Dolore in travaglio e al parto: le disparità di trattamento verso le pazienti

Prof.ssa Alessandra Graziottin
Direttore del Centro di Ginecologia e Sessuologia Medica
H. San Raffaele Resnati, Milano

Commento a:
Vasquez NN, Ramirez PT, Bautista C, Madan A, Rohr JC.
Disparities in pain evaluation and treatment during labor: a racial and ethnic perspective
J Clin Med. 2025 Apr 30;14(9):3097. doi: 10.3390/jcm14093097. PMID: 40364128

Negli Stati Uniti, la morbilità materna al parto è 2-3 volte superiore rispetto ad altre nazioni ad alto reddito, e continua ad aumentare fra le donne non bianche. Un fattore che può influenzare positivamente o negativamente la situazione è la capacità di valutare e gestire in modo tempestivo ed efficace il dolore durante il travaglio e il parto stesso (DTP). Questa forma di dolore può infatti essere sintomatica di problematiche come dolore pelvico, sanguinamento, ipertensione, problemi cardiovascolari, e può essere un fattore predittivo indipendente di esiti post parto avversi (come il dolore post parto cronico e la depressione post parto).

Lo studio di Namrata N. Vasquez e collaboratori, del Weill Cornell Medical College di New York, mira a valutare in che misura le disparità di gestione del DTP possano dipendere dalla razza e dall'etnia dichiarate dalla donna al momento del ricovero. Poiché infatti **disparità etniche e razziali** nel monitoraggio e nel trattamento del dolore sono ben documentate in altri contesti, come nel dolore cronico, nel dolore gestazionale e nell'assistenza post parto, si può ragionevolmente ipotizzare che disparità simili persistano nel travaglio e al parto.

L'analisi è stata condotta su un campione di **46.671 donne** che avevano partorito presso lo Houston Methodist Academic Institute, un grande sistema ospedaliero che comprende un centro di terzo livello e 7 ospedali zonali che servono l'area metropolitana di **Houston** (che ha una popolazione di 7,34 milioni di abitanti ed è la città con il maggiore grado di diversità etnica degli Stati Uniti).

La **razza** dichiarata dalla paziente viene registrata nella cartella clinica elettronica come caucasica, nera, asiatica, nativa americana, hawaiana/delle isole del Pacifico, multirazziale, altro o in declino. L'**etnia** viene invece registrata come ispanica (o latina), non ispanica, in declino. Razza ed etnia possono poi sono state combinate in un'unica variabile: nera, bianca ispanica, bianca non ispanica, asiatica, nativa americana, hawaiana/delle isole del Pacifico, multirazziale e altro.
Le disparità etniche e razziali nel trattamento del dolore osservate in questo studio sono coerenti con precedenti ricerche sui pregiudizi sistemici all'interno del sistema sanitario, con i fattori culturali coinvolti nel dolore e nel parto, e con le diverse percezioni dell'assistenza medica da

parte dei vari gruppi razziali ed etnici.Per esempio:
le donne nere riferiscono **un dolore significativamente maggiore** rispetto alle donne bianche non ispaniche, mentre le donne multirazziali e asiatiche riferiscono un dolore significativamente inferiore rispetto alle donne bianche non ispaniche;
le donne nere hanno meno probabilità di ricevere **antidolorifici** e una maggiore propensione a **rifiutare la somministrazione** rispetto alle donne bianche non ispaniche;
le donne bianche ispaniche hanno meno probabilità, rispetto alle donne bianche non ispaniche, di ricevere antidolorifici e **misure di conforto**, e la stessa propensione delle nere a rifiutare la somministrazione dopo aver riferito il dolore;
le **donne asiatiche** sono meno propense a riferire dolore durante il parto, per una serie di credenze, tradizioni e tabù culturali legati all'evento;
le esperienze delle donne nere e ispaniche bianche possono essere influenzate da **un rapporto inadeguato** fra paziente e operatore sanitario, anche sullo sfondo di modelli sistemici e ben documentati di **maltrattamento**, come l'essere ignorate o respinte quando si cerca aiuto per il dolore.
Questi risultati confermano che:
esistono disparità legate alla razza e all'etnia nella frequenza del monitoraggio del dolore, nella sua valutazione quantitativa e nella somministrazione di trattamenti farmacologici adeguati;
si perde così un'importante opportunità non solo di gestire efficacemente il dolore in sé, ma anche di identificare i meccanismi che predispongono alla morbilità e mortalità peri-parto materna, nonché alla depressione e al dolore cronico post parto;
evidenziano l'urgente necessità di una maggiore comprensione degli aspetti psico-sociali ed etici delle interazioni fra operatori sanitari e pazienti, al fine di garantire che queste ultime ricevano tutto il trattamento di cui hanno bisogno e a cui hanno diritto.
I tentativi di implementare una formazione esclusivamente pratica, senza intervenire sui pregiudizi che governano questi scenari, hanno prodotto risultati limitati. Sono quindi necessarie **linee guida educative e politiche** specifiche per promuovere relazioni più positive con le pazienti e **migliorare la comprensione del vissuto del dolore** nei contesti culturali da cui esse provengono.