

ture, l'umanizzazione delle altre tecniche che in questo modo possono tornare ad essere "universo", con un punto focale riconoscibile in quell'essere umano per cui, forse, vale la pena di lavorare e di pensare.

La ricerca di umanizzazione della medicina coincide con la costruzione di un nuovo umanesimo dove il "dottore" si assume un onere aggiuntivo rispetto a quello proprio dell'esercizio della sua scienza e della sua tecnica: l'onere di acquisire le risorse intellettuali e morali per essere *doctor*, colui che *docet*, colui che oltre a curare anche si prende cura e insegna all'uomo comune-paziente non solo quando e quanto farmaco deve ingurgitare ma anche quali e quante responsabilità egli ha nei confronti della sua stessa salute e della sua stessa vita.

La cura è un fatto tecnico; il prendersi cura è un esercizio di umanità che può sussistere solo se condiviso e orientato da valori condivisi. La cura è un fatto tecnico che deve essere, giustamente, anche economicamente qualificato e quantificato, in modo più o meno diretto. Il prendersi cura è quell'*in più* di umanità che deriva da una lunga sedimentazione di valori che non attengono solo alla medicina ma a tutte le scienze, e forse a tutte le attività umane.

Questo ordine di riflessioni, come è evidente, sembra esulare dalle nostre competenze specialistiche, eppure le coinvolge e le posiziona, le orienta e le arricchisce: tutte.

Per questo, credo che i professionisti coinvolti in questo percorso devono ritenere utile ascoltare le voci di quanti hanno l'onere di lavorare *nella* sanità e *per* la sanità, a qualunque titolo o livello, ma anche la voce di quanti hanno avuto la ventura di aver avuto a che fare con la sanità, come pazienti o utenti, se si preferisce.

Vorrei concludere con una piccola segnalazione bibliografica. Cosmacini, medico e storico della medicina, cita, nel suo libro "La scomparsa del dottore" la "visione profetica" di Abraham Flexner, uno dei tanti grandi intellettuali di origine ebraica che hanno arricchito la cultura americana, e non solo, il quale concludeva un suo rapporto sulla formazione dei medici (1910) con questa parole: "La dimensione morale dell'educazione medica esige l'acquisizione di un bagaglio di qualità e di valori al centro dei quali stanno i bisogni della persona" (4).

Non si poteva, e non si potrebbe, dire meglio. ■

Per saperne di più

1. AA.VV. Filosofia della medicina, Raffaello Cortina editore, Milano, 2008, p. 17 (Ippocrate) e p. 25 (Galeno)
2. AA.VV. Filosofia della medicina, Raffaello Cortina editore, Milano, 2008, p. 47.
3. Pellegrino E.D., Bioetica e filosofia: il bene del paziente e la medicina, in AA.VV., Filosofia della medicina, ci., p. 313
4. Cosmacini G., La scomparsa del dottore, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2013, pp. 231-261

Il parto domiciliare nella Sardegna della prima metà del Novecento

Immergersi nella suggestiva scena del parto della società contadina degli anni '40-50 in Sardegna apre una porta verso un passato talmente lontano da non poter essere quantificato con una manciata di decenni, tanto appare distante e irreal

Salvatore Dessole

Co-Presidente congresso nazionale SIGO 2014
Università di Sassari



Nella Sardegna selvaggia e poetica della prima metà del Novecento, fino all'avvento della nuova società degli anni '60 e lontano dal tumultuoso processo di ospedalizzazione che avrebbe massificato ogni aspetto della umanizzazione dell'evento nascita, la scena del parto domiciliare era dominata dalla figura dell'ostetrica, la "levatrice", cui la comunità paesana attribuiva il ruolo di demiurgo. Questa arcaica "operatrice sanitaria" appariva quasi come un Deus ex machina nella scena teatrale di ambienti poveri e disadorni, privi di un qualunque accenno di superfluo, capace di sovrastare spesso la figura del medico, che appariva come un principe consorte davanti all'incalzare della vera padrona della scena.

Alla "levadora", provvista di un sapere ostetrico, definito, codificato, trasmesso nelle sedi della formazione medica, spettava il compito di completare l'opera della natura, seguire diligentemente il travaglio e il secondamento, pinzare il cordone ombelicale del neonato, controllare nei giorni successivi al parto la puerpera, prevenendo le complicazioni sempre possibili in ogni evento biologico. Immergersi nella suggestiva scena del parto della società contadina degli anni '40-50 in Sardegna è un percorso che ha ben pochi raffronti con la società frenetica ed edonisti-

ca di oggi, tanto da aprire una porta verso un passato talmente lontano da non poter essere quantificato con una manciata di decenni, tanto appare distante ed irreal.

Ma tornando indietro nel tempo, nella Sardegna del 1800 fino ai primi del Novecento, in assenza di una figura sanitaria codificata e deputata ad assistere il parto, erano le cosiddette "empiriche" ad avere il compito di seguire la partoriente. In realtà le empiriche, le "pratiche", le "maestre di parto", dette anche in maniera dispregiativa "mammane", donne del paese che da sempre assistevano per conoscenze trasmesse i parti delle loro compaesane, continuarono la loro attività anche dopo l'istituzione dei corsi di formazione delle ostetriche, considerato anche lo scarso numero delle levatrici diplomate, che non potevano coprire in maniera capillare

La lunga durata delle "empiriche" è da associare al ritardo con cui sono nate le scuole ostetriche in Sardegna, il che peraltro ha provocato un ritardo anche nel processo di ospedalizzazione del parto rispetto ad altre regioni italiane



tutto il territorio. Sebbene vengano ricordate come donne prive di ogni preparazione dal punto di vista teorico, ciò nondimeno sapevano fare bene il loro lavoro.

Dopo l'apertura delle Scuole di Ostetricia, biennali, nei primi anni '80 del XIX secolo, da parte delle Università di Sassari e Cagliari, molte di loro furono costrette per legge a regolarizzarsi e quindi a prendere il diploma di idoneità, anche se per tanti anni la Sardegna rimase la regione italiana con il maggior numero di "empiriche" sul territorio.

I corsi per "levatrici" nella prima metà dell'Ottocento furono in realtà sporadici, di breve durata e generalmente effettuati in periodo estivo. Mentre per l'ammissione alla scuola un requisito imprescindibile era l'aver superato la 3° elementare, in quegli anni dato il generale analfabetismo, venivano ammesse alla frequenza donne che non sapevano leggere e scrivere, non capivano l'italiano ma solo il sardo. Tanto che nel lontano 1827 un chirurgo sardo, il Dottor Efisio Nonnis "supplidori de chirurgia" nella Regia Università di Cagliari, diede alle stampe un manuale di ostetricia scritto in lingua sarda "Brevis lezionis de ostetricia po usu de is llevadoras de su Regnu". L'uso della lingua sarda per un testo scientifico è da considerarsi fatto eccezionale.

Di particolare interesse storico e culturale il primo paragrafo

della Lezioni VIII "De is doveris de sa llevadora in assistiri a su partu" che recita: "Presentendosi una llevadora po assistiri a unu partu depit teniri po prima regola, ch'issa nò est, che una simpli spettadora de s'opera de sa natura, e po consequenzia non depit manovrai, ma depit aspettai su partu, e arregoliri su pipiu cun totu diligenza, poita no tengat nisciunu dannu". (Una levatrice, presentandosi per assistere ad un parto, deve tenere presente come prima regola che essa non è che una semplice spettatrice dell'opera della natura e che di conseguenza non deve manovrare ma deve aspettare il parto e raccogliere il bambino con tutta diligenza perché non abbia nessun danno). Sembra che i suggerimenti dati siano corretti e quanto meno più che attuali.

Verso il 1920, in coincidenza con l'approvazione del nuovo ordinamento delle Scuole di Ostetricia, il numero delle empiriche iniziò a diminuire, fino alla loro scomparsa, e la loro professione, quasi da preludio del volontariato, divenne un ricordo, non del tutto negativo anche nelle nostalgie giovanili delle vecchie ostetriche condotte che le avevano conosciute e che manifestavano comunque una forma di rispetto nei confronti di donne che facevano, in tempi e modi diversi, il loro stesso mestiere. La lunga durata delle empiriche è da associare al ritardo con cui sono nate le scuole ostetriche in Sardegna, cosa che peraltro ha provocato un ritardo anche nel processo

► Segue a pagina 27



Lorenzin: "una legge nazionale è necessaria perché solo così si può recepire la direttiva europea che mette in sicurezza le donazioni"

zione di monsignor **Nunzio Galantino**, segretario generale della Conferenza episcopale italiana (Cei), che si mostra preoccupato per "la certezza con cui si decide che esistano motivazioni diverse in chi chiede l'eterologa e chi invece l'adozione" e questo pare "un giro di valzer concettuale per trovare una giustificazione a questa selezione. C'è una selezione eugenetica estrema, sui bimbi portatori di una eventuale malattia. Ma è selezione anche quella che si consuma sulle caratteristiche esteriori. Si vuole un figlio o altro? Non mi pare che a definire un figlio siano i colori". Secondo Galantino "il discorso si ridimensionerebbe se sviluppassimo una cultura dell'accoglienza e lo Stato mettesse più cuore e testa, fosse più attento e sollecito. Conosco tante coppie desiderose di adottare, che stanno offrendo la loro sofferen-

za al Moloch della burocrazia. C'è una lentezza esasperante". Per quanto riguarda gli aspetti operativi, come ha spiegato l'Assessore alla Sanità della regione Liguria, **Claudio Montaldo**, l'orientamento è che il ticket che si paga attualmente per la fecondazione omologa, sia la base anche per l'eterologa: "Nelle prossime settimane lavoreremo per definire il costo del ticket e poi sulla base di quello, le regioni applicheranno il ticket cercando di evitare distonie. Ma il criterio è che si adotti come punto di riferimento il costo della fecondazione omologa". Montaldo ha poi spiegato che come per gli altri interventi ospedalieri, si potrà scegliere di praticare l'eterologa anche in una Regione diversa da quella di residenza.

La donazione sarà totalmente gratuita, ma l'eterologa, ha specificato l'assessore alla sanità della re-

gione Veneto, **Luca Coletto** "potrà comunque essere erogata, a pagamento, anche oltre l'età fissata, ma il costo sarà comunque enormemente inferiore a quelli da sopportare nei viaggi della speranza all'estero dove si deve pagare profumatamente anche la donazione ricevuta". Coletto ha infine rilevato che "anche per simmetria giuridica con la fecondazione omologa, l'eterologa dovrà assolutamente essere inserita nei Livelli Essenziali di Assistenza, perché è divenuta diritto costituzionalmente riconosciuto, e finanziata dallo Stato all'interno del Fondo Sanitario Nazionale".

Il ministro **Beatrice Lorenzin** ha manifestato soddisfazione, evidenziando che "è un bene che le Regioni trovino un accordo sulla fecondazione eterologa", ma anche ribadito che "una legge nazionale è necessaria perché solo così si

può recepire la direttiva europea che mette in sicurezza le donazioni, può permettere un registro dei donatori e anche l'inserimento nei Lea e nei ticket dell'eterologa. Le Regioni fanno comunque bene a lavorare insieme, in modo che non ci siano disparità fra una e l'altra".

Già il 12 agosto i ginecologi Sigo, Aogoi, Agui e Sios avevano sottolineato l'importanza di un intervento da parte dello Stato e delle Regioni affinché si adoperassero per rimuovere "gli ostacoli di ordine economico e sociale che impediscono l'uguale godimento di diritti, libertà, servizi, nel pubblico e nel privato. Le attuali profonde diversità economiche, sociali, organizzative tra le Regioni e il Ssn pubblico e la sanità privata devono essere fronteggiate con una regolamentazione attuativa tesa a prevenire ed eliminare qual-

siasi discriminazione dei cittadini, trovando doverosi e ragionevoli punti di equilibrio". E in quella data i ginecologi già elogiavano "lo sforzo delle Regioni di intraprendere percorsi omogenei secondo gli strumenti regolatori che lo Stato deve rapidamente e scrupolosamente assicurare". Si attende quindi, al più presto, un intervento del Ministero che, in attesa dell'iniziativa parlamentare, regolamenti tutti gli aspetti tecnici della materia e che garantisca l'inserimento nell'eterologa nei Lea. Un aspetto di primaria importanza, che gli stessi ginecologi evidenziavano il 12 agosto. "Non potrebbe farsi ricorso a un decreto legislativo per delega del Parlamento al Governo? O non basterebbe un regolamento ministeriale oppure un regolamento governativo attuativo-integrativo deliberato dal Consiglio dei Ministri?". **Y**

Il parto domiciliare nella Sardegna della prima metà del Novecento

► Segue da pagina 20

di ospedalizzazione del parto rispetto ad altre regioni italiane. **Per prime furono le ostetriche continentali** a "sbarcare" in Sardegna, favorite proprio dalla tardiva apertura delle scuole universitarie, o per iscriversi nelle scuole di recente istituzione o per cercare un posto di lavoro, visto che al Nord c'era un esubero di ostetriche diplomate. Queste ragazze, tutte molto giovani, avevano una mentalità più aperta rispetto alle coetanee sarde, e questo le rese oggetto di non poche critiche e pregiudizi, venendo considerate dalla popolazione "diverse", sia come modo di vestire, che di stare con la gente, che di pensare e lavorare. Pian piano comunque si arrivò ad una completa integrazione delle ostetriche sarde con quelle provenien-

ti dal continente, che si adattarono a sistemazioni o sedi poco ambite dalle nostre levatrici, così che col tempo si riuscì a coprire con le "condotte" tutto il territorio regionale.

Il passaggio dalle empiriche alle ostetriche condotte rappresentò comunque in Sardegna una realtà avanzata, che spazzava via un mondo di assistenza ostetrica in cui entravano di diritto preghiere e formule incantatorie, amuleti e bevande, riti e pratiche quasi tribali. A metà degli anni '50 ne restavano poche tracce, liquidate dalle ostetriche professionali come "stupidiaggini": le forbici infilte di soppiatto sotto il materasso per prevenire i morsi uterini, i cassetti aperti nella convinzione che così si potessero eliminare i dolori del parto, i giri intorno al letto della partoriente, le nenie cantate come un mantra dalle parenti della paziente, un'usanza che aveva attraversato i millenni. Secondo la tradizione infatti le sacerdotesse che accompagnavano le levatrici ateniesi cantavano e recitavano in coro per alleviare le doglie.

L'empirismo e tutta la possente stratificazione di superstizioni, tradizioni, credenze che circondavano la gravidanza e il parto, nella metà del XX secolo anda-

rono così a scomparire, nonostante le resistenze insite nella popolazione rurale che continuava, anche di nascosto, a perpetrarle ostinatamente, nella convinzione che potessero influire positivamente sull'esito del parto. Ancor oggi, in molti paesi dell'interno della Sardegna, è in uso la convinzione che le donne morte di parto, chiamate ancestralmente "panas", ritornino nelle notti di plenilunio ai bordi del fiume per lavare i panni dei loro neonati. Per evitare queste presenze e il dolore del "ritorno", nei cortili delle case rurali in quelle notti vengono stesi proprio quei panni, nella convinzione che ciò possa alleviare la pena di queste donne mancate così tragicamente alla loro famiglia.

I cambiamenti profondi che hanno caratterizzato il tessuto sociale della Sardegna nel dopoguerra, definiti da alcuni studiosi come una vera "catastrofe antropologica", riferendosi a tutte le mutazioni avvenute nella cultura millenaria di un popolo fino ad allora estremamente radicato nella conservazione tenace della sua storia, hanno portato alla scomparsa pressoché totale, in pochi decenni, del parto domiciliare ed alla sua centralizzazione nei punti nascita viciniori, allontanando sempre più quel mondo di pratica medica spesso più espressione di emotività che di razionalità. Da un lato questo ha portato ad un miglioramento sensibile della qualità dell'assistenza, ma dall'altro alla perdita dell'aspetto più umano del rapporto medico-paziente, a discapito soprattutto della figura dell'ostetrica, che nel parto domiciliare rappresentava l'elemento insostituibile. **Y**

Endometriosi: in Sardegna e nel mondo

► Segue da pagina 21

anche in organi diversi da quelli riproduttivi e, in particolare, dalla necessità della asportazione dell'endometriosi del setto retto-vaginale. Oggi è richiesto dalle linee guida internazionali che la terapia chirurgica dell'endometriosi sospetta, la così detta laparoscopia diagnostica operativa nella endometriosi dei primi stadi, possa essere affrontata in tutti le sedi ove esista un gruppo di maturata esperienza di laparoscopia. Viceversa, l'endometriosi ai più alti stadi dovrebbe essere sempre affrontata nei centri di riferimento che abbiano maturato un'esperienza di trattamento radicale della DIE in collaborazione con un'equipe di chirurgia generale di buona esperienza specifica nel settore. Mentre si possono ancora osservare pazienti trattate in prima istanza con una chirurgia inadeguata, nell'ambito dei centri di riferimento sono state identificate tecniche chirurgiche che hanno seguito due strade diverse: la prima è quella rappresentata dalla radicalità nella terapia dell'endometriosi, che ha come obiettivo quello di ridurre al massimo l'asportazione degli organi, non solo genitali. La seconda ha scelto una filosofia chirurgica più aggressiva con la resezione intestinale che è diventata un intervento quasi costante nel trattamento della DIE.

Il contrasto tra queste due filosofie chirurgiche che trova ragion di essere in un substrato culturale non sempre coerente, è l'argomento da trattare e discutere in sede scienti-

fica e clinica nell'immediato futuro, con la possibilità di dare risposte alle pazienti che spesso affrontano viaggi della speranza per sottoporsi ad interventi demolitivi non sempre giustificati e spinte da colleghi che non tengono conto delle possibili complicanze che queste pazienti subiscono pur in assenza di malattia neoplastica.

In Sardegna esiste una posizione ben chiara e rinforzata dall'esperienza più che decennale della scelta di una terapia radicale, ma il più possibile rispettosa della integrità anatomica genitale ed extragenitale che ha portato a risultati sintomatologici di grande livello con tassi limitati di complicità (*Angioni S, Peiretti M, Zirone M, Palomba M, Mais V, Gomel V, Melis GB. Laparoscopic excision of posterior vaginal fornix in the treatment of patients with deep endometriosis without rectum involvement: surgical treatment and long-term follow-up. Hum Reprod. 2006;21:1629-34*). La possibilità di intervenire quando necessario con una chirurgia intestinale più demolitiva è garantita dalla presenza di un'equipe multidisciplinare nell'ambito della quale il chirurgo laparoscopista fornisce il suo contributo assieme al ginecologo.

La terapia dell'endometriosi negli ospedali Sardi è una terapia che si basa non solo sull'esperienza degli operatori ma anche sul coinvolgimento delle pazienti che hanno creato un organismo molto attivo a livello informativo di auto-aiuto e nei social network, ben collegato con le strutture assistenziali. La presenza dello psicologo nella equipe diagnostico terapeutica nei soggetti con endometriosi prima e dopo la chirurgia ha consentito un approccio completo alle donne che soffrono di questa malattia e che spesso ne subiscono le conseguenze. **Y**

