



MORIRE DI PARTO

LA CRISI DELL'ASSISTENZA
ALLA SALUTE MATERNA
NEGLI STATI UNITI

LA SALUTE MATERNA
È UN DIRITTO UMANO

DIRITTI UMANI = MENO POVERTÀ

**AMNESTY
INTERNATIONAL**





© Safe Motherhood Quilt Project

In copertina e sopra: Coperta prodotta nell'ambito del progetto "Maternità sicura", iniziativa nazionale creata dall'ostetrica e artista Ina May Gaskin, per rendere onore a tutte le donne morte per cause collegate alla gravidanza e al parto dal 1982.

Questa sintesi si basa sul rapporto "Deadly delivery: The maternal health care crisis in the USA" (AMR 51/007/2010), che contiene le citazioni complete e può essere consultato per ulteriori informazioni su www.amnesty.org

MORIRE DI PARTO

LA CRISI DELL'ASSISTENZA ALLA SALUTE MATERNA NEGLI STATI UNITI

Almeno due donne muoiono ogni giorno negli Usa per complicazioni collegate alla gravidanza e al parto. Circa la metà di questi decessi potrebbe essere evitata attraverso cure mediche di alta qualità, accessibili e tempestive.

Gli indici di mortalità materna sono cresciuti dalle 6,6 morti ogni 100.000 nati vivi del 1987 alle 13,3 del 2006. Se una parte dell'aumento si spiega grazie ai progressi compiuti nella raccolta dei dati, resta il fatto che i livelli di mortalità materna sono cresciuti significativamente.

Gli Usa spendono per la sanità più di ogni altro paese, e più per la salute materna che in ogni altro settore. Nonostante questo, qui le donne corrono rischi maggiori di morire per cause collegate alla gravidanza e al parto rispetto ad altri 40 paesi. Ad esempio, la probabilità che una donna muoia di parto negli Usa è cinque volte maggiore che in Grecia, quattro volte maggiore che in Germania e tre volte maggiore che in Spagna.

Le donne afroamericane sono quasi quattro volte più a rischio di morire per complicazioni collegate al parto rispetto alle donne caucasiche. In oltre 20 anni, questi dati e queste disparità non hanno mostrato miglioramenti.

Nel 2004-2005, più di 68.000 donne hanno rischiato di morire di parto negli Usa. Ogni anno, 1,7 milioni di donne vanno incontro a complicazioni che hanno conseguenze negative per la loro salute. Non è solo un'emergenza del sistema sanitario pubblico: è una crisi dei diritti umani. Negli Usa le donne affrontano una serie di ostacoli nell'accedere ai servizi di cui hanno bisogno. Il sistema sanitario presenta numerose carenze: discriminazione, barriere di natura

economica, burocratica e linguistica; mancanza di informazioni sulle cure per la salute materna e sulla pianificazione familiare; assenza di partecipazione attiva nelle decisioni riguardanti i trattamenti; personale inadeguato e protocolli di scarsa qualità; mancanza di responsabilità e disattenzione.

SALUTE MATERNA E DIRITTI UMANI

La salute materna è un problema di diritti umani. La mortalità materna può essere l'effetto o il riflesso di molteplici violazioni dei diritti umani tra cui il diritto alla vita, alla libertà dalla discriminazione e ai migliori standard di salute. I governi sono obbligati a rispettare, proteggere e realizzare questi e altri diritti umani e hanno, in ultima analisi, la responsabilità di garantire un sistema sanitario che tuteli questi diritti in modo universale ed equo.

Gli Usa hanno ratificato due trattati chiave per la protezione dei diritti umani, che garantiscono tali diritti: il Patto internazionale sui diritti civili e politici e la Convenzione internazionale sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione razziale. Sono stati inoltre firmati due trattati internazionali che riguardano questi diritti – il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali e la Convenzione per l'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne – che obbligano gli Usa ad astenersi dal condurre azioni in contrasto con l'obiettivo e lo scopo degli stessi.

DISCRIMINAZIONE NELLE CURE

“Di tutte le forme di disuguaglianza, l'ingiustizia nell'accesso alle cure è la più scioccante e disumana.”

Dr Martin Luther King Jr, 25 marzo 1966

Il governo Usa ha la responsabilità di assicurare un equo accesso a servizi sanitari di qualità per tutti, senza discriminazione. Ciononostante, fattori come il genere, l'origine etnica e razziale, lo status di migrante o di nativa possono influenzare l'accesso di una donna a servizi sanitari adeguati. La discriminazione incide profondamente sulla salute delle donne.

Le afroamericane hanno meno possibilità di affrontare una gravidanza senza problemi perché è più probabile che abbiano scarso accesso ai servizi sanitari di base.

Nonostante rappresentino soltanto il 32 per cento della popolazione femminile, le afroamericane costituiscono il 51 per cento del totale delle donne che non hanno una assicurazione. È anche meno probabile che le donne afroamericane abbiano accesso a servizi di salute materna adeguati. Le native americane e dell'Alaska sono 3,6 volte più a rischio di ricevere cure prenatali in ritardo o di non riceverne affatto rispetto a quelle caucasiche, le donne afroamericane lo sono 2,6 volte e quelle latinoamericane 2,5. Le afroamericane sono più a rischio di morire durante la gravidanza e il parto rispetto a quelle caucasiche.

Nelle gravidanze a rischio, le donne afroamericane sono 5,6 volte più in pericolo di morte rispetto alle altre e hanno maggiori probabilità di ricevere trattamenti discriminatori e inappropriati o cure di scarsa qualità.

Poiché le donne afroamericane rappresentano una percentuale molto elevata di coloro che ricevono cure pagate da fondi pubblici, sono le più colpite dalle barriere all'accesso ai servizi di cura attraverso questi programmi. Il servizio sanitario per i nativi americani subisce da lungo tempo un grave mancanza di fondi,



© Archivio privato

Nel giugno 2003, Inamarie Stith-Rouse, una donna afroamericana di 33 anni, diede alla luce una bambina sana di nome Trinity, con parto cesareo, in un ospedale del Massachusetts. Suo marito Andre Rouse disse che dopo il parto Inamarie era angosciata e faceva fatica a respirare, ma il personale ignorò le loro richieste d'aiuto. Andre Rouse ha raccontato ad Amnesty International che secondo lui la loro origine etnica giocò un ruolo nel mancato intervento. Secondo i documenti per il tribunale compilati dai familiari, ci vollero ore prima che Inamarie fosse sottoposta a esami e interventi chirurgici appropriati ma ormai era troppo tardi. Inamarie ebbe una gravissima emorragia interna e andò in coma. Morì quattro giorni dopo. Andre Rouse ha raccontato che le ultime parole di sua moglie furono “Andre, ho paura”.

risorse e personale. La spesa sanitaria federale per i nativi americani e dell'Alaska è largamente inferiore rispetto a quella destinata agli altri gruppi. Un rapporto della Commissione Usa sui diritti civili rivelò che nel 2003 la spesa pro capite per la sanità era di 5775 dollari (circa 4700 euro), mentre lo stesso dato relativo al sistema sanitario per i nativi americani era di 1900 dollari (circa 1500 euro).

OSTACOLI ALLE

“Sì, parlo spagnolo. Ma in questo ospedale si parla solo inglese.”

Una donna ricorda la risposta di un medico mentre chiedeva di essere sottoposta a un'ecografia in un ospedale privato nel distretto di Columbia nel 2008

CURE PER LA SALUTE MATERNA

“La paura per il conto che verrà loro presentato [ostacola la ricerca dei servizi]. Coloro che si sottopongono a un'ecografia e vedono un conto di 1000 dollari sono terrorizzate.”

Felicia Marboah, ostetrica di un centro per la salute materno-infantile, Washington DC

Le modalità di organizzazione e finanziamento del sistema sanitario nazionale non consentono di assicurare che tutte le donne possano fruire di servizi per la salute materna accessibili, tempestivi e adeguati. I costi per le cure mediche sono fuori dalla portata di molte donne.

La metà dei parti è coperta da assicurazioni private. Tuttavia, sono frequenti polizze che escludono le cure per la salute materna e la maggior parte delle compagnie assicurative non prevede una copertura per una donna in gravidanza a meno che l'assicurazione fosse valida già prima del momento del concepimento.

“Non assicuriamo una casa incendiata.”

Affermazione di un rappresentante di una compagnia assicurativa mentre rifiutava la richiesta di Tanya Blumstein. Secondo quanto riferito, nel luglio del 2008 Tanya, che era incinta, non ha potuto stipulare una polizza privata con alcuna compagnia statunitense

Circa il 42 per cento dei parti ha la copertura assicurativa del Medicaid, il programma federale sanitario che fornisce aiuti alle persone con basso reddito. Tuttavia, complessi requisiti burocratici comportano il fatto che le donne che hanno i requisiti per accedere al sostegno ricevano spesso con ritardi significativi le cure prenatali. Inoltre, le migranti sprovviste di documenti non possono accedere al programma Medicaid.

Oltre il 4 per cento delle donne partorisce senza copertura da parte di un'assicurazione privata o dell'assistenza medica pubblica.

TRUDY LAGREW

Trudy LaGrew, una nativa americana residente nella riserva di Red Cliff in Wisconsin, è morta il 7 gennaio 2008 a causa di un problema cardiaco non diagnosticato, alcuni mesi dopo aver dato alla luce il suo secondo figlio. Sebbene il suo parto sia stato considerato a rischio elevato a causa delle complicazioni che aveva avuto durante la sua prima gravidanza e a causa dell'obesità, Trudy LaGrew non ha ricevuto nessuna assistenza né di tipo ostetrico né prenatale, dal momento che la struttura più vicina era a due ore di macchina.

“Se chiedi assistenza al sistema Medicaid, ti occorre un certificato di gravidanza, con la data presunta del parto, la data del tuo ultimo ciclo e il periodo di gestazione. Chi può rilasciarti un certificato del genere? Un medico. Se non hai supporto da parte di Medicaid, come troverai il medico che ti rilasci tale certificato?”

Jennie Joseph, ostetrica professionale, Winter Garden, Florida

ASSENZA DI COPERTURA MEDICA

Si stima che nel 2009 più di 52 milioni di persone negli Usa – oltre una persona su sei – fossero sprovviste di assicurazione medica e che fossero addirittura 87 milioni negli ultimi due anni.

Le persone senza un'assicurazione che necessitano di cure mediche hanno poche alternative: le spese sostenute possono condurre le famiglie alla povertà. Sebbene in base alla legge federale a nessuna donna in fase di travaglio attivo possano essere negate le cure mediche di emergenza in ospedale, successivamente le possono essere addebitati i costi di tale assistenza.

Le donne, in particolare quelle che percepiscono un reddito basso, possono incontrare numerosi ostacoli nell'accesso alle cure per la salute materna, in particolare nelle zone rurali e nei quartieri poveri della città. I medici possono rifiutarsi o non essere in grado di garantire i trattamenti per la salute materna, a causa di complessità burocratiche e dei modesti compensi che ricevono a fronte dell'assistenza prestata a donne coperte dal programma Medicaid.

TRINA BACHTEL

Trina Bachtel, una donna bianca di 35 anni, era assicurata all'epoca della sua gravidanza, ma la clinica locale le chiese un deposito di 100 dollari per visitarla, dal momento che alcuni anni prima era incorsa in un debito sanitario e sebbene tale debito fosse stato saldato. Trina Bachtel ritardò le sue cure mediche, dal momento che non era in grado di far fronte alla somma richiesta dalla clinica. Infine, ricevette assistenza medica in un ospedale, ma il bambino nacque morto; successivamente, venne trasferita in un altro ospedale in Ohio, dove morì nell'agosto del 2007, due settimane dopo il parto.

Le cliniche sanitarie pubbliche, inclusi i Centri sanitari federali qualificati, rappresentano una risorsa importante per le cure mediche delle persone a basso reddito. Tali cliniche hanno trattato nel 2007 oltre 16 milioni di pazienti, almeno tre quarti dei quali erano sprovvisti di assicurazione medica, ovvero assistiti da Medicaid. Tuttavia, i Centri sanitari federali sono presenti soltanto nel 20 per cento delle aree con scarsa presenza di servizi medici, lasciando così molte persone sprovviste della necessaria rete di sicurezza.

ULTERIORI BARRIERE

Un fattore essenziale del diritto alla salute è la disponibilità di sufficienti strutture sanitarie e di personale qualificato. Negli Usa la scarsità di personale medico rappresenta un serio ostacolo per un'assistenza tempestiva e adeguata, specialmente nelle zone rurali e nei quartieri poveri delle città. Trovare specialisti per donne che presentano complicazioni o fattori di rischio che ne minacciano la gravidanza è particolarmente difficile.

Le donne intervistate da Amnesty International hanno anche citato, tra le principali barriere all'accesso all'assistenza sanitaria, la mancanza di trasporti per raggiungere le cliniche, orari d'appuntamento non flessibili, difficoltà a ottenere permessi al lavoro, mancanza di servizi a supporto della famiglia e assenza di interpreti e informazioni in lingue differenti dall'inglese.

“Abbiamo incontrato donne che ci hanno detto di temere di sottrarre tempo al lavoro per sottoporsi alle visite prenatali. Si trovano di fronte alla scelta di andare a lavorare oppure di assentarsi e perdere il loro impiego. Questa è la realtà.”

Eleanor Hinton Hoytt, presidente di Black Women's Health Imperative

LE CARENZE DEL SISTEMA

Nel 1998 le agenzie federali Usa hanno sviluppato il piano nazionale sulla salute "Healthy People 2010". Gli obiettivi del piano puntavano a una riduzione della mortalità materna al 4,3 su 100.000 nati vivi entro il 2010. I dati del 2006 (in base a statistiche nazionali più recenti) mostrano un livello di mortalità pari a 13,3 donne morte ogni 100.000 nascite. Solo cinque stati hanno raggiunto gli obiettivi fissati per il 2010: Indiana, Maine, Massachusetts, Minnesota e Vermont. In alcune zone del paese il rapporto è significativamente più alto: in Georgia è di 20,5; a Washington DC è di 34,9; e a New York il rapporto, per le donne afroamericane è di 83,6.

DISPARITÀ NELL'ACCESSO ALLA PIANIFICAZIONE FAMILIARE

Negli Usa, quasi la metà delle gravidanze non sono pianificate. La percentuale è significativamente più alta per le donne con reddito basso e per quelle afroamericane. Coloro che affrontano gravidanze non volute hanno maggiori probabilità che si sviluppino complicazioni per loro stesse o per i loro figli.

La possibilità di accesso ai servizi di pianificazione familiare è vincolata alle restrizioni di budget nonché a misure politiche e legislative. Il governo federale non riesce a garantire che i servizi di pianificazione familiare e la contraccezione siano adeguatamente coperti dalle compagnie assicurative private. Solo 27 stati prevedono polizze assicurative che coprono prescrizioni di farmaci che comprendono anche i contraccettivi.

Si stima che negli Usa circa 17,5 milioni di donne necessitano di servizi per la pianificazione familiare con finanziamenti pubblici. Tuttavia, il Medicaid e gli ospedali che godono di finanziamenti pubblici (noti come



© Times Union/John Carl D'Annibale

La madre e i figli di Diane Rizk McCabe tengono in mano una foto di Diane, morta nel settembre 2007 a causa di una grave emorragia dopo aver partorito la sua bambina.



© Archivio privato

Julie LeMoult tiene il suo bambino in braccio poco prima di morire nell'aprile 2003. La meningite, provocata da un'infezione, le è stata diagnosticata troppo tardi causandole un danno cerebrale irreparabile. Da quel momento l'ospedale ha reso più severe le misure per mantenere sterile l'ambiente.

ospedali Title X) si fanno carico solo della metà di queste donne, lasciandone oltre 8 milioni senza accesso a informazioni e servizi per la pianificazione familiare.



© Amnesty International

Maria e sua figlia di un anno, 3 febbraio 2009. Essendo una migrante, quando Maria è rimasta incinta, non ha potuto accedere ai fondi pubblici per l'assistenza sanitaria e non poteva affrontare i costi delle cure prenatali. Quando è entrata in travaglio nel 2008, il primo ospedale l'ha mandata via perché non si era sottoposta a nessuna cura prenatale. Più tardi è riuscita a partorire in un altro ospedale.

TAMEKA MCFARQUHAR

Nel dicembre 2004, Tameka McFarquhar, 22 anni, è morta per un'emorragia nel suo appartamento a Watertown, New York. Aveva partorito la sua prima bambina, Danasia Elizabeth, il 14 dicembre ed era stata dimessa il giorno dopo. Madre e figlia sono state trovate morte la mattina di Natale. Gli amici e la famiglia, che non riuscivano a mettersi in contatto con lei, si sono rivolti alla polizia e al padrone di casa, ma ci volle una settimana prima di riuscire a entrare nell'appartamento. Il medico della contea di Jefferson ha riferito che la morte era stata causata da alcune parti di placenta rimaste all'interno dell'utero dopo il parto. Secondo un esperto, una visita di controllo post-partum avrebbe identificato i sintomi prima di mettere in pericolo la sua vita.

MANCANZA DI ASSISTENZA PRENATALE

Le donne che non ricevono assistenza prenatale hanno probabilità di morire per complicazioni collegate alla gravidanza tre/quattro volte superiori alle altre donne. Per le donne con gravidanze ad alto rischio, in assenza di assistenza prenatale, il rischio di morte sale a 5,3 volte.

L'“Healthy People 2010” include l'obiettivo di assicurare che almeno il 90 per cento delle donne riceva “un'assistenza prenatale adeguata”, ovvero 13 visite prenatali a partire dal primo trimestre di gravidanza. In realtà, il 25 per cento delle donne ancora non riceve questa assistenza. La percentuale sale al 32 per cento per quelle afroamericane e al 41 per le donne native americane e dell'Alaska.

ASSISTENZA POSTNATALE INADEGUATA

Più della metà dei casi di mortalità materna avviene tra il primo e il 42° giorno dopo il parto. L'assistenza postnatale negli Usa è inadeguata e consiste generalmente in un'unica visita medica circa sei settimane dopo il parto. Sebbene le donne con complicanze conclamate ricevano un'attenzione maggiore, la mancanza di assistenza in quelle settimane in cui le donne hanno fatto ritorno a casa con il neonato può significare che tali complicanze non siano scoperte.

UNA DISEGUALE QUALITÀ DELLE CURE

Nel paese c'è una variabilità significativa nella pratica ostetrica. Linee guida sull'assistenza perinatale sono state prodotte sia da diversi stati e dalle agenzie federali, sia dal Congresso americano delle ostetriche e

dei ginecologi. Ciononostante, negli Usa non ci sono linee guida o protocolli nazionali ufficiali e generali sulle cure per la salute materna e sulla prevenzione, sull'individuazione e sulla gestione delle emergenze ostetriche. C'è urgente bisogno di un sistema coordinato e generale di assistenza alla salute materna.

Secondo alcune stime, il miglioramento della qualità dell'assistenza materna potrebbe prevenire dal 40 al 50 per cento delle morti. Per esempio, studi condotti in altri campi medici mostrano che le embolie che possono prodursi a seguito di interventi chirurgici sono state ridotte di circa il 70 per cento grazie all'uso della compressione meccanica o dei farmaci. Tuttavia, queste semplici misure non vengono adottate di routine a seguito di parti cesarei, utilizzati per il 32 per cento delle nascite.

CARENZA DI PERSONALE

“La politica dell'ospedale, a causa dei problemi finanziari, è di avere il minor numero possibile di infermieri in ogni piano.”

Infermiera di un reparto maternità in pensione, Minnesota

La carenza di personale causa fatica, stress, un maggiore ricambio del personale in servizio e poco tempo per la formazione e l'aggiornamento. Questo implica inoltre che gli infermieri debbano fare straordinari, tra l'altro poco regolamentati. I pazienti e gli operatori sanitari hanno identificato nel numero inadeguato degli infermieri una delle ragioni chiave della scarsa qualità dei servizi e degli errori medici.

UNA LIMITATA PARTECIPAZIONE DEI PAZIENTI

A molte donne non viene data la possibilità di partecipare alle decisioni che riguardano la loro salute, oppure non hanno abbastanza informazioni sui sintomi delle complicazioni e sui rischi che gli interventi, come il travaglio indotto o il taglio cesareo, comportano. Negli



© Archivio privato

Linda Coale, una donna di 35 anni in salute, il 27 settembre 2007 diede alla luce suo figlio Benjamin, con parto cesareo. Una settimana dopo essere tornata a casa, morì a causa di un'embolia. Le erano state date informazioni su come far abituare gli animali alla presenza di un neonato, ma non sui sintomi che permettono di identificare l'embolia, nonostante fosse a rischio a causa dell'età e dell'intervento. Sua sorella Lori ha detto: “Dato che Linda era stata un'autista soccorritore, in fondo al mio cuore so che se quei fogli di dimissioni avessero detto che poteva trattarsi di un sintomo di embolia, lei avrebbe potuto fare qualcosa”.

Usa, i tagli cesarei vengono praticati su circa un terzo del totale dei parti – il doppio di quanto raccomandato dall'Organizzazione mondiale della sanità. Il rischio di morte in caso di parto cesareo è tre volte maggiore rispetto al parto naturale.

“Spesso le donne nere non vengono prese sul serio nelle strutture sanitarie; i nostri sintomi vengono ignorati.”

Shafia Monroe, presidente del Centro internazionale per il parto tradizionale, Portland, Oregon

LE RESPONSABILITÀ

“Dopo due episodi di emorragie post-partum che hanno coinvolto donne latinoamericane, c'è stato un incontro per capire cosa fosse andato storto. Il processo di verifica, però, non era volto a scoprire perché ciò fosse accaduto a due donne che non parlavano inglese. La domanda era 'come possiamo evitare responsabilità in futuro'.”

Jill Humphrey, infermiera specializzata addetta al travaglio e al parto, ospedale di Washington

Per quanto impressionanti, i dati sulla mortalità materna mostrano solo alcuni aspetti del problema. A livello federale non ci sono richieste di denuncia per le morti materne e le autorità ammettono che il numero dei decessi potrebbe essere doppio (rispetto a quello ufficiale). La denuncia delle morti per cause collegate alla gravidanza e al parto è obbligatoria solo in sei stati e, nonostante gli sforzi volontari degli altri stati, il numero di questi decessi continua a essere sottostimato.

“Quando c'è un problema e qualcuno muore, nessuno parla con la famiglia. È come se una cortina di ferro calasse e l'unico modo che la famiglia ha a disposizione per avere una risposta è prendere un avvocato e fare causa.”

Marsden Wagner, ex direttore del Programma sulla salute materna dell'Organizzazione mondiale della sanità

Un altro fattore importante che impedisce un miglioramento riguardo alla salute materna è la mancanza di una raccolta di dati comprensiva e di sistemi efficaci per analizzarli. Questo maschera la vera gravità della mortalità materna e della percentuale di

donne colpite e mette a rischio gli sforzi di analisi e di risoluzione del problema.

“Non c'è la capacità di indagare in profondità su queste morti, a eccezione che in Massachussets, in California e forse in Florida... In tutta sincerità, è un disastro.”

Funzionario federale

I comitati di controllo sulla mortalità materna cercano di identificare le tendenze nei decessi prevenibili e rappresentano un elemento importante per l'analisi dei problemi e per proporre possibili soluzioni per il miglioramento della situazione. Tuttavia, 29 stati e il distretto della Columbia hanno dichiarato ad Amnesty International di non condurre alcun controllo sulla mortalità materna. Nei 21 stati in cui i comitati sono attivi, la loro efficacia è variabile. Non sono uniformi dal punto di vista della struttura e del mandato e svolgono il loro lavoro in modi diversi. Alcuni fanno affidamento solo su risorse volontarie, altri solo su professionisti. Alcuni esaminano tutte le morti materne, altri solo un campione. Inoltre, il lavoro dei comitati non è coordinato a livello nazionale, cosa che può portare alla duplicazione degli sforzi.

“Chi è responsabile della mancata attuazione di buone pratiche? La risposta in breve è: 'Tutti e nessuno'.”

Carolyn Clancy, direttrice dell'Agenzia per la ricerca e la qualità dell'assistenza sanitaria

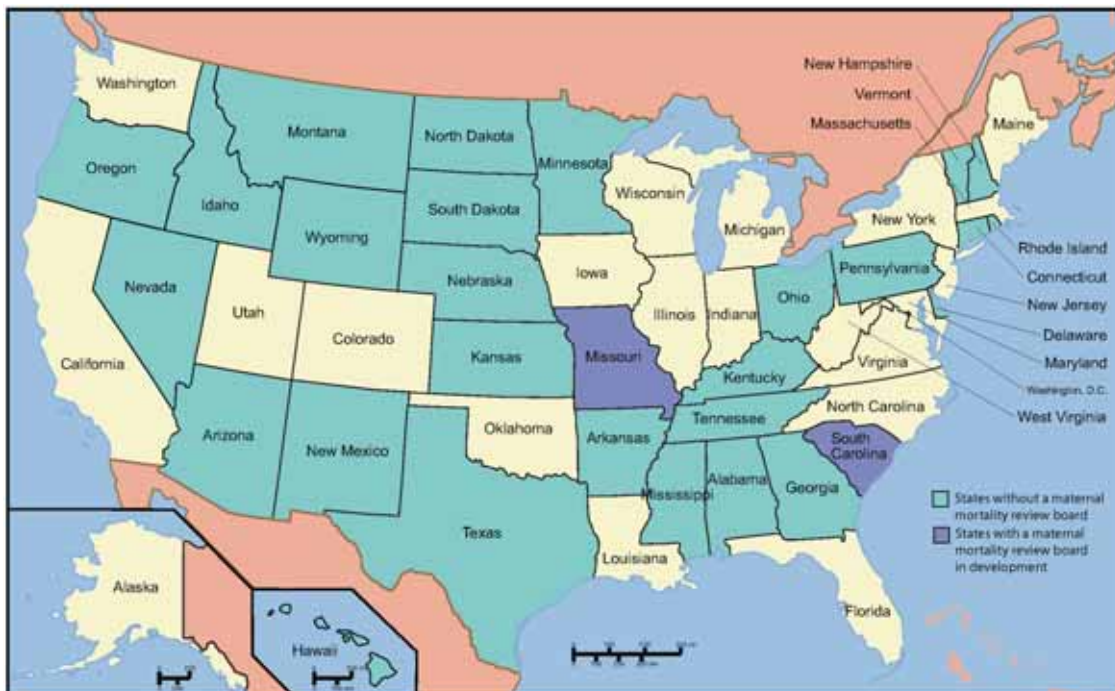
SPOSTARE IL DIBATTITO

Per oltre 20 anni, le autorità Usa non sono riuscite a migliorare la situazione e le disuguaglianze dell'assistenza alla salute materna. La maggior parte del dibattito sulla sanità Usa ruota attorno al miglioramento dell'accesso alle cure e alla riduzione della crescita della spesa sanitaria. Tuttavia, focalizzarsi soltanto sulla copertura dei servizi sanitari significherebbe lasciare irrisolti i problemi della discriminazione, dei fallimenti a livello di sistema e delle responsabilità. È necessario che il dibattito vada oltre il tema della copertura dei servizi sanitari e che si discuta, invece, di cure di qualità eque e senza discriminazioni.

“Madri, neonati e bambini rappresentano lo stato di salute di una società e il suo potenziale per il futuro. I loro bisogni sanitari non possono essere lasciati insoddisfatti senza che ne derivi un danno per la società intera.”

Lee Jong-wook, Direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità, 2003-2006

Stati senza un comitato di controllo sulla mortalità materna



© Amnesty International



Raduno di donne a New York, nel 2004, per chiedere la riduzione del numero dei tagli cesarei, a cui negli Usa si ricorre per un parto su tre.

È NECESSARIO AGIRE IMMEDIATAMENTE

Il governo Usa è tenuto a rispettare gli standard in materia di diritti umani secondo cui servizi sanitari di buona qualità devono essere resi disponibili, accessibili e accettabili, senza discriminazione.

Le seguenti azioni dovrebbero essere intraprese con particolare urgenza:

1. Il Congresso degli Stati Uniti dovrebbe stabilire che il dipartimento per la Salute e i servizi sociali si doti di un ufficio per la salute materna e farsi carico delle relative spese. Il mandato di tale ufficio dovrebbe includere:

- il miglioramento della raccolta e dell'analisi dei dati sulla salute materna, in collaborazione con agenzie come i Centri per la prevenzione e il controllo delle malattie;
- la tutela del diritto a non essere discriminati nel settore della salute materna, in collaborazione con l'ufficio diritti civili del dipartimento per la Salute e i servizi sociali e con il dipartimento di Giustizia;
- la preparazione di raccomandazioni per le necessarie modifiche a regolamenti e leggi, per assicurare che tutte le donne abbiano accesso a servizi per la salute materna di buona qualità.

2. Il Congresso degli Stati Uniti dovrebbe aumentare i finanziamenti al programma per i Centri sanitari federali qualificati, così da assicurare un numero adeguato di servizi e personale sanitario in tutte le aree, particolarmente in quelle più scoperte dal punto di vista medico.

3. In tutti gli stati i dipartimenti sanitari dovrebbero assicurare che le donne incinte siano "presumibilmente eligibili" o abbiano temporaneo accesso a Medicaid, nel periodo in cui la loro richiesta per la copertura permanente è pendente.

4. In tutti gli stati i dipartimenti sanitari dovrebbero migliorare la raccolta e l'analisi dei dati sulla salute materna attraverso:

- la costituzione di un comitato di controllo sulla mortalità materna;
- l'inclusione di una casella nominata "morte materna" sui certificati di morte;
- l'obbligatorietà della denuncia delle morti materne.

Amnesty International è un'organizzazione non governativa fondata nel 1961, presente in oltre 150 paesi e territori con 2,2 milioni di soci e sostenitori (80.000 in Italia). Attraverso campagne globali e altre attività, Amnesty International si batte per un mondo in cui ogni persona goda di tutti i diritti umani sanciti dalla Dichiarazione universale dei diritti umani e da altri standard internazionali sui diritti umani. Amnesty International è indipendente da governi, ideologie politiche, interessi economici o fedi religiose ed è finanziata essenzialmente dai propri soci e dalle donazioni del pubblico.

DIRITTI UMANI = MENO POVERTÀ

**AMNESTY
INTERNATIONAL**



Via Giovanni Battista De Rossi, 10 00161 Roma
Tel: (+39) 06 44901 Fax: (+39) 06 4490222
www.amnesty.it
info@amnesty.it
C.F. 03031110582