

Il trauma del giorno più bello: la ferita del parto

Lo scorso luglio (dal 19 al 24) si è svolta la “settimana della consapevolezza del parto traumatico” o Birth Trauma Awareness Week. Questa iniziativa, riconosciuta a livello internazionale, è stata lanciata da un gruppo inglese, la Birth Trauma Association, allo scopo di rendere visibile il vissuto del parto, che nella realtà delle singole donne non corrisponde sempre alle attese e alle narrazioni ufficiali del giorno più bello. In anni recenti la voce femminile è stata sostenuta da altri movimenti e campagne simili, che hanno allargato il campo di osservazione sulla nascita, mettendo in luce la sua pluralità di senso.

Un parto può essere traumatico per diversi motivi, tra cui i fattori soggettivi, la natura critica dell'evento in sé oppure un decorso difficile, ma esiste anche un nesso tra esperienze negative, modalità della presa a carico e sovramedicalizzazione. La nascita, infatti, è un momento di vulnerabilità in cui l'assistenza alla donna incinta può assumere la forma della tutela e avere ricadute negative sul suo benessere e sul legame materno. Nel modello biomedico il parto, che di per sé non è una malattia, è definito e gestito come un evento potenzialmente rischioso: da un lato la difficoltà a individuare la “normalità” della nascita determina la costante espansione del campo della patologia, dall'altro la medicalizzazione influisce sul modo di porsi della donna di fronte all'evento, suscitando paure e incoraggiando la delega. Durante il travaglio, l'uso disinvolto di una serie di procedure non prive di rischi interferisce con la capacità innata di mettere al mondo, mentre un parto subito passivamente può essere accompagnato da vissuti di violenza, traumi e depressioni, che a loro volta richiedono l'intervento di uno specialista, generando costi aggiuntivi per la sanità.

Relazione di cura e cura della relazione

Secondo una ricerca del CHUV, ospedale universitario di Losanna (C. Deforges et al., 2020), circa una mamma su tre ha un ricordo traumatico del proprio parto, mentre in uno studio della SUP di Berna (S. Oelhafen et al., 2021) una partoriente su quattro segnala di aver subito una forma di coercizione durante la presa a carico. Nelle parole delle protagoniste sono vissute come irrispettose le procedure dolorose, giudicate non necessarie, inaspettate, non motivate o spiegate come “aiuti” – tra cui l'induzione, gli ormoni sintetici,

ci, l'episiotomia. Anche la decisione di non intervento può essere percepita in modo negativo quando non rispetta i bisogni effettivi della partoriente.

La ricerca del CHUV contiene delle raccomandazioni generali per prevenire i vissuti traumatici: promuovere le competenze relazionali dell'équipe curante, coinvolgere la coppia nelle decisioni mediche, prestare attenzione alle modalità della presa a carico, assicurare la continuità dell'assistenza. Inoltre, al CHUV è stato attivato un nuovo dispositivo, che consiste in uno spazio gratuito di ascolto, condivisione e informazione suddiviso in due momenti: l'entretien de projet d'accouchement, cioè un colloquio preventivo in cui viene discusso il piano del parto, e l'entretien de vécu d'accouchement, cioè un incontro post parto sul vissuto della donna. Secondo il sito del CHUV, le partorienti che hanno usufruito di questo servizio hanno un rischio inferiore del 75% di svi-

luppate un trauma. Inoltre, le testimonianze sono raccolte in forma anonima e usate nell'ambito della formazione continua degli operatori. L'entretien de vécu d'accouchement è proposto anche presso gli ospedali universitari di Ginevra (HUG) e in futuro potrebbe essere generalizzato in tutta la Svizzera.

Maggiori informazioni sono disponibili sul sito del CHUV:
www.chuv.ch/fr/chuv-home

Choosing wisely: l'indice di Robson

Nel 2012 gli Stati Uniti hanno lanciato la campagna Choosing wisely per promuovere delle scelte cliniche consapevoli. Come è noto, l'iniziativa si è estesa anche in Europa e l'EOC ha avviato un progetto-pilota che ha lo scopo di monitorare l'uso e la distribuzione di alcuni atti medici all'interno dei nosocomi dell'ente, tra cui la posa dei cateteri e le trasfusioni di sangue.



In ostetricia non ci sono ancora programmi di Choosing wisely, ma esistono già delle buone pratiche che vanno in questa direzione. Per esempio, è noto che una procedura ostetrica non indicata può avere effetti indesiderati o innescare una catena di interventi viepiù invasivi. In tale contesto, l'indice di Robson è riconosciuto come uno strumento efficace per ridurre il numero dei cesarei non necessari. Elaborato nel 2001 da un ginecologo inglese, questo sistema di classificazione suddivide le partorienti in dieci gruppi, definiti secondo criteri ostetrici chiari ed esclusivi che facilitano i processi di audit e i confronti interospedalieri. In Svizzera l'indice di Robson è stato impiegato in uno studio del CHUV (A. Haydar et al., 2017), dal quale si ricavano due utili raccomandazioni per la pratica clinica, cioè che per migliorare la qualità e l'economia delle cure bisogna promuovere il parto vaginale dopo cesareo e ridurre le induzioni nelle partorienti a basso rischio.

I bisogni primari della partorientente

Secondo M. Odent, chirurgo ostetrico di fama mondiale, la chiave per demedicalizzare la nascita risiede nell'esatta comprensione della fisiologia del parto. Il medico ha dimostrato che il decorso spontaneo del travaglio è favorito dal rispetto dei bisogni primari della partorientente – l'intimità, la protezione, l'assenza di stimoli alla parte razionale del cervello (neocorteccia). In particolare, per partorire la donna ha bisogno di un ambiente adatto, con luci, suoni e input verbali ridotti. Inoltre, è bene evitare presenze e sguardi estranei, ricordando che la nascita è un'esperienza intima nella quale sono coinvolti i medesimi ormoni del rapporto sessuale.

L'esito del parto è influenzato anche dalla continuità del supporto e dal rapporto di fiducia, perché nell'essere umano la condizione di protezione, indispensabile per portare a termine il travaglio in tutti i mammiferi, dipende dalla percezione della propria sicurezza psichica oltre che fisica. Nelle nascite a basso rischio, il modello che soddisfa l'esigenza di una presa a carico globale è l'assistenza continua da parte di una levatrice qualificata, associata a un uso più efficiente delle risorse e a migliori esiti di salute fisica e psichica (The Lancet, NICE, Cochrane library). In Svizzera è possibile partorire con la propria levatrice di fiducia a domicilio, in una casa nascita oppure in un reparto ospedaliero gestito dalle levatrici (MLU) o che accetta le levatrici indipendenti (aggiunte). Queste prestazioni sono riconosciute dalla Cassa Malati.

Per rivolgersi a una levatrice

- Sul sito della Federazione Svizzera Levatrici (FSL) si trova un elenco di tutte le levatrici attive in Ticino: www.hebamme.ch
- Levatrici indipendenti del Ticino: tel. 079 602 26 20
- Alcune levatrici lavorano in gruppo e nei loro locali offrono anche corsi e consultazioni.

Studio levatrici Lugano:

www.lediecilune.ch

Studio levatrici Bellinzona:

www.studiolevatrice.ch

Un'esperienza di parto positiva con il cesareo Charité

In Svizzera, presso l'Hôpital Riviera-Chablais, nei casi non urgenti è possibile partorire con il cesareo Charité. Rispetto al metodo Stark, questa variante non comporta delle novità tecniche, ma introduce alcuni benefici del parto vaginale nell'intervento chirurgico. Come raccomanda M. Odent, è preferibile eseguire l'operazione a travaglio iniziato.

Il chirurgo ostetrico W. Heinrich introduce il concetto di "nascita cesarea" per sottolineare che la nuova procedura valo-

rezza la dimensione della nascita, in modo che l'intervento sia più facilmente percepito, vissuto e ricordato dalla donna come un parto. Nella "nascita cesarea", infatti, si inserisce una pausa nella manovra di estrazione per consentire alla madre di vedere il proprio bambino al momento del parto. Dopo l'incisione il chirurgo abbassa il telo, inizia ad accompagnare il feto fuori dal ventre materno, gli solleva la testa e la rivolge verso la madre, infine completa la manovra estraendo le spalle e il corpo. Questo primo contatto visivo imprime concretezza alla nascita e favorisce l'attaccamento. Inoltre, la madre ha un braccio libero e il neonato viene posato subito sul suo petto.

Secondo A. Farin, primario di Riviera-Chablais, oltre a facilitare il recupero fisico "il cesareo dolce o partecipativo lascia spazio ai genitori e alle loro emozioni", riducendo i traumi psicologici. In futuro, questa variante potrebbe diventare lo standard in caso di parto addominale non urgente, configurandosi come una "nascita in ambiente chirurgico".

Per saperne di più:

www.uppa.it/nascere/parto/il-parto-cesareo-dolce

ISABELLA PELIZZARI VILLA, ASSOCIAZIONE NASCERE BENE TICINO (ANBT)

I gruppi di auto-aiuto

Dopo un parto traumatico alcune donne non osano manifestare il proprio disagio, perché provano imbarazzo o sensi di colpa. Di fronte alla nascita di un bambino sano, infatti, il dolore materno può apparire come ingiustificato o dettato da ingratitudine nei confronti degli operatori. Altre mamme invece hanno paura di toccare la propria ferita emotiva. Accade quindi che il dolore sia represso o vissuto in solitudine, con conseguenze sulla qualità di vita e sul rapporto con il neonato. In questo contesto, l'auto-aiuto può rivelarsi un'utile risorsa terapeutica. I gruppi di self-help, infatti, offrono le condizioni ideali per aprirsi con fiducia, condividendo la propria esperienza tra pari, in un ambiente sicuro e protetto in cui sono garantiti l'ascolto, la privacy e l'assenza di giudizio. Lo scopo dell'auto-aiuto è offrire mutuo sostegno morale e pratico, avviando un percorso comune di consapevolezza che aiuti ad attivare le risorse personali e schiudere nuove prospettive.

Nel 2020 in Ticino presso la casa nascita Lediecilune è stato avviato il gruppo di auto-aiuto "Riparto dal mio parto", riservato alle mamme che ritengono di aver subito degli interventi non necessari, non si sono sentite ascoltate e rispettate nei loro bisogni o non hanno potuto mantenere il controllo sulla propria esperienza. Gli incontri, organizzati dall'Associazione Nascere Bene Ticino (ANBT) con il sostegno del Centro di auto-aiuto Ticino e dell'UFAG/DSS, hanno luogo a cadenza mensile e sono gratuiti.

NB: L'auto-aiuto è una risorsa complementare che non sostituisce l'intervento dello specialista.

Il video di presentazione del gruppo è disponibile sul canale youtube dell'Associazione Nascere Bene Ticino (ANBT).

Per maggiori informazioni sull'auto-aiuto: www.auto-aiuto.ch

