" con scrupolosa precisione, che viene raffigurata come il suo bambino, è una raffigurazione registrata, controllata e tecnicamente gestita di un corpo, la cui deviazione dalla norma, o coincidenza con la norma, è stabilita in precedenza alle coordinate prescelte». (Barbara Duden, *I geni in testa e il feto in grembo*, Bollati Boringhieri, Torino 2006).*

Come rileva una osservatrice esterna, la storica Barbara Duden, l'utilizzo delle onde elettromagnetiche in Medicina e poi in Ostetricia, ha contribuito ad uno spostamento all'esterno del corpo delle donne dei segni e della percezione della gravidanza. La descrizione della costruzione cibernetica dell'immagine del proprio figlio oramai informa e permea la nostra cultura, in un crescendo che allontana sempre più le donne, ma anche i medici, dai corpi. Eppure l'ecografia in gravidanza ha degli indubbi vantaggi, ed altrettante, chiare indicazioni. Permangono però delle domande, anche ai medici non specialisti del settore, ed in particolare quella che almeno una volta ognuno di noi ha formulato: perché tante ecografie in una gravidanza a basso rischio? Per questo è interessante un excursus che dalle evidenze scientifiche riproponga ed informi sulle raccomandazioni per un utilizzo appropriato.

**Il dolore del parto**, che nel senso comune è da sempre associato alla paura, nel cui nome, a partire dalla psicoprofilassi ostetrica, si è progressivamente passati all'anestesia locoregionale, all'aumento vertiginoso dei TC, al diffondersi della Medicina Difensiva, nella cornice di continue ridefinizioni degli standards ospedalieri (strutture, trasporti, capienza).

### **L'evoluzione antropologica e il ruolo del perineo: conoscerlo per preservarlo**

La conoscenza del perineo, una struttura muscolo fasciale di sostegno sede delle funzioni primordiali legate alla continuazione della vita, come minzione, defecazione, concepimento, passaggio del feto alla nascita, ma anche luogo di istinti di sopravvivenza, paura, piacere, ecc, è generalmente molto scarsa anche durante gli studi di Medicina. Promuoverne la conoscenza, collegare le funzioni vitali alla procreazione, può

contribuire ad avvicinare la popolazione femminile, e anche medica, alla normalità di una funzione che le donne hanno il privilegio di compiere da milioni di anni.

**La fisiologia del travaglio**, la base dell'approccio alla nascita, che tutti i medici hanno studiato, ma che potrebbe scomparire come realtà per i curanti e come esperienza di normalità nelle donne. Oggi vengono riproposti alla luce della ricerca scientifica i **reali tempi della attesa e le dell'aiuto utile affinché si compia l'attraversamento del canale del parto**.

**L' Ossitocina**. Nell'omonimo capitolo, si ritorna a parlare dell'ormone conosciuto da più generazioni di ostetrici - e di donne - solo per il suo uso esogeno nella induzione/accelerazione del travaglio e non, come nel nostro aggiornamento, per i suoi effetti **di sostegno naturale al parto, alla maternità ed al benessere nella relazione madre bambino**.

**La mortalità legata all'evento parto**, mortalità materna e neonatale: dalla febbre puerperale alla metrorragia del postpartum un filo rosso nella storia dell'assistenza. Il progresso scientifico, se ci ha permesso di ridurla drasticamente nei paesi sviluppati, non potrà mai eliminarla del tutto. I reports internazionali ci pongono di fronte ad un pericoloso ritorno, in alcuni casi, del suo spettro, anche in paesi avanzati. Ne parliamo per dare conto della strategia messa in atto nel Paese per fronteggiare quotidianamente il fenomeno: **la sorveglianza ISS-Regioni ([www.iss.it/itoss](http://www.iss.it/itoss))**, un approccio epidemiologico appropriato, una informazione aggiornata, un collegamento e un monitoraggio nazionale.

**La professione ostetrica** : una antica disciplina che a partire dagli anni 80 del secolo scorso sembra sia **scomparsa dagli insegnamenti e non più coltivata come skills nelle sedi di formazione** nel nostro paese. E' ancora possibile un ritorno al futuro? Dai paesi in cui la pratica ostetrica non è mai stata abbandonata possono arrivare suggerimenti formativi e buone pratiche .

**Il futuro della fertilità e della procreazione**, legato a strategie di prevenzione, informazione, cambiamento di paradigmi nei confronti di cultura e responsabilità nella procreazione, più che alle sole tecniche di riproduzione assistita.

### **La prospettiva salutogenica nel promuovere la normalità della nascita.**

Come sostenere la normalità della nascita e migliorare il benessere dei protagonisti, in questo caso madre e bambino? In questa sezione la teoria salutogenica di Antonosky viene utilizzata come strumento base per affrontare e superare i differenti life events, sia quelli positivi che hanno a che fare col benessere e con la qualità di vita, sia quelli negativi che potrebbero interferire con il futuro sviluppo. L'accudimento ricevuto dai genitori o dai curanti, un ambiente particolarmente supportivo conducono alla capacità di comprendere gli eventi dell'esistenza e attrezzarsi ad una positiva esperienza di vita.

### **La shared decision making, ovvero come arrivare alla scelta medica condivisa attraverso la comunicazione , la responsabilità e la decisione**

In un tempo in cui la relazione di cura e di fiducia tra curanti e curati appare così minata, diamo conto in questo Corso di un processo, frutto di studi ed esperienze interdisciplinari che coinvolgono **aspetti etici e deontologici**, che mette di fronte, in un **rapporto paritetico, le scelte, i bisogni delle donne e d'altra parte il ruolo del curante, i suoi limiti, le sue responsabilità**.

Un dialogo, ma anche un percorso in cui ognuno dei due imparerà qualcosa, rinuncerà a qualcosa, ma insieme comporranno una scelta comune, che verrà accompagnata e sostenuta fino in fondo.

**La cornice politico istituzionale**: il modello che abbiamo ereditato e costruito nei decenni, fino al recente accordo Stato Regioni, il Partorire in Sicurezza con l'attenzione focalizzata preminentemente alla

sicurezza legata ad una redistribuzione delle strutture ospedaliere declinate in livelli crescenti di intensità di cure, che necessita, a nostro parere, di uno sguardo più ampio.

*Tutti temi che si sviluppano intorno a due fondamentali tematiche: arrivare a comprendere, e se possibile contribuire a superare, il **clima di paura-rischio** che negli ultimi decenni da una parte ha paralizzato le donne italiane e dall'altra ha allontanato la classe medica da questo momento da sempre così vicino alla loro professione.*

*In secondo luogo uno sguardo al ruolo che non solo la comunità scientifica con le sue varie diramazioni, ma anche i sistemi politico decisionali (governo, ministero, istituti sanitari) hanno avuto e possono avere in futuro nel superare cruciali aspetti della crisi in ambito riproduttivo , di cui le più importanti sono la **denatalità** e il **primato dei TC**.*

*Abbiamo colto la opportunità di un Corso di aggiornamento per tutti i medici perché riteniamo possa costituire l'inizio di una svolta culturale e formativa capace di recepire tutti gli aspetti scientifico culturali e sociali in atto. Questi aspetti ci riguardano, ci dovrebbero preoccupare e meritano approfondimenti e coinvolgimenti.*

---

## Tra sicurezza e sostenibilità , quanto è efficace il nostro modello di sicurezza?

In alcuni paesi d'Europa sono in vigore politiche molto più accoglienti verso la maternità, la famiglia, e la salute riproduttiva: differenti luoghi della nascita in discussione, in cambiamento e a sostegno delle donne. Senza voler guardare alla diversificazione–anche per valutazioni economiche- dei luoghi in UK, è interessante osservare il case study della vicina Catalogna: è in atto un'azione di superamento della cultura del rischio, con un modello che sostiene la normalità della nascita e mette la donna al centro della organizzazione dell'assistenza, conferendo attenzione a curanti e curati (**The Normal Childbirth Programme in Catalonia , NCP**).

## Quanto il nostro modello di sicurezza ci rassicura? Fare meno per ottenere di più

I problemi della sostenibilità sono all'ordine del giorno: lo sa chi quotidianamente vive l'ossimoro di politiche sanitarie in cui si taglia per ottimizzare le cure, sottraendo, ai pochi che resistono nelle strutture pubbliche, tempo prezioso alla relazione. Questo circolo vizioso si può interrompere con una equa distribuzione delle risorse : non solo dalla OMS ma anche dalla vicina Europa, per il tramite della prestigiosa rivista Lancet ([Lancet series about Maternity and Childbirth, http://www.thelancet.com/series?startPage=2](http://www.thelancet.com/series?startPage=2)) ci viene ricordata da una parte la schizofrenia della progressiva negazione di strumenti essenziali per la cura, come il tempo (i tempari!), e dall'altra dell'overtreatment, che in alcune aree del mondo, nei paesi avanzati fa sì che si intervenga troppo, e troppo presto, laddove in altri luoghi in via di sviluppo si interviene troppo poco e troppo tardi. Il futuro delle cure alla nascita dovrà ricominciare da qui.

## Obiettivi e nuove sfide per il futuro

- 1)La trasformazione anche strutturale dei luoghi delle cure
- 2)L'ascolto della voce delle donne

3) Quale Formazione in Medicina per una professione scelta in maggioranza da donne

*Il futuro delle cure, e del "partorire in sicurezza", si misurerà anche su quanto la formazione medica sarà stata capace di trasmettere la centralità del fenomeno nascita nella società.*