



Regione Lombardia
Sanità

O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna



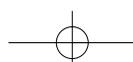
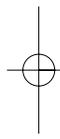
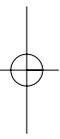
**World Health
Organization**



**The Partnership
for Maternal, Newborn
& Child Health**

LA SALUTE MATERNO-INFANTILE: IL PARTO CESAREO

Informazioni utili



LA SALUTE MATERNO-INFANTILE: IL PARTO CESAREO

Perché una pubblicazione sul parto cesareo

La salute materno - infantile è un tema inserito nelle agende politiche a livello nazionale ed internazionale. I dieci milioni di morti ogni anno legati al parto e durante la prima infanzia nel mondo, si potrebbero evitare grazie alle conoscenze cliniche attuali; tuttavia, la mancanza d'informazione tra le donne, l'insufficiente volontà politica nell'applicare alti standard e le scarse risorse finanziarie rappresentano delle enormi barriere per il raggiungimento di questo obiettivo. Secondo il rapporto dell'UNDP (United Nations Development Programme), in Africa la percentuale di donne che muoiono a causa di complicazioni insorte durante la gravidanza o al momento del parto è una ogni sedici, mentre in Italia, secondo l'ISTAT, la percentuale si abbassa a 3 ogni 100.000 donne. Nonostante l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomandi alle Istituzioni di proteggere tramite politiche e programmi pubblici i diritti umani delle donne (primi fra tutti il diritto alla salute e i diritti sessuali e riproduttivi), sussistono ancora gravi problemi di disuguaglianza e discriminazione.

Un basso tasso di mortalità materna non è necessariamente sinonimo di un adeguato livello dell'assistenza durante la gravidanza ed il parto. Infatti, fattori clinico - assistenziali ed organizzativi fra cui la mancanza di un'adeguata comunicazione tra professionisti, l'incapacità di valutare la gravità del problema, la diagnosi non corretta, possono aumentare l'esposizione al rischio di morbilità e mortalità materna.

Considerando che la modalità con cui la donna partorisce può influenzare la sua salute e quella del suo bambino, questa pubblicazione nasce con l'obiettivo di dare informazioni sul parto tramite taglio cesareo al fine di sensibilizzare la popolazione sui vantaggi e sugli svantaggi di questo intervento. Anche se partorire è un processo naturale, esistono condizioni mediche o di urgenza che possono motivare un intervento chirurgico come il cesareo. La qualità e l'accesso ai servizi sanitari così come i fattori sociali, emozionali e psicologici possono influire sulla scelta del tipo di parto.

Questi temi sono estremamente attuali in quanto non solo in Italia ma anche a livello internazionale il numero di tagli cesarei è aumentato significativamente negli ultimi decenni, soprattutto nei paesi con reddito pro capite medio e alto. In molti paesi del Sud America la proporzione di parti espletati

per via addominale arriva al 40%. Negli Stati Uniti il tasso di taglio cesareo ha raggiunto nel 2006 il 31,1% e le più recenti stime provenienti da diversi paesi europei mostrano tassi al di sopra del 30%. L'Italia è uno dei paesi europei con il tasso più alto, più del 38% delle nascite avviene con taglio cesareo. Di particolare interesse risultano essere le controversie che riguardano il parto cesareo quando non ci sono indicazioni mediche e l'intervento viene eseguito su richiesta della donna. Questa pubblicazione vuole informare la popolazione sui vantaggi e sugli svantaggi di questa modalità di parto.

Francesca Merzagora,
 Presidente O.N.Da
 Osservatorio Nazionale
 sulla salute della Donna

Carlo Lucchina,
 Direttore Generale
 Assessorato alla Sanità,
 Regione Lombardia

Che cos'è il taglio cesareo

Il taglio cesareo è un intervento chirurgico addominale e come tutti gli interventi chirurgici, comporta dei rischi. Secondo la United Kingdom Confidential Enquiry sulle morti materne i parti cesarei non motivati da una situazione di emergenza o da una necessità clinica presentano la possibilità 2.84 volte maggiore di morte materna rispetto ad un parto vaginale. Questo dato suggerisce che quando il tasso di parto tramite taglio cesareo aumenta oltre i livelli clinici necessari, i rischi possono superare i benefici.

Fig 1: Mamme e bambini, A4H collezione di Elisabetta Farina, 2007.



Perché viene praticato

Nella maggior parte dei casi la decisione di realizzare un parto vaginale od un taglio cesareo è determinata dalle esigenze sanitarie della mamma o del bambino. Esistono però altri fattori che possono influenzare tale scelta: la presenza o meno di un supporto continuo durante il travaglio, l'assistenza ostetrica, medica e tecnologica durante il parto ed il tipo di struttura del punto nascita. Nonostante il taglio cesareo oggi sia più sicuro rispetto al passato, rappresenta un intervento chirurgico vero e proprio legato quindi a possibili rischi per la madre ed il bambino rispetto al parto vaginale.

Oggi giorno, il parto tramite taglio cesareo viene praticato principalmente in tre situazioni:

- **Necessità clinica:** *Quando durante la gravidanza si evidenzia clinicamente la necessità di praticare un taglio cesareo (medicalmente programmato).*
- **Situazione di emergenza:** *Quando le circostanze durante il travaglio del parto obbligano a far nascere il bambino (intervento d'urgenza).*
- **Scelta personale:** *Quando sulla base di una scelta fatta dalla donna o dal medico, si pratica il taglio cesareo, come un intervento elettivo, senza l'esistenza di una situazione di rischio clinico per la madre e/o il bambino.*

a. Necessità clinica: intervento medicalmente programmato

Un taglio cesareo è indicato quando esiste un rischio significativo per la salute della madre o del bambino prima o durante il parto. In questo caso il medico può raccomandare l'uso del taglio cesareo e programmare questo intervento chirurgico. Le principali ragioni cliniche per l'esecuzione di un taglio cesareo sono le seguenti:

- *Distocia o sproporzioni tra dimensione del feto e delle pelvi della madre;*
- *Presentazione anomala del feto ad esempio con la spalla o con la fronte;*

- *Gravidanza gemellare;*
- *Sofferenza fetale acuta e prolasso del cordone ombelicale;*
- *Gravidanza con ipertensione severa (preeclampsia, eclampsia);*
- *Placenta previa (la placenta si stacca dalla sua sede e si posiziona nella parte bassa dell'utero) e abruptio placentae (distacco intempestivo della placenta);*
- *Malattie infettive della madre come HIV e Herpes genitale che contagerebbero il nascituro;*

b. Situazione di emergenza: intervento d'urgenza

Fino a quando la madre ed il bambino stanno bene non vi è alcuna ragione medica per decidere di praticare il taglio cesareo. D'altro canto, anche se una gravidanza è stata seguita appropriatamente, è possibile che si presentino anomalie nella progressione del travaglio o situazioni di rischio che conducano il medico a decidere di praticare un taglio cesareo, ad esempio nei casi in cui la madre stia avendo una forte emorragia o il bambino non stia ricevendo sufficiente ossigeno.

c. Scelta personale

Una delle problematiche più frequentemente discusse in relazione al parto cesareo è la situazione in cui un taglio cesareo viene eseguito per scelta della donna senza una specifica indicazione medica. A questo proposito la posizione della Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia (FIGO), che include associazioni professionali di ostetrici-ginecologi a livello mondiale, afferma che: "...un intervento chirurgico eseguito senza un'indicazione medica non rientra nei canoni della migliore pratica medica. Un taglio cesareo dovrebbe essere eseguito solo

quando indicato al fine di migliorare il benessere della madre e del neonato e migliorare l'esito della gravidanza ". Nonostante la donna possa decidere liberamente quale modalità di parto effettuare la tipologia dei servizi offerti dal medico o dalla realtà clinico assistenziale con cui si confronta possono condizionarne la scelta. Infatti diversi stili di pratica medica considerano il taglio cesareo come la modalità migliore per partorire.

Secondo una prima impressione comune al giorno d'oggi per motivi di lavoro o di età molte donne sembrano maggiormente decise a scegliere il taglio cesareo. In realtà l'opinione comune che siano le donne a scegliere il taglio cesareo non è concorde con i dati raccolti da autorevoli sondaggi. Lo studio Istat (2006) rivela che le donne preferiscono ancora partorire in modo spontaneo (87.7%). Inoltre emerge che non sono solo le donne sopra i 35 anni quelle che vengono sottoposte a taglio cesareo, ma anche il 32.9% delle donne in età tra 25-29 anni.

La Ricerca riporta inoltre che una forte componente della scelta sia determinata dalla tipologia di struttura sanitaria a cui ci si rivolge, il 56.9% dei tagli cesarei viene effettuato in strutture private mentre solo il 33,3% nelle strutture pubbliche. Molti cesarei sono determinati probabilmente da un'eccessiva cautela da parte dei medici, specialmente nei casi in cui la struttura sanitaria non è adeguata. Dato che la maggior parte degli ospedali non tutelano il medico in caso di complicanze, i medici preferiscono il cesareo per evitare problemi legali nel caso si verificasse qualche complicazione e inconveniente durante il parto. Non tutti gli ospedali possono fornire infatti un tale livello di sicurezza e non tutto il personale ostetrico è disponibile ad affrontare un aumento del rischio personale.

Un'efficiente struttura sanitaria dovrebbe disporre di un'organizzazione adeguata, di risorse umane esperte e disponibili, di un'equipe chirurgica e neonatologica per garantire livelli di sicurezza di fronte ad un'emergenza nel corso di un parto. La ricerca e i dibattiti sulla correlazione tra l'elevata percentuale di tagli cesari e l'adeguatezza della

Quali sono le possibili complicazioni dopo un cesareo

struttura sanitaria sono temi ancora poco chiari, ma che a livello regionale stanno iniziando ad essere studiati.

Rispetto al parto vaginale, il taglio cesareo può incrementare i rischi per la donna. Oggigiorno molte donne scelgono il taglio cesareo perché temono il dolore del travaglio o del parto, non prendendo in considerazione le complicazioni che potrebbero minacciare la loro salute e la possibilità di future gravidanze.

a. Ricovero dopo il parto

Come più volte ricordato, il taglio cesareo è un intervento chirurgico e come tale può presentare diverse complicanze. In generale, una donna che ha sostenuto un cesareo ha spesso un tempo di ricovero più lungo rispetto ad una donna che ha avuto un parto vaginale a causa del monitoraggio post-chirurgico che deve essere praticato. Una donna che ha partorito con taglio cesareo rimarrà in ospedale in media 3 o 4 giorni, mentre una donna che ha partorito per via vaginale 1 o 2 giorni.

Analogamente, una donna che ha avuto un cesareo è più a rischio di presentare emorragie ed infezioni all'utero e alla ferita rispetto ad una donna con parto naturale. Seppur raramente durante l'intervento o nel decorso postoperatorio possono sopraggiungere complicanze anche molto gravi quali lesioni di strutture in prossimità dell'utero (ad esempio danno vescicale), lesioni dell'utero o malattia trombo embolica. I dolori post intervento sono generalmente maggiori dopo taglio cesareo rispetto al parto naturale e può essere necessaria la somministrazione di un maggior quantitativo di farmaci antidolorifici o di antibiotici nel caso di infezioni.

b. Possibilità di allattare

L'allattamento al seno è il modo più naturale di alimentare un bambino. Purtroppo una madre che ha avuto un parto cesareo può avere maggiori difficoltà nell'intraprendere e nel proseguire l'allattamento rispetto ad una donna che ha avuto un parto naturale, poiché in alcune circostanze l'allattamento al seno avviene tardivamente.

Ci sono alcuni aspetti che una donna deve conoscere sull'allattamento dopo un taglio cesareo:

- a) È possibile allattare subito dopo la nascita;*
- b) È possibile allattare subito se si riceve l'anestesia epidurale piuttosto che un'anestesia totale;*
- c) L'ostetrica può consigliare alla neo mamma la posizione più indicata per allattare il bambino senza peggiorare la sintomatologia dolorosa legata alle ferite chirurgiche;*
- d) Antidolorifici e antibiotici possono avere un effetto negativo sul latte materno. La scelta di farmaci non nocivi alla madre e al bimbo durante l'allattamento deve essere fatta da personale medico competente;*
- e) Mantenere l'allattamento. Anche se il cesareo può lasciare la madre esausta, è comunque fondamentale per il bambino ricevere la poppata ogni due o tre ore.*

c. Futura gravidanza

Le cicatrici chirurgiche sull'utero possono portare ad una minore elasticità dell'organo stesso che può essere in difficoltà nell'accogliere una successiva gravidanza. La placenta, che cresce in un utero con una o più cicatrici causate da un cesareo precedente, può non fornire un adeguato livello di ossigeno e di nutrienti per lo sviluppo del feto. Anche se una donna non pensa di avere un altro bambino, questi rischi devono essere comunque considerati poiché in futuro potrebbe desiderare una seconda gravidanza o decidere di portare a termine una gravidanza non pianificata.

**Accesso
al taglio cesareo
nei paesi
industrializzati
e nei paesi in via
di sviluppo**

Gli indicatori relativi alla salute riproduttiva continuano a mostrare grandi differenze fra i paesi più industrializzati e quelli a basso indice di sviluppo; 530.000 donne e 4 milioni di neonati muoiono ogni anno a causa di complicazioni legate alla gravidanza e al parto. Il 99% di queste morti, quasi tutte potenzialmente prevenibili, si verificano fra le popolazioni dei paesi più poveri dell’Africa e dell’Asia dove c’è uno scarso accesso ai servizi di salute materno infantile. Per esempio, mentre in Europa e Nord America molti paesi presentano tassi di tagli cesarei che raggiungono o superano il 30%, in tutta l’Africa il tasso di taglio cesareo si mantiene mediamente attorno al 4%, con picchi negativi dello 0.4% in Ciad, dello 0.7% in Burkina Faso e dell’1% in Etiopia e Nigeria (Fig.1). Questi dati mostrano che, mentre nei paesi ricchi la discussione verte sulle ragioni e sulle conseguenze dell’eccessivo uso del taglio cesareo includendo discussioni sull’opportunità di eseguire cesarei in assenza di indicazioni mediche, in Africa a molte donne viene ancora negata la possibilità di ricorrere al taglio cesareo in condizioni di rischio o emergenza, quando la chirurgia sarebbe l’unica possibilità di salvare la vita della madre e/o del nascituro.

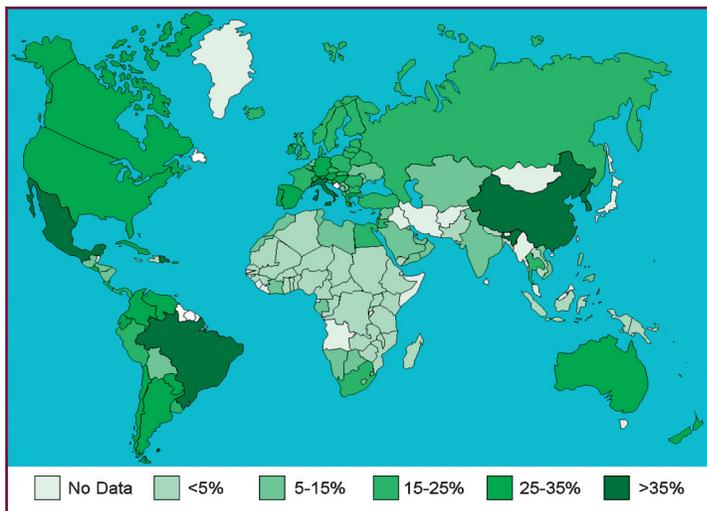


Fig 2: Tassi di tagli cesarei nel mondo

Fonte: Dati da “Betrán AP et al. Rates of caesarean section: analysis of global and regional and national estimates. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2007;21(2):98-114”.

Il tasso di taglio cesareo in Italia

Queste considerazioni giustificano l'importanza del dibattito in corso a livello internazionale su quale sia il tasso appropriato di incidenza del taglio cesareo. Nonostante anni di ricerche e discussioni il tema è sempre attuale: quanti cesarei sono troppi e quanti troppo pochi? Vari studi hanno indicato un tasso del 5% come percentuale minima per far fronte alle emergenze più gravi e potenzialmente letali per la madre. Per quanto riguarda il limite massimo si fa ancora riferimento ad una raccomandazione emanata da un convegno di esperti organizzato dall'OMS nel 1984 che presuppone che tassi più elevati del 10-15% non abbiano una giustificazione dal punto di vista medico.

Il Ministero della Salute italiano, sulla base dell'analisi demografica ed epidemiologica della popolazione femminile italiana e dei relativi comportamenti riproduttivi, ha raccomandato di non superare la soglia del 20% di parti cesarei.

% Parti Cesarei

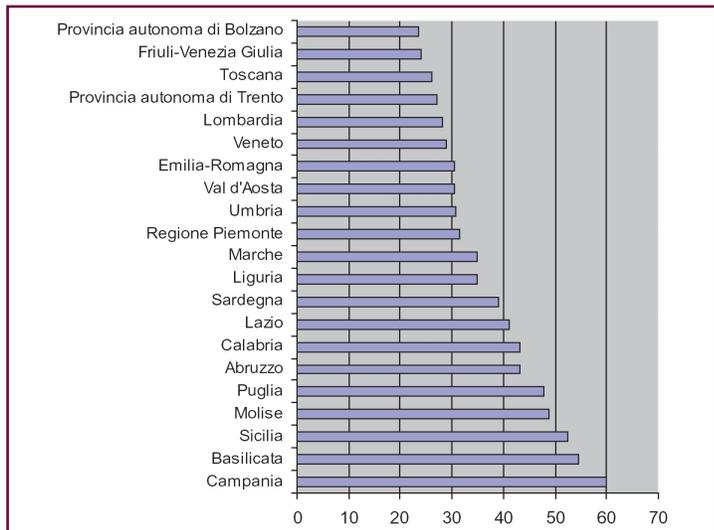


Gráfico 1: Tasso di tagli cesarei in Italia

Fonte: Rapporto Salute materno-infantile, Osservasalute, 2008

Le iniziative del Governo italiano

In Italia il numero di parti effettuati mediante cesareo è aumentato passando dal 29,9% nel periodo 1999-2000 al 35,2 % nel periodo 2004-2005 (Istat). Nel 2007 le prime stime effettuate dal Ministero della Salute riportano il 39,27% di parti cesarei. Il tasso di parti cesarei in Italia ha una grande variabilità interregionale, soprattutto con un forte gradiente Nord – Sud a sfavore di quest'ultimo. Le Regioni che hanno un'altissima frequenza di tagli cesarei sono la Campania (60%), la Sicilia (52,4%), il Molise (48,9%), la Puglia (47,7%) e la Basilicata (54,4%). Valori significativamente inferiori (tra il 24% ed il 28%) si riscontrano a partire dalla P.A. di Bolzano, in Friuli V.G., in Toscana, nella P.A. di Trento ed in Lombardia .

Tra le iniziative principali assunte dal Governo italiano per tutelare la salute della donna durante il parto figurano:

- *Promuovere la naturalità del parto fisiologico e diminuire il ricorso al parto cesareo:*

Il governo si è proposto di “diminuire la frequenza dei parti con taglio cesareo e ridurre le forti differenze regionali attualmente esistenti, arrivando, entro il triennio, ad un valore nazionale pari al 20% in linea con i valori medi degli altri paesi europei, anche tramite una revisione del DRG relativo”. L'indicatore relativo all'incidenza dei tagli cesarei è stato posto quale oggetto di continua attenzione da parte del Ministero della Salute ed è stato introdotto anche tra quelli che costituiscono il “Sistema di garanzie per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria”, di cui al D.M. 12 dicembre 2001. Secondo i dati del Ministero della Salute, se il Governo italiano si ponesse l'obiettivo di ridurre la percentuale dei cesarei al 20%, ci sarebbero almeno 35.000 parti cesarei in meno. Tenendo conto che un parto cesareo, senza complicazioni, costa 1.000 Euro in più di un parto vaginale, e che il costo di un taglio cesareo con complicazioni, potrebbe costare il 30% in più di un taglio cesareo normale, il Servizio Sanitario potrebbe risparmiare circa 35 milioni di euro all'anno con una riduzione di quei parti con taglio cesareo che si praticano senza necessità clinica.

L'impegno dell'OMS per la salute della donna

12

- *Diffusione dell' anestesia epidurale nel parto:*

Il Comitato Nazionale di Bioetica, dal 2001, ha stabilito che tutte le partorienti hanno il diritto di conoscere le tecniche adeguate e di ricevere i servizi per gestire il dolore; questo diritto garantisce alla partoriente una scelta libera e consapevole sulle modalità di controllo del dolore. Anche se nel 2006 il Governo ha approvato l'anestesia epidurale nel parto come parte dei servizi del Sistema Sanitario Nazionale, l'incarico organizzativo e amministrativo è stato lasciato alle Regioni per la sua applicazione. Nel 2008 il Governo ha promosso una nuova legge per inserire l'anestesia epidurale nelle procedure totalmente rimborsate dal Sistema Sanitario Nazionale. L'epidurale non è però ancora compresa nei LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) del Sistema Sanitario Italiano in quanto non tutte le Regioni italiane hanno stanziato dei fondi ad hoc. Dal 2005 i parti con epidurale sono cresciuti, in Lombardia per esempio, c'è stato un aumento del 70% imputabile all'attribuzione di fondi specifici, purtroppo ancora in molte altre Regioni italiane non sono stati presi provvedimenti in tal senso. Si può quindi affermare che il diritto delle donne a partorire con meno dolore non è ancora pienamente garantito.

La tutela della salute sia in ambito materno sia in ambito infantile costituisce un impegno che assume una rilevanza strategica nel sistema socio-sanitario per il riflesso che tali interventi hanno sulla qualità della vita e sul benessere psico-fisico dei cittadini. Tuttavia ogni anno, più di 6 milioni di morti materne e neonatali potrebbero essere evitate se venissero implementati su larga scala interventi essenziali per la salute materno-infantile e per la nutrizione. Nei Paesi in via di sviluppo, la morte di una madre è particolarmente drammatica per la sua famiglia e per la società, poiché può potenzialmente aggravare la precaria situazione socio-economica di molte persone, portando maggiore miseria e problemi sociali.

Ogni anno più di 500.000 donne (1 donna ogni minuto) muoiono per cause legate alla gravidanza o al parto.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha individuato quale obiettivo primario il miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino; ridurre la mortalità infantile e migliorare la salute materna sono il quarto e il quinto degli otto Obiettivi del Millennio delle Nazioni Unite (Millenium Development Goals, MDG)¹.

Le differenze che si riscontrano a livello internazionale nell'utilizzo del taglio cesareo ci ricordano altri esempi di iniquità nella distribuzione delle risorse e nell'accesso ai sistemi sanitari. Basti pensare come la sovrabbondanza di cibo e la scarsa mobilità, alla base dell'epidemia di obesità tipica dei paesi industrializzati, contrastano con le immagini di carestia e malnutrizione che ancora ci giungono dai paesi più poveri. Dove le risorse sono più scarse, l'accesso al taglio cesareo diventa spesso un privilegio negato agli strati più poveri della popolazione e appannaggio delle sole classi più abbienti. Per esempio, uno studio condotto nel 2005 in Etiopia ha dimostrato che solo l'1% di tutti i parti avvengono per via addominale. Quando questo dato, già di per se preoccupante, venne disaggregato fra aree rurali e urbane, apparve evidente che la percentuale di tagli cesarei nelle città era del 9.4% mentre nelle campagne era di solo lo 0.3%. Un altro studio ha mostrato che in Uganda nel 2006 il tasso di incidenza del taglio cesareo fra le donne che hanno un titolo di studio era pari al 7.2% mentre scendeva all'1.9% fra le donne che non avevano potuto frequentare la scuola. Affrontare queste disuguaglianze è la sfida lanciata da Margaret Chang, direttore generale dell'OMS nel suo discorso di insediamento: "...quello che conta di più per me è la gente e due gruppi di persone in particolare. Voglio che ci si giudichi per l'impatto che avremo sulle condizioni di salute delle popolazioni dell'Africa e delle donne. Un miglioramento della salute delle popolazioni dell'Africa e delle donne è un indicatore chiave per misurare il successo dell'OMS".

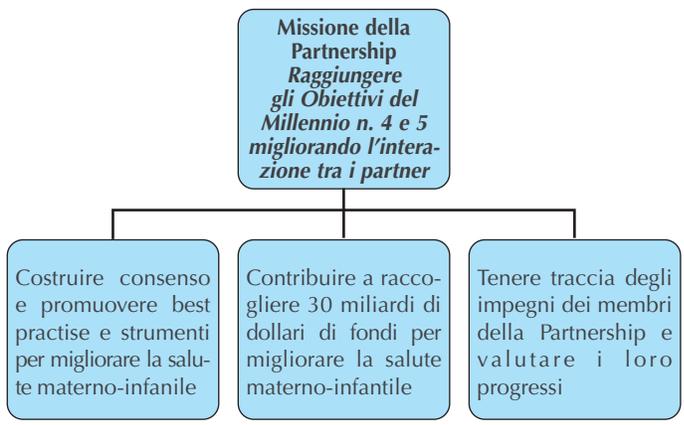
¹ MDG4 - Obiettivo 4. Ridurre la mortalità infantile. 4.A) Ridurre di due terzi, fra il 1990 e il 2015, la mortalità dei bambini al di sotto dei cinque anni
MDG5 - Obiettivo 5. Migliorare la salute materna. 5.A) Ridurre di tre quarti, fra il 1990 e il 2015, il tasso di mortalità materna; 5.B) Rendere possibile, entro il 2015, l'accesso universale ai sistemi di salute riproduttiva

L'OMS tramite il suo Dipartimento di Salute Riproduttiva e Ricerca e la Partnership per la Salute Materna, Neonatale e Infantile (PMNCH) sta sviluppando diverse attività a livello nazionale ed internazionale per allineare governi e sostenitori nel condurre azioni e mobilitare risorse per migliorare la salute materno-infantile.



La Partnership per la Salute Materna, Neonatale e Infantile (PMNCH)

La Partnership, creata nel 2005, riunisce più di 280 organizzazioni in tutto il mondo che lavorano insieme per il raggiungimento degli Obiettivi del Millennio n.4 e 5 delle Nazioni Unite (Millenium Development Goals) per la salute dei bambini e delle donne'.



Il piano strategico di lavoro 2009-2011 della PMNCH individua con i suoi membri sei azioni prioritarie:

AP1: Sistema di gestione della conoscenza della Salute Materna, Neonatale e Infantile

AP2: Interventi prioritari sul tema della Salute Materna, Neonatale e Infantile

AP3: Strumenti e mezzi per la Salute Materna, Neonatale e Infantile

AP4: Competenze delle risorse umane sulla Salute Materna, Neonatale e Infantile

AP5: Mobilitazione di risorse finanziarie per migliorare la consapevolezza sulla salute materno infantile

AP6: Monitorare gli impegni presi dai membri della Partnership e valutare i progressi effettuati in tema di salute materno-infantile

Per maggiore informazione e per contribuire al lavoro della Partnership, visita il sito: <http://www.who.int/pmnch/en/>

Mozioni approvate dal Parlamento italiano

A seguito del lavoro svolto in occasione del "1° Incontro istituzionale sulla Salute Riproduttiva: fattori critici della Salute Materno Infantile", promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), dalla Partnership per la Salute Materna, Neonatale e Infantile (PMNCH) e dall'Osservatorio Nazionale sulla salute della Donna (O.N.Da), con la partecipazione di un gruppo di parlamentari italiane, è stata approvata dal Senato italiano nel mese di giugno 2009 una mozione bipartisan su un appropriato ricorso al parto con taglio cesareo nel nostro Paese.

La mozione chiama il Governo, di concerto con le Regioni e le Province Autonome, ad intraprendere le seguenti azioni:

- *adeguarsi alle migliori Linee Guida già esistenti sul parto cesareo (indicazioni, rischi e benefici);*
- *promuovere l'appropriatezza del parto cesareo, attraverso l'utilizzo di strumenti informativi adeguati a rilevare tutte le informazioni possibili legate alla fase pre-natale, all'evento nascita e al monitoraggio ad un anno dalla nascita del bambino;*
- *rimuovere le barriere di accesso all'assistenza per il completo percorso nascita;*
- *promuovere l'introduzione e lo sviluppo degli strumenti di audit e feedback, efficaci e adattabili alle diverse realtà regionali (in termini anche di software per il calcolo degli indicatori, manuali e schede per le attività di audit), che permettano di identificare variabili che sono importanti per controllare alcune delle cause dell'elevato ricorso al taglio cesareo (dati epidemiologici, percentuali di tagli cesarei elettivi e ripetuti, richieste di tagli cesarei da parte delle donne);*
- *promuovere iniziative legislative per limitare il fenomeno del condizionamento dei medici, dovuto ai rischi penali connessi allo svolgimento del proprio lavoro, nella scelta dei trattamenti da intraprendere;*
- *fornire consulenze e distribuire materiale informativo alle donne gravide sui corsi pre-parto, sui vantaggi e svantaggi del parto cesareo, sul tipo di intervento, sui*

rischi ed i benefici e sulle implicazioni per le gravidanze future, da distribuire presso consultori ed ambulatori pubblici e privati;

- *intraprendere azioni al fine di garantire i requisiti minimi strutturali ed organizzativi nei luoghi dedicati alla gravidanza e alla nascita e la redazione di protocolli regionali vincolanti per l'assistenza neonatale;*
- *intraprendere azioni al fine di promuovere l'assegnazione di maggiori risorse alle autorità sanitarie regionali e agli ospedali per garantire l'epidurale gratuita ed accessibile alle donne come un diritto delle donne a partorire con meno dolore;*
- *promuovere misure e azioni volte a garantire a tutte le donne uguali opportunità nell'accesso a servizi completi di salute sessuale e riproduttiva, così come ad incrementare la loro consapevolezza sui loro diritti e sui servizi disponibili.*

Art for Health (Arte per la Salute)

Il progetto "Art for Health" (A4H) nasce dall'iniziativa del Dipartimento di Salute Riproduttiva e Ricerca dell'OMS e della Partnership per la Salute Materna, Neonatale e Infantile (PMNCH) nel Novembre 2006 in occasione del Congresso Mondiale della FIGO (Federazione Internazionale di Ginecologia e Ostetricia) e riceve immediatamente attenzione a livello internazionale grazie ad un articolo apparso sulla prestigiosa rivista scientifica "The Lancet".

L'obiettivo di A4H è quello di utilizzare l'arte per accrescere la consapevolezza delle disuguaglianze socio-sanitarie e della necessità di migliorare la salute riproduttiva e sessuale delle donne. Le opere di arte contemporanea commissionate per A4H sono state create per invitare il pubblico a relazionarsi con le donne ritratte allo scopo di sensibilizzare il maggior numero di persone sulla salute come diritto per tutti. Queste opere invitano anche a modificare l'immagine diffusa delle donne svantaggiate: non più mere vittime passive delle circostanze, ma figure proattive capaci e pronte a promuovere la propria salute e quella delle proprie famiglie.

Box 1: Obiettivi di Arte per la Salute (A4H)

Attraverso l'arte, il progetto A4H trasmette messaggi chiave sulla salute riproduttiva delle donne al fine di realizzare i seguenti obiettivi:

- *Aumentare la consapevolezza delle disparità a livello mondiale nella salute riproduttiva;*
- *Mobilizzare risorse per la salute delle donne e dei bambini nel mondo;*
- *Sensibilizzare il maggior numero di persone, anche al di fuori del settore scientifico, sulle tematiche inerenti la salute riproduttiva;*
- *Promuovere il concetto che anche le donne più svantaggiate possono essere partner capaci di lottare per migliorare le proprie condizioni di vita e di salute.*

Arte per la Salute in Italia

Nel 2006 all'artista Elisabetta Farina è stata commissionata la prima serie di opere che è ora una mostra itinerante approdata a Roma nel giugno del 2007 con un allestimento all'Auditorium Parco della Musica. L'evento, organizzato grazie allo sforzo e alla collaborazione del Ministero della Salute italiano, dell'OMS, della PMNCH e dell'associazione IMAGINE Onlus, ha visto la partecipazione dell'allora Ministro della Salute, l'Onorevole Livia Turco, e di 300 persone tra rappresentanti delle Istituzioni, membri della comunità scientifica e giornalisti.

Le opere commissionate dal Dipartimento di Salute Riproduttiva e Ricerca sono disponibili per essere esibite durante mostre, congressi, meeting ed altri eventi e possono anche essere utilizzate per diverse campagne per promuovere la salute delle donne e dei bambini.

Fig 3: Same sky, same women, A4H, 2007



Il 18 Giugno 2008 38 quadri sono stati venduti ad un'asta organizzata a Roma da Christie's e dall'associazione IMAGINE Onlus. Fra il pubblico in sala c'erano politici, rappresentanti delle Istituzioni, personaggi famosi del mondo della cultura e dello spettacolo, giornalisti, collezionisti di opere d'arte, galleristi e membri del corpo diplomatico. Il ricavato dell'asta, pari a 34.400 euro, è stato interamente devoluto ad un progetto di clinica mobile per migliorare le condizioni sanitarie delle popolazioni disagiate della regione della Mosquitia in Honduras, con particolare attenzione alle donne in gravidanza ed ai bambini.

Fig 4: I want to fight with dreams in my soul, with you, from the A4H painting collection by Elisabetta Farina, 2007.



Arte per la Salute nel mondo

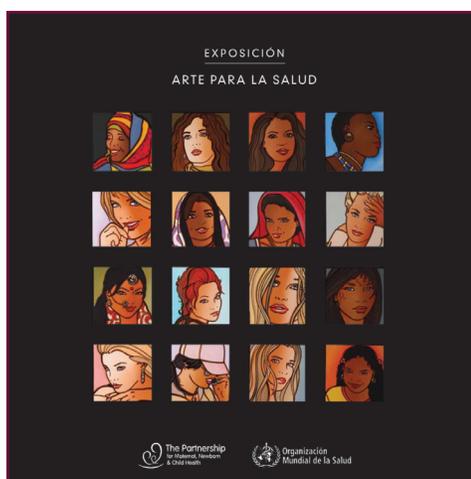
Fino ad oggi, le opere sono state esibite in occasione di 27 mostre in 13 paesi (Brasile, Cile, Francia, India, Italia, Irlanda, Malesia, Namibia, Regno Unito, Tanzania, Sud Africa, Svizzera e USA). Circa 25.000 persone hanno ammirato le opere durante questi eventi e sono in programma nel resto del 2009 altri allestimenti in diversi paesi. Ulteriori iniziative ed aste sono previste al fine di raccogliere fondi per finanziare specifiche attività in tema di salute riproduttiva nei paesi in via di sviluppo.

Nel corso del 2009, il progetto A4H si svilupperà in nuove direzioni lanciando l'operazione culturale "Women Create Life" che si arricchirà di una nuova pagina web, una pagina Facebook e un sistema di produzione e distribuzione a livello internazionale di oggetti ispirati ai ritratti A4H.

Questi sviluppi permetteranno di condurre con rinnovata efficienza campagne di advocacy nel settore della salute riproduttiva affinché, anche al di fuori della comunità scientifica e medica, il maggior numero di persone possa contribuire a generare le risorse necessarie al miglioramento della salute delle donne e dei bambini nel mondo. Per facilitare questo processo, il progetto A4H sta attivamente cercando di coinvolgere personalità che possano agire come portavoce per i problemi connessi alla salute riproduttiva. L'OMS ha dato la disponibilità ad accettare richieste di singoli individui o di Istituzioni che desiderino utilizzare i quadri per mostre o altri tipi di eventi e attività. Chiunque fosse interessato può inviare le proposte all'OMS (email: artforhealth@who.int.)

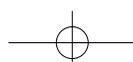
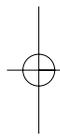
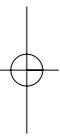
Il Dipartimento di Salute Riproduttiva e Ricerca intende espandere la varietà e la tipologia delle forme d'arte utilizzata per il progetto A4H in modo che i messaggi chiave legati alla salute riproduttiva possano raggiungere il maggior numero di persone a livello globale. Il Dipartimento accetterà altresì ogni suggerimento in merito all'esposizione delle opere d'arte disponibili ed al loro utilizzo per attività di advocacy.

Fig 5: Catalogo "Arte para la Salud"; iniziativa regionale Latinoamericana.



Indice

Perchè una pubblicazione sul parto cesareo	Pag. 2
Che cos'è il taglio cesareo	Pag. 3
Perchè viene praticato	Pag. 4
a. Necessità clinica: intervento medicalmente programmato	Pag. 4
b. Situazione di emergenza: intervento d'urgenza	Pag. 5
c. Scelta personale	Pag. 5
Quali sono le possibili complicazioni dopo un cesareo	Pag. 7
a. Ricovero dopo il parto	Pag. 7
b. Possibilità di allattare	Pag. 8
c. Futura gravidanza	Pag. 8
Accesso al taglio cesareo nei paesi industrializzati e nei paesi in via di sviluppo	Pag. 9
Le iniziative del Governo italiano	Pag. 11
L'impegno dell'OMS per la salute della donna	Pag. 12
Mozioni approvate dal Parlamento italiano	Pag. 15
Art for Health (Arte per la Salute)	Pag. 16
Arte per la Salute in Italia	Pag. 17
Arte per la Salute nel mondo	Pag. 18



La Salute Materno-Infantile: il parto cesareo

Quando il taglio cesareo è indicato? Bisogna tenere sempre presente che il taglio cesareo è un intervento chirurgico all'addome e come tale comporta dei rischi. Il numero dei tagli cesarei è aumentato significativamente negli ultimi decenni, soprattutto nei paesi con reddito pro capite medio e alto. Mentre in Europa e Nord America molti paesi presentano una percentuale di tagli cesarei che raggiunge o supera il 30%, in tutta l'Africa si mantiene mediamente attorno al 4%, con picchi negativi dello 0.4% in Ciad, dello 0.7% in Burkina Faso e dell'1% in Etiopia e Nigeria. L'Italia è uno dei paesi europei con il tasso di incidenza più alto; più del 38% delle nascite avviene con taglio cesareo. Considerando che la modalità con cui la donna partorisce può influenzare la salute sua e del bambino, questa pubblicazione nasce con l'obiettivo di dare informazioni su quando e perché ricorrere al taglio cesareo, al fine di sensibilizzare la popolazione sui vantaggi e sugli svantaggi di questo intervento.



Regione Lombardia
Sanità

Regione Lombardia
Direzione Generale Sanità
Via Pola 9/11
20124 Milano
www.sanita.regione.lombardia.it



World Health Organization
Maternal and Perinatal Health (MPH)
Department of Reproductive Health and Research (RHR)
Family and Community Health (FCH)
Via Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland
e-mail: reproductivehealth@who.int
<http://www.who.int/reproductive-health/>



The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health Secretariat
Hosted by the World Health Organization
20 Avenue Appia
1211 Geneva 27
Switzerland
Tel: +41 22 791 2595
Fax: +41 22 791 5854
E-mail: pmnch@who.int

O.N.Da

Osservatorio Nazionale
sulla salute della Donna

Foro Buonaparte 48, 20121 Milano
Tel: 02.29015286 Fax: 02.29004729
e-mail: info@ondaosservatorio.it
www.ondaosservatorio.it