

## **Un nuovo modo di nascere nel nuovo millennio**

Nel corso degli ultimi decenni la diagnostica ostetrica ha compiuto dei progressi straordinari, sia per il controllo delle condizioni materne che per quelle del feto. L'ecografia, l'amniocentesi, il monitoraggio della gravidanza e del travaglio di parto permettono di effettuare calcoli molto precisi sull'epoca gestazionale e sulle condizioni materne, fetali e placentari. Non bisogna tuttavia ritenere che i ridotti indici di mortalità materna e fetale siano da attribuire esclusivamente a questi progressi: il miglioramento delle condizioni sociali ed economiche costituisce un fattore senz'altro più determinante, come è stato dimostrato dalla revisione degli indici statistici effettuata dalla ricercatrice Marjorie Tew. Per quanto sia giusto applicare il più possibile i vantaggi del progresso scientifico, sarebbe opportuno valutare, in questo caso, l'effetto della tecnica ostetrica sulla psicologia della donna. La sempre maggior precisione dei dati ha infatti determinato negli operatori sanitari atteggiamenti legati alle indicazioni schematiche della diagnostica, troppo rigidi e direi meccanici nei confronti della gestante, che viene così privata del suo parto. La donna subisce, in realtà, un regresso della qualità assistenziale, provocato, paradossalmente, da un progresso. Dall'inizio della gravidanza la gestante viene sottoposta a controlli periodici, a volte troppo frequenti, che possono creare, se non adeguatamente illustrati, la sensazione di uno stato di malattia. Le visite ginecologiche periodiche, come è stato osservato da un recente studio condotto in una città italiana, sono troppo brevi – 23 minuti di media – per le esigenze della donna, la quale vive in molti casi i nove mesi di gestazione con un senso d'ignoto. Al momento del travaglio la coppia non sa ancora cosa aspettarsi: la gestante entra in ospedale o in clinica, viene sottoposta alla cosiddetta "preparazione" ovvero tricotomia (taglio dei peli dei genitali esterni), al clistere e viene messa a letto. A questo punto la donna ha già perduto la sua identità, come un condannato ai lavori forzati. La nascita non è più un evento attivo ma passivo: tutto lo svolgimento del travaglio e del parto dipenderà dalle decisioni di chi assiste, preparato o meno che sia ad attendere con pazienza l'evoluzione naturale degli eventi. La posizione supina viene mantenuta per il periodo del travaglio

e, successivamente, sul lettino della sala parto, per comodità di assistenza, costringendo il feto a procedere in salita per uscire dal canale del parto, considerato che il bacino è diretto in avanti. I tempi di espulsione del feto, in questo modo, sono all'incirca raddoppiati rispetto, ad esempio, alla posizione accoccolata, favorita dalla forza di gravità e dall'allungamento dei diametri genitali (23' di media contro i 45' in posizione supina). La perdita del controllo del proprio parto si traduce per la donna in un aumento di parti con intervento esterno, operativi, con applicazione di forcipe, ventosa e parti cesarei. Questi ultimi, in particolare, hanno assunto dei valori statistici allarmanti, come è stato già ampiamente segnalato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. In alcuni Paesi, infatti, la frequenza dei cesarei è giunta al quaranta per cento.

Considerando che nella stragrande maggioranza dei casi il parto cesareo viene ripetuto alle nascite successive, l'arrivo del terzo millennio giunge, per l'ostetricia moderna, all'insegna della nascita del tutto strumentale. Il bambino è ormai soltanto il prodotto della tecnica ostetrica, non più individuo, così come la madre "preparata" per andare in sala parto. Ma siamo certi che l'ostetricia abbia fatto progressi? E se la tecnica è andata avanti, perché la qualità –dal punto di vista umano– dell'assistenza alla donna ed al bambino è regredita?

Per le due domande si potrebbe formulare una sola risposta: il progresso è soltanto per noi, operatori sanitari, protetti da un incrocio di dati che ci esonera dall'onere delle decisioni cliniche, senza l'obbligo di tenere conto delle esigenze della donna. In pratica un piccolo spostamento di parametri strumentali relativi all'accrescimento fetale, alla quantità di liquido amniotico, una modifica del battito cardiaco fetale di scarsa rilevanza, sono alcuni elementi che possono condurre inesorabilmente il parto ad un espletamento operativo, spesso senza un'effettiva necessità. La tecnica medica può trasformarsi così da supporto in ostacolo.

## Il parto dolce

Il parto dolce è un metodo di assistenza che si avvale di tutto il supporto scientifico più moderno, senza “medicalizzare” la nascita togliendone il controllo alla gestante. La cura dell’informazione della coppia nel corso della gravidanza, la realizzazione di un ambiente sereno per il travaglio ed il parto, la libera scelta delle posizioni e delle modalità per partorire, il rispetto del neonato e del suo contatto con la madre, sono i principali elementi su cui è basato il metodo. Dall’inizio della gravidanza, dalla prima visita, bisogna parlare di parto offrendo tutte le alternative possibili: a domicilio o in ospedale, in acqua, in posizione accoccolata, in piedi o indolore con l’anestesia spinale, ogni caso deve essere affrontato con chiarezza, affrontando anche l’ipotesi del parto operativo, se necessario, tenendo conto che rinviare le spiegazioni comporta soltanto il mantenimento di uno stato di angoscia, già latente in ogni futura mamma. Tutto ciò che è medico deve essere ampiamente chiarito, senza lasciare lacune d’informazione, equivoci, interpretazioni oscure. L’immagine del parto deve suscitare serenità anziché paura: la cura dell’ambiente in cui si svolgono il travaglio ed il parto è diretta ad eliminare il più possibile l’aspetto ospedaliero ed operatorio che caratterizza le strutture esistenti. E’ molto meglio una nascita serena nella camera di un ospedale che in una sala parto squallida e “aggressiva” che spesso determina la tipica sequenza

paura-arresto del travaglio-fleboclisi-(parto operativo)

con tutte le frustrazioni che seguono nel puerperio.

Oppure, se proprio costretti alla sala parto-operativo, è consigliabile recarvisi all’ultimissimo istante, per evitare che le contrazioni si arrestino. La partoriente, se libera di decidere, gradisce trovare i suoi spazi intimi e tranquilli: chi assiste i parti in casa sa bene che l’angolo di un bagno o la sponda di un letto possono rappresentare il luogo ideale per raccogliersi nei momenti più difficili. Da queste osservazioni appare evidente l’entità della violenza praticata nel costringere una donna su un lettino, al centro di una stanza, completamente scoperta e, si potrebbe anche dire, indifesa.

La penombra, i sussurri, la possibilità di vedere, toccare la testina del bambino che sta uscendo, il contatto con il seno mentre il cordone ombelicale è ancora intatto, prima che il padre lo tagli, sono

semplici accorgimenti che garantiscono una grande collaborazione. In caso di parto cesareo, è opportuno impiegare l'anestesia spinale per far sì che la madre possa osservare la nascita del bimbo, che può essere portato al seno ancora prima che termini l'intervento. Il padre, quando possibile, deve avere la facoltà di assistere in ogni momento. Se tutti questi semplici principi, indicati peraltro anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, troveranno una giusta applicazione per il miglioramento qualitativo dell'assistenza al parto, se finalmente vecchie nozioni trasmesse dalle scuole di specializzazione verranno rinnovate per i giovani, il 2000 potrà segnare l'inizio del recupero per il sofferente sviluppo demografico in Europa.

Prof. Dr. Giuseppe Grimaldi

Docente di Tecniche Integrate Ostetriche Ginecologiche  
Facoltà di Medicina e Chirurgia – Novara

Giuseppe Grimaldi

E' specialista Ginecologo Ostetrico.

Insegna Tecniche Integrate Ostetriche e Ginecologiche

Presso l'Università del Piemonte Orientale "A. Avogadro"

E' docente di Immunologia Ginecologica all'Università di Londra.

Autore di numerose pubblicazioni, ha scritto fra gli altri *Il Parto Dolce* (De Agostini),  
la *Guida Pratica al Parto Dolce* (Il Mosaico), il *Consultorio Tascabile* (I.S.M. E.M. Edizioni)