



FATTO IN CASA FATTO CON GUSTO (PARTORIRE IN CASA PERCHÉ)

UNA BREVE, NECESSARIA PREMESSA SULLA STORIA DEL PARTO^(*)

L'evoluzione della scienza medica, i suoi rapporti con il sesso femminile e con i "deboli" in genere, l'uso fatto dalla cultura maschile dominante delle nuove tecniche ostetriche... aiutano a comprendere il presente, a comprendere perché le donne oggi **hanno paura di partorire**.

IL PARTO COME RITO DA VIVERE IN GRUPPO

Dall'inizio della vita dell'uomo sulla terra la donna come le femmine di ogni altra specie animale sceglieva il luogo e la posizione da assumere durante il parto. L'evento veniva aiutato dalla comunità, in particolare dalle donne anziane. Attraverso il dolore una ragazza diventa donna in grado di assistere il neonato... e come per tutti i grandi momenti di crescita la società istituisce riti per placare gli dei e le paure della protagonista. Nel parto l'uso del rito era fondamentale.

LA LEVATRICE

Le donne che seguivano le partorienti svolgevano svariate funzioni, dalle pratiche abortive alle cure di bellezza, dagli amuleti "d'amore" alle tecniche contraccettive.

1500: L'ANNO DELLA SCIENZA

Nasce l'ostetricia moderna. Vengono dati i nomi agli organi genitali femminili. Viene inventato il microscopio e prende il sopravvento quel modello "scientifico" secondo il quale è reale solo ciò che può essere visto e misurato: quel modello che ancora oggi blocca la nostra medicina. Si aprono le Università (solo agli uomini) e i "dottori" diventano sempre più una classe di potere... ma della pratica dell'ostetricia parlano e parlano ma non conoscono nulla. La Chiesa inizia la persecuzione delle streghe. L'uomo doveva riuscire a prendere il controllo sulla salute e sulla donna; al rogo andavano soprattutto le levatrici e la loro arte magica... perché sapevano far nascere, guarire e aiutavano la donna ad abortire... il "male", il "diavolo" era nell'istintività, nei sentimenti, nella passione: **la donna era pericolosa**.

1600: MEDICI FILOSOFI E MEDICI CHIRURGHI

I primi tentativi di taglio cesareo (per poter battezzare il feto prima che morisse) avevano una mortalità materna del 95%. I primi veri ostetrici in Italia furono i chirurghi, che conquistarono l'ostetricia e così riscattarono la loro sudditanza con i medici-filosofi che dissertavano sulle malattie ma **non toccavano mai** il corpo.

Le donne vennero fatte partorire supine, venne loro detto cosa dovevano fare e come spingere. Esse si trovarono costrette ad affidarsi ad un estraneo che diceva loro che senza di lui non avrebbero mai potuto

far nascere il bambino... nasceva così l'abitudine a delegare al medico il proprio parto.

Verso la fine del 1500 William Chamberlen inventò il forcipe. Nei parti che non progredivano era l'unico strumento che dava qualche possibilità di sopravvivenza a madre e figlio. La scoperta fece clamore. Grande fama e potere al medico che lo possedeva. Ma per cento anni (sino circa al 1700) la famiglia Chamberlen si tramandò il segreto del forcipe a due branche presentandosi ai congressi medici con una sola branca dello stesso.

1800: NASCONO GLI OSPEDALI

Le cliniche ostetriche sono tra i primi reparti specialistici. Lì venivano obbligate a partorire ragazze madri, povere, quelle senza il "patrocinio" di un uomo. La mortalità delle puerpere raggiungeva il 70%. Non esistevano regole igieniche. I medici passavano, a mani nude, da una autopsia ad una visita vaginale.

IL CASO DEL DOTT. SEMMELWEIS

Questo medico provò a far lavare le mani ai medici prima di visitare le partorienti. I risultati furono clamorosi. Ma la sua scoperta non fu creduta dalla Società medica dalla quale venne anzi espulso morendo poi giovane e pazzo.

1900

L'ospedalizzazione del parto è la norma, i bambini nascono in ambienti asettici privi di suoni, di profumi, di sentimenti... mani estranee tirano fuori neonati che vengono subito allontanati dalla madre e tenuti in isolamento anche tre giorni; il latte è quello artificiale, perché misurabile e analizzabile nei suoi componenti. La donna **deve prepararsi** al parto... nei corsi si insegna a spingere quando dice il medico, a non urlare. Nasce "la brava partorienti", quella che alla fine di un parto silenzioso e in solitudine dice "grazie dottore... se non c'era lei..." La conquista del corpo femminile ora è totale. La donna torna a casa con un neonato che non riesce a sentire come suo; spaventata dalle responsabilità si sente inadeguata e impreparata... il parto non ha dimostrato la sua forza ma solo l'abilità del suo medico... la depressione post-parto colpisce così la maggior parte delle donne.

... Perché l'energia del parto se lasciata libera farebbe esplodere l'ospedale coi suoi ritmi e le sue regole... il personale si troverebbe faccia a faccia con le proprie emozioni... ma soprattutto la donna uscirebbe da questa esperienza più forte, più sicura, meno addomesticabile... sarebbe più libera e insegnerebbe a suo figlio la libertà.

Ma la libertà, si sa, non è il fine ultimo cui tende il nostro ordinamento sociale.

(*) Abbiamo qui riassunto per punti una conferenza sulla Storia del parto tenuta al Centro Orientamento Salute di CARTAduemila a Bologna dalla dott.ssa Marialessandra Panozzo, conferenza che comparirà in una prossima Guida alla Salute (la n° 5) dedicata al parto naturale.

PARTORIRE IN CASA PERCHÉ

Il parto in casa oggi viene richiesto da quelle donne e coppie che desiderano vivere in modo globale, nel loro ambiente e senza inutili interferenze, la nascita del loro bambino, senza per altro rinunciare agli strumenti di sicurezza che oggi la medicina offre. Non quindi ritorno al passato bensì recupero di parte di quelle tradizioni che rendevano, fino a qualche decennio fa, il parto un evento familiare ed intimo, unito alla possibilità di utilizzare, in caso di necessità, tutti i mezzi diagnostici e terapeutici necessari, grazie a un rapido collegamento con le strutture ospedaliere.

LA SICUREZZA NEL PARTO

La gravidanza, il parto, l'allattamento e il dopo parto, sono eventi fisiologici, facenti parte potenzialmente della vita di ogni donna. Di questo apparentemente sembrano esserne tutti convinti. Nella realtà però quello che si constata è come vi sia l'affidamento pressoché totale di questi eventi a delle figure professionali (il *ginecologo* prima e il *pediatra* poi), che per formazione sono più proiettati verso la malattia che verso la tutela della salute.

La storia del parto ci mostra qual è stato il percorso che ci ha portato verso la realtà odierna, caratterizzata da una medicalizzazione eccessiva e addirittura dannosa. Ci si affida infatti ai medici e all'ospedale in nome di una maggiore sicurezza per sé e per il bambino.

Ecco la statistica (1977) relativa alla **Mortalità Perinatale Neonatale (MPN)** di alcuni paesi industrializzati che può essere considerata uno specchio della sicurezza offerta:

Svezia	9,6‰
Scozia	15,5‰
Inghilterra e Galles	17,1‰
Italia	21,2‰
Olanda	13,0‰

Si notino le notevoli differenze nonostante che in tutti i paesi (ad esclusione dell'Olanda) vi sia un'ospedalizzazione del parto pari quasi al 100%. Per contro in Olanda, nel 1977, il 45% dei parti si effettuò a domicilio con la percentuale più bassa di MPN.

Analoga statistica quella del 1984:

Italia	14,4‰	(col 100% dei parti ospedalieri)
Olanda	9,7‰	(col 35,5% dei parti a domicilio)

Si noti quindi come vi sia stata nel corso degli anni una tendenza generale alla diminuzione della MPN evidentemente non dovuta alla totale ospedalizzazione ed ai cosiddetti progressi medico-scientifici, quanto ad un miglioramento generale delle condizioni socio-economiche, ad un aumento della scolarità, ad una maggiore accessibilità ai servizi sanitari di base.

I dati sopra riportati sono sufficienti a dimostrare come la sicurezza che offre l'ospedale sia spesso solo apparente. Anzi, oggi ci troviamo di fronte al paradosso che gli eccessivi controlli ed interventi che vengono fatti alla gravida o alla partoriente sono causa di un aumento della patologia (la cosiddetta *patologia ostetrica iatrogena*) invece che di prevenzione.

Il confronto delle statistiche dei tagli cesarei (TC) con il tasso di MPN dei due paesi presi qui in esame ci conferma questa affermazione:

Italia	TC 25%	MPN 14‰
Olanda	TC 6%	MPN 9,7‰

Il 12 dicembre 1987, "Lancet", una delle più "prestigiose" riviste mediche, pubblicò i risultati di 8 ricerche condotte in diverse parti del mondo. Decine di migliaia di parti erano stati presi in esame per confrontare gruppi di donne che avevano partorito con il *monitoraggio elettronico fetale* e gruppi che avevano partorito senza questo controllo (in questo caso il battito cardiaco fetale era controllato saltuariamente da un'ostetrica).

Non risultavano tra i due gruppi differenze rilevanti nella percentuale di nati vivi e di nati sani.

Ma la conclusione generale era che l'unico effetto del monitoraggio consisteva nell'aumento dei tagli cesarei e dell'uso del forcipe a riprova del fatto che l'eccessiva medicalizzazione di un evento fisiologico lo complica e richiama una ulteriore medicalizzazione.

COME RENDERE PIÙ FACILE E SICURO IL PARTO

Vediamo ora tutto ciò che può invece facilitare e di conseguenza rendere il parto meno pericoloso.

Nel libro "Il bebè è un mammifero" Michel Odent (uno dei più importanti ricercatori sulle tematiche della nascita) evidenzia come sarebbe tutto molto più semplice se ci ricordassimo ogni tanto che anche noi siamo dei mammiferi. Osservando ad esempio il parto di una gatta o di una cagna, si nota come queste ultime possano arrivare a bloccare e ritardare anche di molti giorni il proprio parto se non riescono a trovare l'ambiente che gli consente l'intimità e il raccoglimento necessari al suo espletamento. Anche la donna mette in moto gli stessi meccanismi di difesa se l'ambiente circostante non le offre quella tranquillità e sicurezza che le sono necessarie.

L'ambiente ostile è quindi la principale causa di arresto del travaglio, di contrazioni inefficaci e di parti protratti.

A questi eventi l'ospedale risponde con la **somministrazione di farmaci**, con **interventi manuali** (le famose *spinte sulla pancia*) o **strumentali** (taglio cesareo o forcipe). Tutte pratiche, queste, non prive di rischi sia per la mamma che per il bambino. Si possono ottenere risultati addirittura sorprendenti semplicemente modificando l'ambiente in cui la donna sta partorendo (farla riposare un attimo, farla mangiare, allontanare persone non gradite, o semplicemente domandandole cos'è che la preoccupa o la impaurisce).

Tutto questo in teoria potrebbe essere facilmente applicabile anche all'interno della struttura; nella pratica l'organizzazione della struttura ospedaliera si basa sulla *routine* e sull'utilizzo di protocolli standard che mal si incontrano con un evento tanto personale ed emotivo quale la nascita di un bambino.

Il trovarsi in un ambiente familiare come quello casalingo, in cui ci si sente a proprio agio, con accanto persone amate e rassicuranti, dove non si verificano continue interferenze e in cui è possibile continuare a sentirsi persone con le proprie esigenze emotive e fisiche, predispone ad una buona riuscita del parto. Risulta molto più facile affrontare il dolore delle contrazioni ed entrare in quel percorso di trasformazione da donna a madre che è il parto, se la donna ha modo di mettere in pratica quelle che sono le sue modalità personali di gestione del corpo e della mente.

Questo significa rispetto dei tempi della donna, presenza di persone di fiducia accanto a lei, creazione di quell'ambiente intimo e sicuro che permette alla donna di lasciarsi andare al percorso parto, viverlo, affrontarlo e trarre da esso la forza necessaria per accogliere il bambino ed insieme ad esso tutte le trasformazioni che egli determina nella vita della donna e della coppia.

IL RUOLO DELL'OSTETRICA NEL PARTO IN CASA

Il parto in casa oggi è il completamento di un rapporto di fiducia con l'ostetrica. L'ostetrica, a differenza del ginecologo e del pediatra, ha una formazione legata alla protezione della salute, alla fisiologia e può fornire il sostegno necessario aiutando la coppia a creare un ambiente protettivo e conservativo che rispetti i ritmi della donna, del bambino e della coppia, la loro intimità, emotività ed affettività.

La possibilità di avere un rapporto personalizzato e accurato (e da qui l'importanza che sia l'ostetrica a seguire la donna fin dall'inizio della gravidanza), permette di depistare sia in gravidanza che durante il parto le situazioni a rischio che necessitano di una referenza verso un'assistenza di tipo specialistico (ginecologo, ospedale o pediatra).

Attenendosi alle disposizioni del "Comitato Nazionale del Parto Domiciliare", l'assistenza alla gravidanza e al dopo parto viene attuata da una ostetrica, mentre al momento del parto, essendo potenzialmente due le persone a rischio (mamma e bambino), vi è la presenza di due ostetriche. Il piano di assistenza per il parto a domicilio viene stabilito insieme alla donna/coppia basandosi sui criteri dell' *Elenco Kloosterman*, dei desideri e dei bisogni specifici della donna.

In linea di massima viene richiesto di entrare in contatto con la donna entro il 7° mese di gestazione. Avrà quindi luogo un primo colloquio conoscitivo/informativo nel quale verranno valutate le motivazioni della scelta del parto a domicilio e presentato il piano d'assistenza previsto nel corso della gravidanza, parto o puerperio.

Indipendentemente dalla scelta della donna di farsi seguire o meno da altri specialisti, alcune associazioni da noi interpellate richiedono:

- fino alla 28° settimana una visita ostetrica mensile;
- fino alla 38° settimana una visita ostetrica ogni tre settimane;
- dalla 38° settimana al parto una visita settimanale o con maggiore frequenza a seconda delle necessità.

Con le visite ostetriche ci si pone l'obbiettivo di conoscere la coppia, capire se vive un buon equilibrio personale e relazionale, individuare le sue esigenze specifiche in relazione alle abitudini di vita.

Sono inoltre l'occasione per una valutazione dei parametri ostetrici psico-fisico-sociali di interesse generale e specifico al parto a domicilio.

Alla 38° settimana è prevista una visita domiciliare di entrambe le ostetriche che assisteranno il parto, con valutazione finale degli ambienti e del materiale necessario oltre che alla conoscenza di tutte le persone che la coppia desidera avere accanto durante l'evento. Dalla 38° settimana inizia la reperibilità 24h su 24h di entrambe le ostetriche. E' prevista assistenza ostetrica attiva durante il tra-

vaglio, parto, cure al neonato e post-partum (fino a due ore dopo l'espulsione della placenta).

Tale conduzione ostetrica è di tipo conservativo e protettivo senza interventi farmacologici, manuali o strumentali (nel caso se ne rilevi la necessità si ricorre al ricovero ospedaliero).

La donna è libera di attuare le posizioni che preferisce sia durante il travaglio che durante l'espulsione (risulta indifferente assistere al parto in posizione accovacciata, genopetturale, eretta, supina, in acqua... in quanto si è rilevato come la donna sappia sempre scegliere quella che è la posizione più consona e facilitante la nascita del bambino).

Alla nascita il neonato viene affidato immediatamente ai genitori per dar loro la possibilità di accoglierlo, scoprirlo e riconoscerlo e avere un primo imprinting positivo. Se non si verifica nessuna necessità reale si preferisce non aspirare, pulire né attuare alcuna pratica preferendo dargli il tempo di adattarsi alla nuova vita spontaneamente e dolcemente. Il taglio del cordone viene volutamente ritardato affinché possa espletare sino alla fine la sua funzione di aiuto al bambino al nuovo adattamento ambientale.

Se la madre e il piccolo lo desiderano vengono aiutati per la prima poppata, che comunque inizia spontaneamente senza alcun intervento esterno. Dopo l'espulsione della placenta (che si consiglia di piantare sotto un albero che diverrà del bambino, invece che di gettarla), il papà o la mamma fanno fare il primo bagnetto al bimbo. Si cercherà di farlo prolungato e anzi si consiglia al papà o alla mamma di entrare nella vasca assieme al piccolo e di riutilizzare l'acqua, l'unico elemento conosciuto dal bambino prima della nascita, per fargli ritrovare anche fuori dal ventre materno quell'ambiente rassicurante e confortante che l'ha aiutato a crescere.

Mentre il piccolo scivola dolcemente nel primo sonno, la neo madre ne approfitta per farsi una doccia cui segue il più che meritato brindisi di benvenuto al nuovo nato.

I giorni seguenti al parto una delle due ostetriche si recherà anche più volte al giorno se necessario a controllare il benessere della madre e del bambino. L'indispensabile collegamento con la struttura ospedaliera permette di attuare eventuali esami che si rivelino necessari sia al bambino che alla mamma. Una particolare attenzione si presta all'avviamento dell'allattamento materno e il rapporto con la nuova famiglia si protrae fino a quando il nuovo equilibrio a tre appare avviato.

Infine, a 40 giorni dal parto, un'ultima visita ambulatoriale concluderà il rapporto diretto con la coppia e permetterà un'ultima valutazione dell'evento. L'ostetrica rimane fino ai 3 anni di vita del bambino una persona di riferimento per le cure necessarie, i problemi dell'allattamento, di svezzamento e crescita del bambino. L'orientamento è ovviamente ancora una volta verso il mantenimento della fisiologia e della naturalità di questi eventi.

CHI PUÒ PARTORIRE IN CASA

Nella selezione delle donne che desiderano partorire in casa, ci si attiene al già citato *Elenco Kloosterman*.

Redatto dal Prof. Kloosterman in Olanda nel 1973 ed in seguito revisionato ed aggiornato, elenca tutte quelle patologie ostetriche della gravidanza, del parto, del puerperio e del dopo parto, che richiedono un trattamento specialistico del medico o della struttura ospedaliera. Tutte le donne

che non presentano queste patologie possono essere seguite dall'ostetrica e partorire in casa. Ecco le percentuali di queste ultime:

- 80% delle primipare
- 95% delle secondipare.

Concludiamo questa parte del discorso con le parole dello stesso Prof. Kloosterman altamente riassuntive ed indicative:

«Se una donna è sana, se non mostra segni di gestosi, quando il bambino è in posizione di vertice e non c'è sproporzione feto-pelvica, se la testa fetale si impegna nelle ultime settimane di gravidanza o se almeno è da mettere in contatto con il bacino, se il feto è unico, se la donna non ha anomalie nella sua storia ostetrica, salvo gli aborti, se è primigravida sotto i 40 anni o multigravida sotto i 45, se il parto inizia spontaneamente dopo la 38° settimana o prima della 43°, la donna può avere il suo bambino a casa.

Inoltre occorre che le condizioni sociali siano tali che la donna possa disporre di una stanza a parte, con la possibilità di un buon riscaldamento, che ci sia l'acqua corrente, un bagno facilmente raggiungibile, un telefono e, in caso d'urgenza, si deve poter raggiungere l'ospedale entro un'ora. Queste condizioni sono presenti in circa l'85% di tutte le donne».

COSA SERVE PER PARTORIRE IN CASA

Tutte le cose che la maggior parte della gente ha già in casa. Si chiede semplicemente di riporle tutte sopra un tavolino o un luogo prestabilito in modo da poterle rintracciare facilmente senza disturbare la coppia durante il parto.

In pratica ecco la lista:

- una buona scorta di cibo, o, se è disponibile un congelatore, di pasti già pronti (provviste per nutrire almeno 4 persone per due giorni: mamma, papà e due ostetriche super affamate!).
- caffè (per le ostetriche e per il papà), camomilla, succhi di frutta, tisane, coca-cola (per il vomito), alimenti energetici a piacere quali frutta secca, cioccolata, miele, zollette di zucchero per il travaglio e, infine, spumante per festeggiare la nascita!

PER PREPARARE IL LETTO O IL LUOGO DEL PARTO OCCORRONO:

- due traverse di plastica fine;
- biancheria pulita: 4 lenzuoli, diversi asciugamani e federe;
- molti cuscini per stare comoda in tutte le posizioni;

- coperte di lana, uno scialle, calzettoni di lana (spesso all'inizio del travaglio si sente freddo e il caldo è molto importante per far lavorare bene l'utero e risparmiare energia).

PER L'ASSISTENZA AL TRAVAGLIO E AL PARTO OCCORRONO:

- un piano d'appoggio (tavolino basso, o comodino o carrello);
- due pacchi di pannolini igienici grandi;
- sale grosso per fare degli impacchi sulla schiena;
- olio di mandorle;
- se volete, un diario per il travaglio e per i primi giorni di vita del vostro bambino;
- la musica che più vi piace;
- sacchetti per i rifiuti (grandi e piccoli);
- un secchio;
- una stufetta se occorre riscaldare l'ambiente;
- una torcia;
- uno specchio portatile per vedere la testina del bambino durante la spinta;
- un catino di plastica di media misura per depositarvi la placenta;
- una borsa del ghiaccio (e ovviamente ghiaccio nel freezer);
- garze sterili impacchettate (4-5 pacchetti);
- soluzione disinfettante: ottima la Tintura Madre di Calendula;
- macchina fotografica con pellicola ad alta sensibilità (800 asa): non bombardiamolo di flashes appena nato!

PER IL BAMBINO OCCORRONO:

- teli di flanella o asciugamani morbidi in quantità per asciugare ed avvolgere il bambino appena nato e dopo il bagno;
- due borse dell'acqua calda;
- una bilancia pesa-bambini (si trova a noleggio in farmacia);
- per il bagnetto: bacinella, amido di riso o camomilla o crusca a scelta, una saponetta neutra;
- pannolini;
- vestitini;
- spazzola per capelli.

PER IL PUERPERIO OCCORRE:

- un termometro;
- assorbenti normali da usare dopo i primi 3-4 giorni;
- mutande di carta usa e getta.

Per ulteriori informazioni rivolgersi a
Soc. Editrice Andromeda

via S. Allende 1 - 40139 Bologna - Tel. ø 051.490439 - 0534.62477- Fax 051.491356
e-mail: andromeda@posta.alinet.it - http: www.alinet.it/andromeda
oppure a:

Associazione IL NIDO,
via Zanardi 56 - 40131 Bologna
Tel. ø 051.6350911