

Mara Bianchini e Nathalie Rossi

Mara Bianchini, dopo aver ottenuto il titolo di infermiera, ha seguito il percorso di specializzazione in ostetricia presso l'Università di Torino. Dal 2011 lavora come levatrice indipendente nella regione

del Bellinzonese e dal 2017, parallelamente alla libera professione, lavora al DEASS in qualità di docente professionista. Nathalie Rossi, ha lavorato come infermiera prima in ospedale e poi a domicilio

sempre in ambito pediatrico fino al 2011. Successivamente entra a far parte del comitato GIIPSI (Gruppo Interregionale Infermiere Pediatriche della Svizzera Italiana), Spitex pediatrico no-profit, assumendone

il ruolo di vice-presidente da febbraio 2020. Dal 2008 lavora al DEASS dove svolge la propria attività didattica.

Tutti meritiamo un buon inizio

"Il parto è una faccenda di donne, una faccenda che riguarda il nostro corpo. Un corpo, di fatto, portentoso, a partire dal ciclo mensile fino ad arrivare al potere straordinario racchiuso nell'atto di partorire. Eppure nella nostra cultura non rilevo alcun rispetto verso queste mirabili funzioni: il nostro corpo, al contrario, viene messo a dieta, allenato, maltrattato, camuffato, di prassi punito perché lontano da un ideale irrealistico e irraggiungibile. Una tale mancanza di fiducia e di rispetto nei confronti del nostro corpo rischia di privarci della fiducia nel partorire... Il parto è l'inizio della vita, inizio della maternità e della paternità. Tutti noi meritiamo un buon inizio."
Sarah J. Buckley 2012

Quando si pensa alla nascita, immediatamente si pensa a qualcosa di positivo, a qualcosa che procura gioia, ma quando ci si sofferma a parlare con chi ha vissuto questa esperienza, emergono racconti molto diversi tra loro. Ci si ritrova a raccontare di come è stato il parto perché ogni aspetto di quel momento viene vissuto in maniera così profondamente intima da occupare un posto ben custodito anche nel corpo, ed il corpo lo ricorda per sempre. Ogni donna, ogni famiglia ha delle risorse, delle esperienze ed il vissuto legato a questo evento dipenderà da questi aspetti ma anche da come la donna e la famiglia verranno accompagnati. È un atto di cura che ognuno di noi come figlio ha ricevuto e che ci condiziona per tutta la vita. Questa è la premessa che ogni anno facciamo al modulo di "Percorso nascita e assistenza alla donna" per il corso di laurea in Cure infermieristiche del quale siamo le responsabili, un modulo che riguarda tutti noi perché fa parte della nostra storia di vita.

Il condizionamento culturale

Il modello culturale di riferimento di gran parte dell'Occidente è quello bio-medico, ancorato ad una visione dicotomica di malattia/salute ed orientato dalla prospettiva del rischio, che viene presentato spesso come pericolo o danno reale e non come proiezione statistica di una probabilità.^[1] Attualmente termini come "parto naturale", "normale" e "fisiologico" sono utilizzati come sinonimi e ciò dimostra che non possediamo più criteri per una corretta definizione. I determinanti della pratica ostetrica contemporanea sono più spesso identificati nelle parole "rischio" e "morte", non "nascita". Tale mancanza etimologica potrebbe essere ascrivibile a pratiche di cura orientate alla ricerca dei segni di malattia rispetto a quelli di salute.

Come confermato da studi di diversi antropologi, tra cui Brigitte Jordan, gravidanza e parto sono definiti non solo biologicamente ma anche culturalmente. Si può quindi affermare che "la modalità con cui una società parla della nascita costituisce il maggiore indicatore delle modalità con cui viene organizzato il sistema assistenziale".^[2] Come già descritto nel lontano 1975 dal filosofo Georges Canguilhem^[3], la definizione di normalità secondo il modello bio-medico è caratterizzata da tre fattori che la coabitano: la perfezione biologica, la media statistica e il valore sociale. Ma i valori che esulano dalle normali descrizioni di anatomia e fisiologia possono essere ancora considerati espressioni di normalità? E si deve sempre considerare patologica una durata superiore a quella di otto ore prevista come durata media del travaglio?

Quanto al valore sociale, l'evento nascita è connotato dalla cultura della popolazione nel quale-

[1] G.Colombo, A.Regalia. (2018). *La nascita: rischi reali, pericoli percepiti*. Roma: Carocci Faber.

[2] Jordan 1993 pag 61 citato in R. Spandrio, A. Regalia, G. Bestetti. (2014). *Fisiologia della nascita. Dai prodromi al post partum*. Roma: Carocci Faber.

[3] Canguilhem 1975 citato in R. Spandrio, A. Regalia, G. Bestetti. (2014). *Fisiologia della nascita. Dai prodromi al post partum*. Roma: Carocci Faber.

esso avviene, ciò orienta la scelta verso modalità di parto considerate oggi le più sicure.

I rischi di una sovramedicalizzazione

Attualmente la maggior parte delle evidenze su cui si fonda la pratica clinica considerano come *outcomes* unicamente mortalità materna e perinatale e morbosità a breve termine.

Sono invece ancora poche le ricerche che prendono in considerazione come rischi le complicanze da medicalizzazione a lungo termine, quali il danno al legame madre bambino, la lesione della decisionalità soggettiva della donna, le depressioni, le sindromi da stress post traumatico da parto, i disturbi perinatali, i disturbi sessuali post partum, la violazione dell'integrità della persona, la qualità dell'esperienza. Si tratta di rischi estremamente rilevanti, che possono incidere in modo importante sulla successiva qualità della vita della donna e della famiglia.^[4] L'obiettivo finale della cura dovrebbe sempre essere quello di valorizzare le dimensioni biologiche, psicologiche e culturali della nascita senza rinunciare alle risorse fortunatamente offerte dalla scienza, avendo ben presente che non sempre ciò che si è dimostrato capace di aumentare la sicurezza ha poi migliorato l'esperienza soggettiva.

Secondo le ultime raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la maggior parte delle donne aspira a una nascita fisiologica ed esprime il bisogno di mantenere il controllo sul proprio parto anche quando si rendono necessari degli interventi.^[5] Tra le 56 raccomandazioni proposte, diverse riguardano le modalità di cura ed in particolare, l'assistenza rispettosa, la comunicazione efficace, l'accompagnamento durante il percorso nascita, presupponendo un ruolo di tutela e supervisione del processo fisiologico che quindi dovrà essere ben conosciuto.

Numeri eloquenti

Solamente un terzo delle nascite avviene per via vaginale senza strumenti e senza induzione del travaglio. Tuttavia, di queste solo una parte può considerarsi fisiologica perché nelle statistiche non compaiono eventuali episiotomie e l'uso di analgesici e/o di ossitocina sintetica.



“Nel confronto con l'Europa, la Svizzera fa parte dei paesi con un più alto tasso di tagli cesarei, il tasso si avvicina a quelli osservati in Germania e in Italia (...) quanto più l'età delle partorienti aumenta tanto più aumenta il taglio cesareo primario (...). Alle donne che hanno un'assicurazione privata viene praticato più frequentemente il taglio cesareo rispetto alle donne che hanno un'assicurazione comune (45.6% contro il 30.7%) (...). Il cantone che detiene il tasso più alti di tagli cesarei è il Canton Glarona dove il 40% dei parti avviene per taglio cesareo. Al contrario c'è il Canton Giura dove un quinto (19.4%) dei parti avviene per taglio cesareo.”^[6]

Il tipo di esperienza incide sul futuro di madre e bambino

In qualità di curanti abbiamo oggi a disposizione abbondante materiale scientifico che ci permette di comprendere quanto le prime fasi della vita, gestazione compresa, abbiano un'influenza rilevante nella manifestazione delle caratteristiche psicofisiche dell'adulto. La teoria dell'attaccamento di Bowlby e le ricerche dell'epidemiologo David Barker sul *programming** fetale, hanno evidenziato come il periodo che intercorre tra la gestazione ed i primi anni di vita lasci tracce durature nell'assetto dell'individuo. Sappiamo oggi che queste tracce hanno un ruolo importante in termini di ricadute sullo stato di salute e malattia, ma anche che alcune di esse sono reversibili. Tali considerazioni dovrebbero essere di grande stimolo per il mondo della cura che dovrà decidere come accogliere questa sfida. Secondo R. Lane^[7], la maggior parte degli studiosi ritiene che il periodo più vulnerabile per il *programming* fetale sia la fase finale della gestazione, fase in cui molti fattori, inclusi dieta e stress materni, si sono dimostrati capaci di influire sul *programming* del feto. Studi similari sono stati portati avanti negli ultimi decenni an-

[4] R. Spandrio, A. Regalia, G. Bestetti. (2014). *Fisiologia della nascita. Dai prodromi al post partum*. Roma: Carocci Faber.

[5] WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience 2018.

[6] Statistica medica federale MS Elaborazione e commento: Unità statistiche sanitarie DSP, DSS.

[7] M. Baldassarre (2016). Epigenetics, fetal programming, and adult onset disease: interview to Prof. Robert Lane. *Gastroenterologia epatologia e nutrizione pediatrica*. (VIII) 2-3. doi: 10.19208/2282-2453-101.

[8] F. Bottacioli, A.G. Bottacioli. (2017). *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata*. Milano: Edra.

che da Michel Odent al Primal Health Research Centre. Nel 2011 un gruppo di ricercatori del Karolinska Institutet di Stoccolma, ha analizzato 2,6 milioni di gravidanze, dimostrando la correlazione tra stress e aumento di nascite pretermine o di basso peso, nascite accomunate dalla frequente necessità di stazionare per molto tempo in un reparto specialistico. Questa situazione determina contatti madre bambino scarsi e difficili, aspetto che è stato dimostrato essere causa di attaccamenti disorganizzati e di una personalità insicura, epigeneticamente basata su modalità di risposta allo stress che potrebbero favorire l'insorgenza di numerose patologie.^[8]

È quindi sensato e prioritario strutturare un'assistenza della gravidanza che sia in grado di minimizzare lo stress cronico indotto dall'effetto nocebo dell'eccessiva medicalizzazione di massa che opera senza distinzione tra basso e alto rischio.

La qualità della cura è cruciale durante tutta la maternità

È ben noto quanto l'ossitocina naturale costituisca uno degli ingredienti del cocktail ormonale presente nelle ore attorno al momento del parto: ad oggi le sono riconosciute diverse funzioni, non solo legate all'ambito della nascita, ma anche al ruolo che riveste nell'influenzare il comportamento umano; proprio per questo è definita come "l'ormone dell'amore".

Si tratta di un ormone timido il cui rilascio è facilmente inibito dall'iperattivazione ortosimpatica (paura), dalla continua riattivazione del sistema neocorticale (le pratiche di cura non sempre tengono conto di questo aspetto), dalla sensazione di poca sicurezza, dalla poca intimità, dalla sovrapposizione dei genitali, da posizioni scomode, dall'eccesso di luce e da pratiche assistenziali percepite in maniera negativa. Il rilascio di ossitocina è viceversa favorito non solo da fattori meccanici ben conosciuti ma anche emotivi, come il piacere, il ricevere cure amorevoli ed il *bonding*^{**}. Bastano queste poche righe per farci comprendere il ruolo cruciale dell'approccio di cura scelto ed attuato durante l'assistenza alla donna: piuttosto che "fare", è importante essere in possesso di tutte le conoscenze necessarie per comprendere quando è meglio "non fare", con lo scopo di favorire il processo fisiologico ed involontario della nascita. La competenza non dovrebbe più essere letta attraverso una sequenza infinita di atti tecnici o interventi di routine, bensì trasparire dalle capacità del curante di contenere, osservare e tutela-

re la fisiologia, valutando precocemente quando il processo devii dalla normalità, ora che se ne comprende il significato.

E se pensiamo alle ore, giorni e mesi successivi alla nascita, in che modo viene interpretato il ruolo dei curanti garanti della fisiologia?

Ormai da molto tempo sappiamo che l'allattamento costituisce uno strumento fondamentale per il corretto sviluppo del sistema immunitario, che potrebbe invece essere danneggiato dalla nutrizione artificiale. Questa fondamentale pratica nutritiva non ha unicamente funzioni biologiche: tramite essa il neonato sperimenta il contatto, il nutrimento affettivo, il contenimento e la rassicurazione. Nel sentire assecondata la sua richiesta (espressa tipicamente con il pianto), sperimenta la propria forza e conferma la continuità positiva della risposta.^[9]

Con queste modalità interattive il neonato calibra assetti psico-biologici che permarranno negli anni.

Abbiamo sicuramente molte sfide che ci attendono tra cui la comprensione della normale complessità della nascita. Riconosciuta tale complessità si rende necessario acquisire la consapevolezza che non esistono risposte semplici, e che non dovrebbero più trovare spazio pratiche di cura non centrali per la salute della diade madre-figlio.

La buona cura dovrebbe ammettere anche margini di "non evidenza", di "non razionale", contemplando una pluralità di linguaggi ed una circolarità nella relazione mamma-bambino.

“È sensato e prioritario strutturare un'assistenza della gravidanza che sia in grado di minimizzare lo stress cronico indotto dall'effetto nocebo dell'eccessiva medicalizzazione di massa.”

Il focus delle cure dovrebbe prevedere ed integrare un approccio salutogenico, con la massima individualizzazione, ponendo l'attenzione ai fattori culturali ed al contesto, alle preferenze del soggetto ed alla complessità degli interventi che non possono essere ricondotti al mero trattamento tecnico o farmacologico.

La cura richiede presenza ed attenzione, ma soprattutto la capacità di restituire alla donna il ruolo di protagonista potenziandone l'empowerment e rafforzando la consapevolezza di potercela fare con le proprie forze, ricordando che le donne sono biologicamente programmate per partorire in modo naturale.

** Secondo Lane, 2016, il termine "programming", alla lettera "programmazione", si riferisce al concetto che eventi o stimoli che si realizzano durante alcuni periodi critici dello sviluppo di un organismo possono "programmare" la sua struttura o lo sviluppo di una funzione a lungo termine.*

*** Il termine bonding deriva dalla lingua inglese e nasce negli Stati Uniti nel 1982. Il termine bond significa "attaccare", "incollare", "cementare", "vincolare", connota il legame istintivo ed innato del neonato, il processo indispensabile senza il quale non si sopravvive e che si espleta con il bisogno immediato di contatto con la sua mamma ed il suo papà. Ad oggi è scientificamente dimostrato che tanto precoce sarà questo contatto tra i due, tanto più forte sarà il loro legame per tutta la vita. I maggiori studiosi del tema sostengono che affinché tale attaccamento possa avvenire, il contatto tra genitori e neonato deve essere, precoce ed intenso, iniziato immediatamente dopo la nascita.*

[9] A. Bianchi (2018). Le basi della vita. Un progetto di prevenzione primaria nella vita perinatale. *PNEI-NEWS I saperi della scienza e della salute*. 11, 4-7.