

IERI, OGGI E DOMANI NELLA PSICOPROFILASSI OSTETRICA, ALLA LUCE DEGLI ULTIMI ANNI DI CONDUZIONE DI CORSI DI PREPARAZIONE ED ACCOMPAGNAMENTO DELLA COPPIA IN GRAVIDANZA E PARTO

Forleo R.¹, Pagliai G.², Pellegrini M.G.³, Forleo P.⁴

¹ *Direttore Scientifico Scuola per Conduttori di Corsi di Preparazione e Accompagnamento alla Nascita
Fondazione Internazionale Fatebenefratelli*

Docente di Psicomatica Ginecologica e di Sessuologia

Scuola di Specializzazione in Ostetricia e Ginecologia

Università "Tor Vergata" e Università Campus Biomedico

Professore di "Sessualità nell'arco di vita", 2^a Facoltà di Psicologia

Università degli Studi "La Sapienza" di Roma

² *Psicologa, Condirettore dei Corsi per Gestanti Ospedale Fatebenefratelli
e della "Scuola Annuale per Conduttori di Corsi per Gestanti"*

Fondazione Internazionale Fatebenefratelli - Roma

³ *Direttore Scuola Universitaria per Ostetriche, Università Tor Vergata*

Ostetrica, Ospedale Fatebenefratelli

Condirettore Corsi per Gestanti della Scuola per Conduttori di Corsi, Isola Tiberina - Roma

⁴ *Dottore in Perinatologia – Dirigente Ginecologo Ospedale Fatebenefratelli*

Docente Scuola Universitaria per Ostetriche - Roma

Analizzando varie culture agricole Jonh Lind, pediatra di Stoccolma, sottolineava nel 1993 come in esse venisse "offerto alle madri un sostegno continuativo durante il travaglio", cosa che, con l'affermarsi del parto in ospedale, non si verificava più nei Paesi Europei.

La cura infatti degli aspetti psicologici è progressivamente scomparsa in molte delle nostre strutture, anche se attualmente da più parti è cresciuta la sensibilità verso le problematiche emotive e relazionali con il crescente tentativo di "umanizzare" i parti ospedalizzati, quali ad esempio, l'introduzione del futuro papà, del

rooming-in, ed il miglioramento delle aree travaglio-parto.

"*Il parto* – scrisse dieci anni fa sempre Lind in un capitolo del libro edito dal noto pediatra di San Francisco, Marshall Klaus – *è ora un'esperienza molto più solitaria, e psicologicamente stressante per alcune madri, lasciate per la maggior parte del travaglio da sole. Il parto cioè è diventato un'esperienza di isolamento*" (Klaus et al., 1993).

Per questo giunse a proporre "Il sostegno continuativo da parte di un'esperta *compagna di travaglio*. Questo avrebbe dovuto comportare "una

riduzione del tempo di travaglio, una flessione di oltre il 50% di parti cesarei, un bisogno ridotto di analgesici e molti altri benefici importanti". Il "sostegno continuativo" doveva essere "fornito da donne esperte e premurose, le *doule*. "Volevamo una parola senza connotazione medica che sottolineasse il valore di una compagna premurosa e confortante e ci rivolgemmo alla parola greca *doula* che significa "datrice di cura, di attenzione". Dana Raphael (1973) era stata la prima ad usare questo termine (simile a quello di *labor coach*, monitorice o assistente al parto), cioè una "compagna di travaglio" che fornisce alla donna e al suo partner sostegno "emotivo e fisico" per tutta la durata del travaglio e del parto.

Queste frasi, tradotte poi in italiano nel 1994 (quando cioè da vent'anni una struttura come quella da noi costruita sull'Isola Tiberina, aveva testimoniato nei fatti un impegno concreto nell'umanizzazione della nascita), segnarono comunque un richiamo severo a tutti noi ostetriche/i e ginecologi/e (oggi non più divisi per sesso) spesso troppo assorbiti dall'impegno di fornire il massimo di sicurezza attraverso mezzi diagnostici sempre più sofisticati (per verificare non solo il primo presentarsi di una patologia, ma principalmente un preoccupante "aumento di rischio", e poter così intervenire rapidamente nella più qualificata maniera).

Specialisti/e in ginecologia, e ostetriche/i (midwives nurses, che, attraverso un corso di "laurea breve", sono presenti a tutto il "percorso nascita" dalla visita preconcezionale, alla gravidanza, alla puericultura e "accompagnamento" materno nel puerperio), avevano però in passato, specialmente dal XIX secolo, andando sempre più assumendo rispettivamente il ruolo di "addetti alla patologia" e quello di "levatrici", trascurando cioè le problematiche intrapsichiche, i problemi del vissuto personale, delle paure durante la gravidanza, delle difficoltà relazionali legate alla nascita.

Così si erano nel tempo andati scindendo ruoli e funzioni, relegando la preparazione al parto al di fuori dei Centri Nascita, e il controllo della

gravidanza ad un insieme di visite, esami di laboratorio, ecografie, ecc. e non di "colloqui ed appoggi psicologici" per preparare alla maternità e paternità, e soprattutto al *protagonismo* la coppia in questo importante evento.

A ciò aveva contribuito lo sviluppo di una psicologia troppo influenzata dall' "errore di Cartesio" (scissione fra mente e cervello) e dalla costruzione ideologica delle varie scuole psicoanalitiche (specialmente di Ferenczi, Otto Rank, Deutch). Si è così scissa la preparazione psicologica al parto da quella clinica.

Gli aspetti più strettamente biologici sono andati così occupando negli operatori dell'*arte ostetrica* tutto lo spazio del loro intervento, suffragati in questo anche dal successo ottenuto nel combattere morbilità e mortalità materna e perinatale.

Si è però nello stesso tempo venuta a creare una scissione fra psiche e corpo, cultura e biologia, relegando le "mid-wives" (with-wives nell'inglese antico = commari), riportate a fare le "obstettrici" (coloro che stanno davanti), e contemporaneamente spingendo ginecologi/e a intervenire solo per "fare" delle azioni mediche, spesso degli interventi, e non per *dialogare, educare, accompagnare*, favorendo il protagonismo della coppia. Per questo si sono inseriti degli "educatori autodidatti" oppure alcuni psicologi o semplici "amiche" per supplire al principale ruolo di medici e ostetriche: garantire la massima sicurezza e la contemporaneamente la massima serenità e gioia nella assistenza alla nascita.

In un mondo in rapido mutamento, in cui le conoscenze scientifiche in medicina si accavallano e rincorrono, la divisione fra mente e cervello e le superspecializzazioni tecniche, hanno rischiato così di "disumanizzare" un evento che la cultura ha l'obbligo di rendere sempre più sicuro, ma nello stesso tempo gioioso e ricco di affetto: l'accoglienza alla vita che nasce.

L'accusa di Klaus e coll. (1993) è pesante: "un'infermiera o un'ostetrica possono fornire sostegno nel travaglio, ma se hanno altri impegni, o problemi di tempo o altre pazienti ... in

questo caso esse accettano generalmente di buon grado la presenza di una doula ...”.

I medici non sono neppure presi in considerazione: loro dovrebbero essere considerati solo dagli addetti ai problemi biologici, chiamati unicamente quando compare la patologia. Molti dei/delle ginecologi/e, anche nella fase di formazione, ben volentieri accettano questo ruolo di “tecnici”, pronti a fare un’ecografia, o a perfezionare la tecnica di un cesareo, o più semplicemente di un’episiotomia, che a curare in modo globale (prendersi cura, “*care*”) la persona o la coppia.

Così nell’Europa che ha quasi vinto la mortalità materna, ed ha abbassato in modo drammatico la morbilità oltre che la mortalità perinatale, i medici e le “ostetriche laureate” rischiano di perdersi in manovre ostetriche o in sofisticati mezzi diagnostici e terapeutici, dimenticandosi le potenzialità emotive, affettive e relazionali che la nascita rappresenta per una coppia. Forse questo accade perché ci è mancata la conoscenza dei meccanismi della nostra psiche, forse perché è più facile apprendere tecniche biologiche che comprendere la persona nella sua interezza.

Ed ecco quindi che “inesperte della nascita” si insinuano nella realtà nella quale per vocazione e per funzione dovremmo essere chiamati ad agire. Prima psicologhe che parlavano di parto senza aver mai vissuto in una sala parto, più tardi ideologizzate “consigliere della nascita”, senza specifica preparazione.

Il futuro però di una corretta assistenza alla nascita deve mettere insieme non solo “buona volontà” e risposta empatica a problemi psicologici, ma competenze cliniche e psicologiche, attraverso un costante lavoro di équipe che riunisce diverse discipline.

Per questo il rivedere in modo critico la storia della “psicoprofilassi”, e leggerla alla luce della nostra esperienza pensiamo possa essere utile a chi, come noi, ha dedicato e dedica all’assistenza alla nascita (dalla fecondazione al puerperio) una gran parte della propria vita.

* * *

L’esperienza che riportiamo si riferisce specificatamente alla preparazione psicoprofilattica, e allo stile di accompagnamento messo in opera al Fatebenefratelli (Isola Tiberina di Roma) dal 2000, da quando un servizio di Corsi di Psicoprofilassi è stato trasferito all’*interno* della struttura affidandolo alla Fondazione Internazionale Fatebenefratelli.

Dal 2000 infatti i Corsi di Psicoprofilassi, svolti secondo una nostra modifica del metodo RAT di Piscicelli, sono stati trasferiti entro le mura ospedaliere venendo così ad aggiungersi agli *incontri mensili con i medici* effettuati da più di quindici anni in Ospedale. La preparazione al parto e l’assistenza alla gravidanza va infatti assunta e condotta dalla stessa équipe ospedaliera che seguirà il parto e accompagnerà madre e bambino nel primo puerperio.

Uno dei temi fondamentali di questa preparazione è stata la lotta alle paure in gravidanza, al dolore in travaglio, alla *depressione* post-partum, oltre alla cura, lo ripetiamo, “di tutta la persona” e non solo dei suoi aspetti biologici.

CENNI DI STORIA DELLA PSICOPROFILASSI OSTETRICA

Secondo Piscicelli (1977) l’inventore del metodo RAT, il termine di “psicoprofilassi ostetrica” doveva essere inteso con un “*insieme di norme atte a prevenire danni e dolore*”.

Altri lo interpretarono più semplicemente come “*intendimento atto a creare nella donna gravida e di riflesso nel compagno e nel bambino i migliori presupposti per affrontare la nascita*” (Braibanti e coll., 1982).

In realtà il termine abbraccia una accezione più ampia, come “*l’educazione a valutare come funziona il proprio corpo, ... a valutare le modificazioni che possono verificarsi durante il travaglio*” (Wright, 1971), adattandosi ad esse.

Oggi con questo termine si intende non più e non solo il maggior controllo della componente dolorosa di travaglio e parto, ma *una presa di*

coscienza delle proprie modificazioni biologiche e psichiche durante la gravidanza per rendersi protagoniste della nascita, presenti in modo cosciente ed attivo all'evolversi del travaglio, capaci di prevenire e regolare dinamiche psicologiche nel post-partum e puerperio, artefici dei primi processi educativi e della dinamica di coppia ad essa congiunti.

La psicoprofilassi non è quindi solo una profilassi del dolore e/o della depressione post-partum, ma il sostegno e l'istruzione per l'assunzione di un ruolo di protagoniste attive della nascita.

Per ottenere questo è necessario di *apprendere metodiche e stili attraverso specifici Corsi.*

La Psicoprofilassi Ostetrica ha acquisito rilevanza anche grazie all'impulso ricevuto dall'intervento di Papa Pio XII che, nel *"discorso ai ginecologi"* dell'8 gennaio 1956, giudicò *"moralmente ammissibile"* il parto indolore secondo il metodo profilattico, in quanto *"esso non sopprime la coscienza della madre, bensì si imita ad educarla, agendo sugli aspetti psicologici del dolore da parto"*. Il dolore, secondo questo pensiero, è giusto sia abolito, mantenendo però sveglia e attiva la madre. In questo modo si chiude la polemica sorta a metà del 1800 da parte di molte Chiese cristiane contrarie all'uso del cloroformio in travaglio introdotto dal grande ostetrico James Simpson (1811-1870). Infatti i primi interventi (1844) contro il dolore del parto miravano ad usare gas anestetici (cloroformio), e mezzi suggestivi ed ipnotici.

SUGGERIZIONE ED IPNOSI

Le prime applicazioni dell'*ipnosi* risalgono agli esperimenti compiuti da Foissac nel 1838, per poi trarre ulteriore sprone dai risultati incoraggianti ottenuti da Gerling e Lafontaine nel 1850. I più importanti studi sull'*ipnosi* sono riconducibili alla scuola di Charcot a Parigi, nonché a quella di Bernheim a Nancy. Per il primo, l'*ipnosi* era definibile come un'isteria artificiale, ossia come uno stato patologico articolantesi

in stadi (la catalessia letargia e il sonnambulismo), mentre il secondo rigettava l'ipotesi dello stato patologico, dal momento che l'*ipnosi* poteva essere indotta anche in soggetti assolutamente normali.

Si può comunque affermare che l'*ipnosi* comporta un'alterazione della coscienza a seguito della quale è possibile indurre il soggetto a modificare l'immagine di sé, le sue motivazioni e le sue abitudini comportamentali, nonché la sua risposta agli stimoli algogeni che, pur continuando a viaggiare attraverso le fibre nocicettive, non vengono però connotati come spiacevoli.

Tutte le teorie elaborate per spiegare perché l'*ipnosi* funzioni nell'alleviare/abolire il dolore nel parto, chiamando in causa meccanismi psicologici e meccanismi fisiologici, non rispondono però a quel rigoroso (evidence-based) criterio di valutazione sulla loro efficacia, che oggi sempre più si esige. Resta quindi difficile quantificare il peso di ciascuno di questi fattori nell'innalzamento della soglia del dolore.

Nel 1880 Dobrovolskaja in Russia, Laebauli in Svizzera e Kroger in America, avevano dichiarato di aver ottenuto, attraverso l'*ipnosi*, l'analgesia totale per tutta la durata del parto e del travaglio.

I loro risultati vennero replicati nel 1892 da Damont Pallier tramite l'"autoipnosi" e nel 1899 da Paul De Lilla che, convinto che il dolore non fosse un corollario obbligatorio del parto, pensava di poter ottenere dei "parti indolore" con il metodo della "suggestione allo stato vigile".

In seno al Congresso Ostetrico svoltosi a Innsbruck nel 1922 anche Gilles de la Fourret, Fraipont, Kinsbury e Brain confermarono l'efficacia delle tecniche ipnotiche nell'abolire il dolore.

Pavlov, tramite le sue celebri "lezioni sull'attività degli emisferi cerebrali" e sulla fisiologia dello "stato ipnotico" aveva fornito elementi neurofisiologici per meglio interpretare i meccanismi di azione dell'*ipnosi* sui circuiti del dolore da parto.

Le teorie Pavloniane vennero ulteriormente svi-

luppate in Russia da Velvoski e Nikolaiev, e da Platonov, che fondò la “Scuola di psicoterapia Karchov” con l’intento di approfondire le ricerche sull’efficacia dell’analgesia ipno-suggestiva in gravidanza.

Per quanto riguarda l’Italia, gli studiosi che hanno apportato i maggiori contributi tecnici all’uso dell’ipnosi in travaglio di parto sono stati Granone, Pavesi, Pezzuto e, soprattutto, Mosconi.

Mosconi (1987) sostenne che le suggestioni ipnotiche si indirizzavano direttamente all’inconscio, che accoglie facilmente i “suggerimenti esterni”, in quanto esente da resistenze e dal controllo dell’Io. L’intervento suggerito dall’Autore si proponeva di ottenere, “oltre al rilassamento delle varie fasce muscolari, anche un contemporaneo rilassamento psichico”.

Il Corso di preparazione al parto che proponeva era articolato in 10 lezioni, attraverso le quali alla gestante venivano fornite nozioni di anatomia e fisiologia della gravidanza e del parto, da acquisire, prima di focalizzarsi sulla tecnica ipnotica vera e propria. È solo a decorrere dalla quarta seduta in poi infatti che la donna veniva sottoposta all’induzione ipnotica, mentre dall’ottavo incontro erano aggiunti esercizi di rilassamento perineale e si effettuavano simulazioni delle posizioni da assumere e del comportamento da tenere nelle varie fasi del parto.

Malgrado però l’insistenza di chi proponeva e propone tecniche ipnotiche, è discussa l’efficacia di esse al fine di alleviare i dolori del parto, e questo approccio crea oggi perplessità circa la convenienza della sua applicazione.

Anche per chi ritiene utile il mezzo, occorre ricordare che non tutte le pazienti sono idonee all’ipnosi che il training ipnotico richiede svariate sedute *individuali* di preparazione, rendendo tale metodo estremamente costoso, vincolante quanto a dispendio di tempo e poco applicabile nei Centri Nascita ospedalieri con un numero sufficiente di parti per essere accreditati dalle regioni.

Molti psicoterapeutici poi sottolinearono la possibilità che, qualora l’ipnosi venga applicata a

pazienti con disturbi psicosomatici o borderline, si possa riattivare dei conflitti emotivi latenti, che potrebbero addirittura degenerare in situazioni di “grave destrutturazione spazio-temporale” (Piscicelli, 1977).

LA “NASCITA SENZA PAURA” DI GRANTLY READ

Uno dei maggiori contributi alla psicoprofilassi ostetrica è stato fornito da Grantly Dick Read (1890-1959), che nel testo “Childbirth without fear” (1944), espose la sua brillante intuizione circa il ruolo giocato dalla paura nell’incrementare la tensione muscolare e il dolore da parto. L’autore era già noto in Inghilterra per il suo “Natural Childbirth” (1933), tanto che Francis Brown, professore di ostetricia di Londra gli aveva chiesto di scrivere il capitolo “The influence of the emotions upon pregnancy e di partecipare al suo trattato “Antenatal e post-natal care” (1938).

Read era convinto che la paura e l’ansia circa il parto aumentassero la tensione in vari distretti muscolari della gestante rendendola maggiormente soggetta a percepire come dolorose le contrazioni uterine, e rendendola incline ad una scorretta respirazione. Il tutto portava come conseguenza un precoce esaurimento delle forze.

Una muscolatura distesa e rilassata avrebbe invece reso meno acuta la percezione nocicettiva: *“in uno stato di completo rilassamento, gli impulsi propriocettivi vengono interpretati nel loro giusto senso”*.

Critico sull’ipnosi, ha voluto sottolineare che nel suo metodo *“non vi è alcuna relazione fra rilassamento completo e suggestione”*.

La paura del parto invece era per lui *“il più grande dei disturbi dell’armonia neurosensoriale del parto”*.

Nel caso del parto “normale”, la paura perde la sua connotazione adattiva e diviene una reazione controproducente e *“sproporzionata ad un evento che di per sé non dovrebbe essere vissuto come minaccioso”*.

In questi casi, Read ipotizzò che la paura del parto attingesse ad una sorta di serbatoio dove erano depositate le esperienze ontogenetiche e che fosse ulteriormente accresciuta da un'errata educazione e dal tramandare inverosimili racconti di parti cruenti e strazianti.

Come puntualizzò Pavlov (1927) *“le cose che danno i più grandi piaceri, possono divenire cause condizionanti di paura acuta”*.

Il metodo psicoprofilattico da lui elaborato, consisteva in una preparazione psicologica e fisioterapica che tentava di disinnescare il circuito paura-tensione-dolore, nella convinzione che l'assenza di paura e ansia siano condizioni essenziali per un parto decoroso.

Il suo metodo doveva aumentare la *“capacità vitale dei muscoli”* e suscitare *“un'armonia funzionale fra i vari gruppi muscolari”*. L'automatismo, frutto dell'*allenamento*, avrebbe poi provocato un disimpegno del *“sistema piramidale delle emozioni”*, per cui l'attività dei muscoli preposti si sarebbe svolta con *“un notevole risparmio di energia fisica e psichica, investibile nelle funzioni regolate dalla volontà”*.

La preparazione psicologica si basava su una dinamica di gruppo che consentiva un rapporto empatico con il ginecologo conduttore, all'interno del quale si cercavano di scardinare le paure e le fantasie errate riguardanti il parto, insieme a false tradizioni.

Nei Corsi venivano anche date nozioni sulla fisiologia della gravidanza, del parto e del puerperio, soffermandosi soprattutto sulla genesi e sulla funzione delle contrazioni uterine, nonché sull'atteggiamento e sulle posizioni da assumere durante il periodo espulsivo e il secondamento.

La parte fisioterapica del metodo fu da Read affidata alla sua collaboratrice Helena Heardmann, introducendo così nei Corsi il concetto di *“esercizio di ginnastica”*.

La fisioterapista esaltò però la preparazione chinesiologica tanto da offuscare la parte psicologica del metodo, riducendolo ad un mero training ginnico. Cosa che si è ripetuta anche in altri approcci, colpa spesso della mancanza di

cultura psicologica degli operatori, ostetriche e ginecologi compresi.

Read aveva intravisto questo pericolo insistendo che gli esercizi dovessero essere liberi. Il ripetitivo allenamento a cui la Heardmann sottoponeva le gestanti ne rendeva invece l'esecuzione automatica, ossia inconscia.

Piscicelli (1977) riteneva che Read usasse un metodo a tutti gli effetti suggestivo, volto cioè a passivizzare la gestante. Durante la gravidanza (e ancor più durante il travaglio) la gestante era infatti soggetta alla suggestione per l'indebolimento delle difese dell'Io, ed accettava spesso acriticamente. Ciò che veniva detto dall'ostetrica o dal medico (che spesso non avevano la formazione psicologica e pedagogica per creare nel gruppo *“dinamiche non direttive”*) era spesso accettato come una direttiva di comportamento imposta più che partecipata. Questo particolarmente in un'epoca (metà del secolo XIX) in cui in Europa la mortalità per parto era ancora di una donna su 400 e quella perinatale superava il 10%.

Read, a ragione è considerato l'iniziatore di una psicoprofilassi ostetrica basata su dati scientifici.

Non meraviglia perciò che il suo metodo, a causa della sua indeterminatezza teorica, abbia avuto una diffusione relativamente scarsa come tale, creando però una sensibilità verso il problema. Rileggendolo oggi e rivedendo criticamente la problematica delle *“paure”* in gravidanza (si veda a tal proposito l'articolo da noi presentato in questo volume Forleo R.C. et al.) appare chiaramente la validità delle intuizioni di Read, sulle quali si fonda ancor oggi la psicoprofilassi ostetrica.

IL METODO DI LAMAZE “IL PARTO SENZA DOLORE”

In Russia gli studi sui riflessi condizionati che avevano dato a Pavlov il premio Nobel nel 1902, trovarono applicazione nella lotta al dolore da parto.

Orofieva, discepola di Pavlov, sottolineava il legame contrazione uterina-dolore come un riflesso condizionato e, perfettamente sostituibile con un altro riflesso: *contrazione uterina-respirazione*. Pavlov aveva infatti sostenuto che “*se un altro punto del sistema nervoso centrale entra in attività a mezzo di corrispondenti stimoli interni ed esterni, ciò causa un’immediata diminuzione o la scomparsa completa del riflesso condizionato preesistente, cioè il riflesso condizionato diventa più debole o svanisce*”.

Il tipo di respirazione da lei proposto era caratterizzato da un ritmo accelerato e da un’inspirazione di ampiezza relativamente modesta (“a canino”). È sempre sulla scia di questa affermazione Pavloviana che Velvoski asserì che il dolore poteva essere debellato con una semplice rieducazione delle reazioni, ossia con la creazione di nuovi riflessi condizionati. Vincere cioè il dolore attraverso una “analgesia verbale”.

Lo psichiatra Platonov, sviluppando ulteriormente la teoria espressa da Velvoski e dalla Orofieva, aggiunse che non solo bisognava indurre nella gestante il condizionamento contrazione-respirazione, introducendo anche un concetto allora ritenuto innovatore: la *partecipazione attiva* della partoriente alle varie fasi del travaglio.

Questo nuovo metodo profilattico messo a punto da Velvosky, Platonov, Nicolaiev, Charigon, Jordania e Ploticher si diffuse ampiamente in Russia come in Cina per poi trasferirsi in Francia nel 1952 attraverso il ginecologo Lamaze.

Questo ginecologo francese organizzò con un gruppo di colleghi una visita alla Clinica ostetrica diretta da Nikolaiev, dopo che il governo dell’URSS aveva decretato (n. 142) nel luglio 1951 l’*obbligo* di applicare metodi di psicoprofilassi in tutta la Russia. Lamaze rimase così convinto della validità del metodo, che subito ne divenne l’alfiere in Francia, dandogli il nome di “metodo sovietico-francese”.

Tale metodo altro non era che una fusione delle acquisizioni della scuola russa con alcuni principi di Read, aggiungendo al respiro alitante, il

controllo del respiro della fase espulsiva, tecnica perfezionata da Lamaze.

Si riteneva che il metodo fosse così efficace da considerarne sufficiente l’apprendimento dal VII mese di gravidanza.

Il numero delle coppie che partecipavano ai Corsi doveva essere però limitato (circa 6 coppie per classe). Veniva anche richiesto di esercitarsi a casa. Anche in questo caso durante il Corso si esponevano i processi fisiologici della gravidanza e parto, per poi proseguire con esercizi di ginnastica prenatale e con l’apprendimento del respiro alitante e di quello da attuare nella fase espulsiva. Il marito fungeva da “allenatore” per gli esercizi, oltre ad apportare sostegno “morale”.

Lamaze e il suo allievo Velley esposero il loro metodo in una comunicazione il 18 aprile 1952 al “Congresso Mondiale di Medicina”. Nelle Journées Medicales Internationales di Nizza (1953) il russo Nicolaiev riportò 300.000 casi di successo in Russia di parti senza dolore. A dispetto della sua diffusione il metodo sovietico non resse però alle critiche mossegli durante il successivo Congresso di Kiev (1956), nel quale si posero in dubbio i dati presentati dagli autori russi, poiché i risultati pratici sulla capacità di lenire il dolore, ma anche sul protagonismo della coppia, non erano congruenti con le premesse teoriche.

Più tardi furono anche evidenziati gli effetti addirittura dannosi che il respiro alitante poteva provocare tanto alla madre quanto al feto, con problemi di scambio gassoso a livello placentare. Lamaze e Velley nel 1954 avevano però riportato 300 successi di abolizione totale del dolore nel parto.

Henry Vermorel elaborò un’organica proposta del metodo “Lamaze” pubblicando a Lione nel 1956 il manuale “*L’accouchement sans douleur, per la methode psychoprofilactique à la lumière de l’enseignement physiologique di Pavlov*”. Riportando i 300 successi descritti da Lamaze e dai suoi allievi, Vermorel affermò che nel 40-60% dei casi si poteva ottenere una “analgesia completa”, e concludeva che il me-

todo consentiva di sviluppare il potere dell'uomo sulla natura.

Il metodo di Lamaze si diffuse non solo in Francia, ma in tutta Europa, compresa l'Italia, ove se ne fecero alfieri due ginecologi operanti a Milano, Malcovati e Miraglia (a quest'ultimo si deve l'attenzione alla psicoprofilassi nel nostro Paese).

Negli Stati Uniti "Lamaze" è divenuto sinonimo di *"metodo di preparazione al parto"*, anche quando si è andata abbonando la metodica proposta dell'autore francese, ivi introdotta nel 1960.

Sasmor presentando una revisione critica dei Corsi vent'anni dopo (VI Congresso Internazionale di Ostetricia e Ginecologia, Berlino 1980), segnò la fine della *"vecchia ostetricia americana" del parto pilotato, uso di ossitocina, episiotomia generalizzata, uso del forcipe alla parte bassa dello scavo*, che aveva dominato gli anni sessanta. I Corsi di preparazione al parto secondo Sasmor creavano invece un'assistenza alla nascita basata "sul consenso informato, la partecipazione attiva, la padronanza di sé". Il successo del metodo Lamaze in America si basava sulla forte enfasi, sulla solidarietà familiare. Introducendo i padri nella evoluzione della gravidanza e del parto, il "movimento di Lamaze" portò una rivoluzione nell'ostetricia, e nel 1980 inizia la richiesta di una loro presenza anche durante il cesareo. L'autore però si scaglia contro l'inclusione di "birth attendant not qualified, che consigliano le gestanti *"to risk their lives and the live of their unborn child by choosing a home birth"*, proponendo che i Corsi di Preparazione al Parto dovessero sempre essere affidati a *"birth physician" or "certified nurse midwives"*.

IL TRAINING AUTOGENO RESPIRATORIO (RAT) DI UMBERTO PISCICELLI

Lo psicosomatista del Policlinico Gemelli di Roma, Umberto Piscicelli propose nel 1977 un

metodo di psicoprofilassi, assumendo in sé i principi di Read e di Lamaze e unendovi una metodologia derivata dal *"Training Autogeno"* di Schultze. Il metodo si basava sul rilassamento, che mira a facilitare *"l'effetto autonormalizzatore delle energie somatiche e psichiche naturalmente disponibili"*, superando l'ipnosi. Il rilassamento veniva raggiunto infatti astenendosi il più possibile dall'influenzare il soggetto, e affidando il processo di "autonormalizzazione funzionale dell'IO" agli effetti "dell'allenamento ripetuto".

Un'altra peculiarità del metodo è la rinuncia ad ogni movimento volontario, ottenendo così una sensazione di piacere attraverso la diminuzione della tensione muscolare, l'inattivazione dei riflessi di attacco-fuga e una più approfondita introspezione rivolgendo il pensiero sui vissuti corporei di propriocezione.

La trasposizione dei benefici effetti del training alla situazione del parto, permette di disinnescare il circolo vizioso tra paura e irrigidimento muscolare, che fa percepire più dolorose le contrazioni uterine. È da sottolineare che il parto in training autogeno non abolisce la percezione della contrazione uterina, ma blocca le componenti dolorose dovute alla tensione e alla paura. La perfetta acquisizione di questa tecnica richiede ripetuti incontri personali per circa due mesi di tempo.

Mentre nelle prime sedute il soggetto viene invitato a distendersi, chiudere gli occhi, porsi in un atteggiamento di calma e volgere la propria attenzione sui vissuti di pesantezza della varie parti del corpo, in quelle successive ci si focalizza maggiormente sulle sensazioni di calore, nonché su alcuni esercizi di respirazione.

Il Training Autogeno avrebbe la possibilità di ridurre la durata complessiva del parto, prevenire l'asfissia neonatale e abbassare il tasso di cortisolo plasmatico materno, come alcune sporadiche ricerche avrebbero segnalato. È però una tecnica fortemente direttiva che utilizza atteggiamenti soggettivi.

Nel tentativo di superare questi limiti del training autogeno di Schulz, lo psicosomatista Um-

berto Piscicelli ha messo a punto negli anni '70 presso il Policlinico Gemelli di Roma un'elaborazione del training autogeno: il RAT (Respiratory Autogenous Training).

Il RAT si basa su una tecnica di rilassamento conseguito spontaneamente, che si "genera da sé" (autogeno), senza uso di alcuna formula suggestiva proprio perché usa il respiro autogeno, che si distingue per il predominare della fase inspiratoria su quella espiratoria, in modo opposto al forzato respiro dilatante.

Piscicelli insiste nel distaccarsi da ogni e qualsiasi contaminazione con l'ipnosi.

"Il training di Schultz – secondo Piscicelli – è suggestivo, ipnotico e manipolativo" (e, in quanto tale, le formule suggestive del preparatore possono, in linea di principio, essere incise su audiocassette): Il RAT invece non deve essere direttivo. Ciascuna gestante formula autonomamente le istruzioni verbali che crede.

Poi, mentre il training di Schultz presuppone l'immobilità totale, il primo dei sette esercizi proposti da Piscicelli implica invece alcuni movimenti di tensione e rilasciamento muscolare che permettono alle gestanti, una volta percepita la differenza, di soffermarsi su tutto ciò che produce rilassamento eliminando tutto ciò che produce tensione. Questo permette inoltre alle gestanti di abbreviare i tempi di apprendimento del RAT.

Non si cade però nella "ginnastica" o nell'accento posto su movimenti e posizioni, insistendo sugli aspetti cognitivo-comportamentali.

Il RAT di Piscicelli consta di sette esercizi (più 1 esercizio di "ripresa" da eseguire al termine di ciascuno dei precedenti), che andrebbero appresi sin dal 4° mese di gravidanza, e ripetuti molte volte, prima di passare all'attuazione dell'esercizio successivo.

Piscicelli sottolinea ripetutamente l'importanza dell'allenamento agli esercizi, che deve necessariamente essere effettuato anche in un contesto esterno a quello dell'incontro settimanale del Corso di preparazione al parto.

I principali obiettivi del RAT sono, oltre a fornire informazioni precise e dettagliate da parte

di personale qualificato nell'assistenza alla nascita (ostetriche e ginecologi), sono quelli di fornire alla gestante una tecnica di rilassamento muscolare e psichico e di respiro autogeno, che una volta appresi facilitano il comportamento delle fantasie delle gestanti in modo autonomo durante il travaglio, ad occhi aperti.

Il RAT permette così di sostituire con fantasie positive quelle negative che rafforzano il circuito *paura-tensione perineale-dolore*, promuovendo così un atteggiamento attivo nella gestante, chiamata ad essere protagonista del proprio parto.

Tramite l'esercizio "*delle risposte paradossali e dell'abitudine*" si approfondisce il rilassamento, che facilita la qualità della contrazione uterina. Inducendo poi la sedazione emotiva, attraverso il rilassamento muscolare con particolare riguardo ai muscoli perineali, la cui "*contrazione spastica*" potrebbe altrimenti provocare complicanze materne aumentando "rischio di lacerazioni".

In gravidanza il RAT contribuirebbe ad alleviare i cosiddetti disturbi neurovegetativi (spossatezza, nausea, vomito, ecc.), riducendo, secondo l'Autore, addirittura il rischio di un rallentato accrescimento fetale da tensione materna (anche se i contributi scientifici in tal senso lasciano molti dubbi). Oggi non si ha neppure la sicurezza pretesa dall'Autore che la induzione di rilassamento emotivo, muscolare e perineale riduca "*la durata complessiva del parto, il rischio di episiotomia, e l'entità della pressione esercitata sulla testa fetale*".

La parte riguardante il legame paura-dolore, e la complessa riflessione sulla funzione dei muscoli perineali, come i suggerimenti sulla "*spinta*" in periodo espulsivo lasciano però perplessi e appaiono in parte superate.

Il metodo però è facilmente eseguibile e contiene molti suggerimenti per aiutare la coppia a divenire padrona del percorso nascita.

In conclusione, è possibile asserire che, in virtù della efficace tecnica utilizzata, da più di vent'anni in molte parti d'Italia, nonché della sua facilità di apprendimento, il RAT è, con le

apposite modifiche, un utile strumento all'interno dei Corsi di Accompagnamento alla nascita.

IL PARTO ATTIVO DELLA BALASKAS

È in pieni anni '80 che, fra istanze femministe e soprattutto per una netta contrapposizione ideologica fra medicalizzazione e naturalismo, che banalizzava il rischio legato alla nascita e il rigore scientifico della scienza medica, che alcuni personaggi "non addetti alla assistenza ostetrica" assunsero ruoli di primo piano, sfidando, come dice l'antropologa Kitzinger, *"l'intera concezione ostetrica del parto vigente nella società occidentale, basata sul presupposto che il parto sia un intervento medico da condursi sotto stretta sorveglianza clinica"*.

Aldilà delle esasperazioni di questa antropologa (*"molti ostetrici non hanno mai avuto la possibilità di assistere ad un parto veramente naturale"*) è chiaro che quest'istanza culturale abbia senza dubbio contribuito a riportare il/la ginecologo/a e l'ostetrica/o ad affrontare con maggiore attenzione la fisiologia di gravidanza e parto, ma anche tantato di "strappare gli operatori sanitari dalla cura di gravidanza e parto relegandoli ad intervenire solo in caso di aumento del rischio con i mezzi più moderni e sofisticati. Molto spesso la proposta di "essere chiamati" sono in caso di patologia, ha spesso trovato consenso, specialmente fra i giovani medici, dato il peso e la responsabilità di accompagnare la donna per tutto un travaglio spontaneo.

La denuncia poi da un mondo spesso del tutto inesperto della fisiopatologia della gravidanza e parto e solcato da rivendicazioni ideologiche ha dato spazio per costruire personalità sensibili e colte, quali Janet Balaskas, di una propria organica proposta di specifici esercizi (stretching), di tecniche psicofisiche di rilassamento, facilmente eseguibili e presentabili anche da chi non avesse una specifica preparazione a confrontarsi con il vissuto e le problematiche relazionali della gestante.

Janet Balaskas era una "insegnante nei corsi di preparazione al parto" organizzati dal National Childbirth Trust di Londra e, nel 1982 dette vita all'"International Active Birth Movement" che, oltre alla preparazione delle coppie, svolge anche attività di ricerca per approfondire la comprensione dei processi fisiologici del parto. Questo movimento si è diffuso anche in Italia trovando accoglienza anche fra le ostetriche.

Nello specifico, la Balaskas sostiene fortemente il diritto delle donne a partorire "naturalmente", e pensa che con una preparazione specifica ad essere attive durante il travaglio questo possa facilmente raggiungersi.

Molti centri di maternità londinesi hanno risentito del suo influsso, e tutt'oggi, vi sono gruppi che applicano le sue idee e proposto un metodo basato sull'hatha yoga, sul massaggio taoista e sullo stretching, nonché sul principio che occorre muoversi molto durante il travaglio, cambiando spesso posizione, assumendo un ruolo fisicamente attivo nel parto.

Nel periodo espulsivo sta alla gestante scegliere la posizione rannicchiata, inginocchiata o carponi, dato che, secondo lei, sono le posizioni più fisiologiche. Meglio una posizione verticale, che semisdraiata.

Infatti, la posizione litotomica *"si oppone alla forza di gravità"* rendendo la donna "passiva", invece che "protagonista attiva" del suo parto.

La sua tecnica riscuote enorme successo e, in molti ospedali del mondo, a contribuito notevolmente a far scendere le partorienti dal lettino al pavimento, anche se ha imposto a sua volta imposte proprie posizioni e movimenti, non sempre suffragati da reale valutazione della loro gradibilità ed utilità.

"In un clima di questo tipo, il travaglio di solito procede meglio, i rischi per il bambino sono minori ed è più probabile che il parto si concluda spontaneamente per via vaginale. Le complicazioni sono più rare e la madre è quasi sempre più soddisfatta. Anche per il bambino la nascita è più dolce e meno traumatica e il naturale legame tra il bambino e i suoi genitori (bonding, attaccamento) si instaura con maggiore naturalezza".

I corsi della Baluscas approfondiscono meno le problematiche intrapsichiche e relazionali e puntano più sull'insegnamento di posizioni, o sull'esecuzione di esercizi, e su critiche alla modalità di assistenza medica più che su analisi delle paure o degli aspetti psicodinamici di gravidanza e parto. Per questa ragione, il metodo è più facilmente accettato da ostetriche e da ginecologi, per la fatica di approfondire le problematiche neuropsico endocrinologiche, le conoscenze della evoluzione psichica del bambino e dello sviluppo della sua sensorialità, e per una certa difficoltà ad accettare all'interno della équipe il ruolo e la funzione delle psicologhe.

IL PARTO DOLCE DI LEBOYER

Nella seconda metà degli anni '70 si è andato diffondendo, dapprima in Francia e, successivamente, anche nel resto dell'Europa, il cosiddetto "parto dolce", propagandato da un ginecologo francese, Frederik Lèboyer.

Dopo un periodo trascorso in India, ove viene conquistato dalla filosofia indù, pubblica il libro "Per una nascita senza violenza", in cui afferma che il bambino si rende perfettamente conto di ciò che gli accade sin dal momento del parto e nel passaggio dalla vita intrauterina all'esterno.

Rifacendosi al "trauma della nascita" di Otto Rank, interpreta la nascita come un evento violento e traumatico non solo per la madre, quanto soprattutto per il nascituro. I primi istanti di vita restano indelebilmente impressi nella memoria del soggetto.

La visione pessimista e l'exasperazione dei concetti dei primi allievi di Freud lo conducono ad espressioni talora assurde:

"Povero bambino! Nascere: quale calamità! Piombare di colpo nell'immensità della nostra ignoranza, della nostra crudeltà (...) il neonato rotola, rotola dentro il nostro mondo su un tappeto di spine, dentro un roseto (...) l'inferno è ciò che il bambino attraversa per arrivare fino

a noi. Poiché il fuoco che da tutte le parti investe il bambino, che brucia la sua vista, la sua pelle (...) questo fuoco, questo morso intollerabile, è la ferita dell'aria che gli entra nei polmoni (...)"

Egli arriva addirittura a definire la partorienta come un "mostro" a causa della sofferenza che infligge al figlio.

Lèboyer, pertanto, sposta l'attenzione dalla sofferenza della madre a quella del feto, contrariamente a quanto fatto classicamente dalla psicofilassi ostetrica.

Per attenuare l'impatto negativo del bambino al momento del suo primo contatto con il mondo extrauterino, Lèboyer propone l'adozione di piccoli "accorgimenti", più facilmente attuabili in case di cura o in ospedali di dimensioni ridotte, piuttosto che nei grandi e "spersonalizzanti" presidi sanitari nazionali.

La scialitica non deve essere rivolta sul viso del bimbo in modo che le luci vengano attenuate, e bisognerebbe evitare i rumori.

Non più "sculacciare" il nascituro affinché pianga, bensì appoggiarlo subito a pancia in giù sul ventre della madre, massaggiandogli delicatamente la schiena, nell'attesa che il funicolo cessi di pulsare, prima di reciderlo.

Secondo Lèboyer, infatti (contrariamente ai più recenti dati della fisiologia), il tempestivo taglio del cordone ombelicale provoca nel bimbo una violentissima immissione di aria nei polmoni, estremamente dolorosa in quanto paragonabile a "fuoco che brucia". La sua proposta di dare importanza alla tenerezza nel trattare il neonato attraverso piccoli gesti quali un massaggio e un bagnetto tiepido, è però indubbiamente valida.

Michel Odent e l'italiano Enzo Braibanti possono essere considerati dei discepoli di Lèboyer, avendo dato vita a centri nascita basati sui suoi principi.

La proposta ha trovato gran seguito, e giudizi positivi di qualificate ostetriche, quali Sally Irich. Si sono fatte, in suo nome, riunioni di canto corale e sempre alla ricerca di mezzi "naturali" si sono allestite vasche contenenti acqua tiepida, in cui far immergere la parto-

riente durante il periodo dilatante e in cui far nuotare il bambino appena nato. Per il parto in acqua, infatti, non serve una vera piscina, ma è sufficiente una normale vasca da bagno con un erogatore a doccia che funga da idromassaggio. Iniziato il travaglio, la partoriente si immerge nella vasca e, magari ascoltando una musica rilassante, inizia il training autogeno, mentre il partner dirige il getto della doccia sulle spalle e sull'addome.

La donna emerge totalmente dalla vasca solo al termine del periodo dilatante.

Infatti, la scarsa ampiezza delle vasche, nonché la difficoltà di assicurare un costante ricambio di acqua, rende preferibile l'espletamento del periodo espulsivo sulla normale seggiola da parto.

Nonostante l'entusiasmo di Odent, le obiezioni mosse al parto in acqua sono ancor oggi molteplici, anche se esulano il contenuto di queste pagine.

Braibanti, invece, implementò le idee di Lèboyer nella sua pratica professionale in una piccola clinica, e promosse l'effettuazione del massaggio shiatzu alla partoriente da parte del partner.

Leboyer affrontò il tema dei blues post-partum e giunse a formulare l'equazione: "+ violenza = depressione", "+ attenzione = non depressione". Lèboyer ha, nel complesso, aldilà di suggerimenti pratici banali e non documentati, contribuito a valorizzare gli aspetti psicologici e relazionali della nascita. Poco o niente però ha portato ai corsi di preparazione alla nascita e alla psicoprofilassi in genere.

MUSICOTERAPIA, PARTO CON TECNICHE ORIENTALI, YOGA, SHATZU, AGOPUNTURA

Che la musica abbia il potere di coinvolgere la mente, il corpo e lo spirito non è certamente un'acquisizione nuova, dal momento che le osservazioni dei suoi effetti terapeutici si perdono nella notte dei tempi.

La musica agisce a livello dell'Es, Io e SuperIo, e può pertanto giocare un ruolo fondamentale nel risvegliare o aiutare ad esprimere istinti primitivi, nonché nel rafforzare l'Io o nel provocare distensione emotive.

Riesce ad influire sulle performances fisiche, come è testimoniato dal suo accompagnare le più dure fatiche dei forzati, dei marinai, degli schiavi e, più recentemente, anche dei cultori del fitness e del jogging.

Nulla di strano, pertanto che, in virtù delle sue potenzialità, ad essa si sia ricorsi anche nel combattere i timori in gravidanza e nell'espletamento del parto. Come testimoniano alcuni basorilievi orientali, che mostrano come si tentasse di alleviare la donna dalle doglie tramite l'azione distraente del cinguettio di un uccellino in gabbia, o come è illustrato in un bell'affresco cinquecentesco nell'Ospedale S. Spirito di Roma ove una orchestrina suona ad un gruppo di madri impegnate nell'allattamento, l'utilizzazione della musicoterapia non è solo della nostra epoca.

Negli ultimi tempi però le tecniche musicali vengono inserite nei corsi di preparazione al parto, da persone (spesso musicisti che hanno approfondito problematiche psicologica) appositamente preparate.

L'etimologia del termine "Yoga" significa "congiungere," e da ciò si evince la finalità di questa disciplina prettamente orientale, mirante ad unire il corpo e la mente, e a saldarli in un approccio olistico spesso misconosciuto dalla medicina occidentale. Attraverso l'Hatha Yoga, alla gestante viene insegnato sia a percepirsi come una unità mente-corpo, che a riequilibrare le proprie energie positive e negative con quelle cosmiche.

Le tecniche principali dell'Hatha Yoga sono gli *asana* (posizioni senza movimento), il *pranayama* (controllo del flusso dell'energia vitale attraverso il respiro) e i *bija Mantra* (emissione di suoni speciali atti ad aumentare la potenza respiratoria). La loro pratica costante, oltre a condurre al raggiungimento di un perfetto equilibrio psicofisico, porta anche ad un'otti-

ma ossigenazione dell'organismo, con evidenti vantaggi soprattutto durante le contrazioni che, come è risaputo, riducono l'apporto di ossigeno al feto.

La tecnica dell'agopuntura è diffusa in Italia, mentre viene meno utilizzata nella stessa Cina, per il crescente sviluppo della medicina basata sull'evidenza e sulla fisiopatologia. Gli aghi andrebbero applicati nelle primissime fasi del travaglio, poiché quando le contrazioni divengono ravvicinate, è difficile usufruire di un momento di rilassamento abbastanza prolungato da consentire una corretta applicazione degli stessi. Comunque, le ricerche circa l'efficacia di tale metodica riferiscono una riduzione del dolore, ma non la sua completa abolizione (O'Brien Medwin, 1978).

Interessante è anche la riflessologia, che si fa risalire ad antiche dottrine Cinesi. Si basa ad una Concezio che nel pi esista un microsistema: premendo alcune specifici punti si potrebbero ottenere modificazione della "energia vitale" in specifici organi. Una massaggiatrice americana negli anni '30 descrisse in modo specifico il massaggio del piede che servirebbe fra l'altro a stabilire un maggiore dialogo fra medico e paziente, fra ostetrico/a e partoriente. Il massaggio del piede (shatzu) secondo Pizzi et al. (2003) avrebbe notevole importanza in gravidanza per disturbi psicosomatici quali iperemesi gravidica, sciatalgia, cistoalga, mentre nel parto è utile nella ipo o iper contrattilità o nell'eccessivo dolore.

Questa affrettata analisi, ovviamente, non può darci ragione della ricchezza di esperienze, idee, proposte che hanno segnato questi ultimi anni, altresì tutte da guardarsi con attenzione, disponibilità ad apprendere e spirito critico, tenendo però presente come spesso su di esse prevalgano componenti ideologiche, corporative, e veri e propri progetti politici, favoriti dai mass-media.

Lo spirito è stato ed è quello non solo di voler rendere più sicura la nascita, ma unire ad essa uno stile di accoglienza e di empatia, di cui il mondo moderno ha particolare bisogno.

TRENT'ANNI DI ESPERIENZA AL FATEBENEFRATELLI DI ROMA

Chiamato nel 1974 a dar vita ad un dipartimento di ostetricia e ginecologia nell'Ospedale Fatebenefratelli che appoggia le sue fondamenta sull'"Insula Tiberina aut Insula Salutis", sede dal 292 a.C. del Tempio di Esculapio, Romano Forleo ha continuato la lotta contro il dolore da parto iniziata dal suo Maestro, Wladimiro Ingiulla a Firenze negli anni '60, ma ha soprattutto costruito una unità che consenta di stabilire una continuità fra gravidanza, parto e puerperio secondo in criteri della "umanizzazione della nascita".

La filosofia del Dipartimento è riassunta nello slogan "*Non il parto in casa, ma la casa in ospedale*" e si inserisce negli esperimenti degli "Alternative Birth Centres" nord americani (Forleo e coll., 1980).

Nell'Ospedale Fatebenefratelli (affidato dal 1584 alla cura dell'Ordine di "S. Giovanni di Dio") dal settembre 1974 ad oggi sono nati più di novantamila bambini.

Nel 1996 l'Osservatorio Regionale del Lazio ha giudicato il Dipartimento della Donna e del Bambino dell'Isola Tiberina come Centro Nascite attrezzato per curare gravidanze ad alto rischio nel Lazio, classificandolo di III livello.

Ma non è la sua qualificazione tecnico-scientifica e l'alta esperienza clinica degli operatori sanitari, accresciuta dalla componente di perinatologi universitari che ha fatto del Fatebenefratelli un punto di riferimento per una moderna assistenza alla nascita, quanto piuttosto il suo concreto e palese impegno per "umanizzare" questo importante evento (Wright, 1971).

"Parto nella gioia", "Parto in famiglia", "Accogliere festosamente la vita che nasce" sono parole che da sempre si sentono all'interno dell'Ospedale ed anno trovato una concreta realizzazione ne "Il Focolare" (ristrutturato nel 1996), un Centro Nascite fra i più moderni nel nostro Paese (Forleo R., G. e P., 2000).

L'impegno, infatti, di un dinamico staff di gine-

cologi che lavora in piena collaborazione con le ostetriche, non è stato solo quello di realizzare un “parto nella sicurezza” (cercando di fornire un’assistenza la più accurata possibile in modo da cercare di ridurre mortalità e morbilità materna e perinatale), ma un “parto nella gioia”, valorizzando il protagonismo della gestante, la partecipazione dei papà, gli aspetti emotivi ed affettivi.

Sintesi non sempre facile per la tendenza negli anni '80 a contrapporre parto “naturale” a parto “medicalizzato”, ostetrica a ginecologo, parto a casa a parto in ospedale, tendenza allora velata da un antico femminismo, ma che ha radici storiche nella antica medicina musulmana (i genitali di una donna non dovevano essere visti da un uomo) o addirittura nella antica Grecia (la maia = mamma, l’ostetrica, doveva aver avuto almeno un figlio per essere ammessa ad assistere ad un parto).

Si pensi poi alle dispute settecentesche fra cui spicca il “Trattato sul parto assistito da donne”, ovvero “Le cause dell’umanità riferite al tribunale del buon senso e della ragione” (1768), in cui l’ostetrica Elisabetta Nihel si scaglia contro la pretesa degli uomini di assistere al parto fisiologico, e che si aggiunge al coro di teologi o medici filosofi, come Filippo Hecquet nel suo noto trattato del 1708 “*Dell’indecenza degli uomini di assistere al parto, dimostrando per ragioni fisiche, morali e mediche, che le madri non debbono esporre le loro vite né quelle dei loro bambini, passando alla cura maschile*” (Forleo R., Di Trocchio F., 2000).

Disputa che negli anni '70 ha visto, specialmente in Inghilterra e in Olanda, un Collegio delle Ostetriche particolarmente attivo nel voler prendere la cura di gravidanza e parto operando la scissione fra addetti alla fisiologia e alla patologia. Insieme ai medici di base (practitioners), le ostetriche hanno combattuto per conservare a casa la gestione del parto. Si è poi spesso caduti in un ecologismo esasperato che addirittura voleva riportarci a simbiosi preistoriche con la natura, ricordandoci la nostra derivazione filogenetica dai pesci.

Dall’altra parte ha soffiato il vento del progresso scientifico e tecnologico che, sconvolgendo le arrampicature teoriche di qualche epidemiologo (si prenda ad esempio Marjorie Tew in “Safer Childbirth”, 1995; Gandolfo et al., 2004), ha portato un sostanziale miglioramento non solo sul tasso della mortalità, come anche della morbilità perinatale, rischiando però di “patologizzare” l’evento.

Questo ha spinto ostetriche e ginecologi a non dedicarsi al rapporto uno ad uno, a impegnarsi in un’assistenza globale del travaglio e postpartum, ma specialmente ad approfondire le loro conoscenze su problemi clinici e su tecniche di intervento medico e chirurgico.

Giustamente si è spesso posto in evidenza come i ginecologi fossero più interessati ad ecografie ed esami di laboratorio, che al vissuto ed alle problematiche relazionali della gestante.

A spingere poi l’acceleratore verso una medicalizzazione del parto è stato l’incremento anche in Italia, di procedimenti giudiziari (“malpratiche”) in ostetricia, quasi sempre basati su accuse di omissioni (perché non è stato fatto il taglio cesareo? Perché non è stato tolto l’utero in tempo? ecc.). Negli stati uniti, una recente inchiesta dell’AGOG (2004) ha messo in evidenza che per questa ragione è sempre più difficile trovare ginecologi disposti a seguire gravidanza e parto (il 35%) degli specialisti hanno abbandonato la sala parto in questi ultimi 5 anni. Anche in Inghilterra e Francia non si trovano ginecologi disposti a fare guardie ostetriche.

Questa conflittualità, fra un esasperato naturalismo matrice di una concezione di parto di per sé privo di rischi, centrato sui soli aspetti psicologici, e un parto considerato sempre evento che richiede intervento attivo da parte del medico, richiedeva fino dagli anni sessanta una sintesi operativa che risolvesse nel concreto le problematiche legate alla nascita, lasciando da parte pregiudizi ideologici e interessi corporativi.

La “*Proposta Fatebenefratelli*” impiega una metodologia dinamica, cioè non “fissa” di un reparto ospedaliero, quanto quella in continua cambiamento di un “laboratorio”. Disponibile a

rinnovarsi nel tempo e di venire incontro ad ambedue istanze falsamente contrapposte, si è cercato di creare una unità fra gravidanza e parto e, oggi, post-partum, allattamento e puerperio. Non parole, ma fatti. Non teoriche prospettive ideali, ma concreto impegno quotidiano.

L'ostetricia è infatti la più antica delle arti mediche e, in quanto tale, deve essere basata su scienza ed esperienza.

Cercheremo di riassumere i principi di base della concezione di assistenza alla nascita e la risposta strutturale che oggi viene data dal Centro Nascite Fatebenefratelli, dalla Scuola di Specializzazione di Tor Vergata (nata nella sue mura ed oggi interessante molte strutture cittadine sotto la guida di Emilio Piccione), e della Scuola per Ostetrica oggi ivi operante.

La soluzione ideale, fino ad oggi operante, non condivide l'idea di creare una struttura che consenta solo alle pazienti giudicate "a basso rischio" (da chi ? come ?), un ambiente nascita "sereno e naturale" ove la partorienti sceglie la posizione (letto, sgabello o vasca da bagno), ove si ha diritto a scegliere medico ed ostetrica (anche se oggi a sue spese in attività libero-professionale intramurale). Anche e soprattutto, le gravidanze a maggior rischio debbono trovare un ambiente altrettanto sereno ed accogliente.

Tutte le partorienti infatti e specialmente coloro che hanno problemi di patologia ostetrica, debbono poter usufruire di ambienti accoglienti ed umanizzati, per poter camminare durante il travaglio, condividere con il proprio compagno questo importante momento, ricevere, oltre che l'attenzione medica anche calore umano da parte di chi l'assiste.

L'area travaglio-parto è quindi *unica*, per basso ed alto rischio composta di un numero di camere travaglio-parto singole (proporzionate al numero di parti), con annessa *sala operatoria* per interventi ostetrici, e *centro di rianimazione neonatale*.

Oggi, specialmente su istanza di un gruppo di ginecologhe/i e ostetriche/i che collaborano strettamente unite, si cercano luoghi nella immediato vicinanza dell'Ospedale per ulterior-

mente offrire ambienti ancora più simili alla casa.

Altro criterio di base è che non vengono somministrati farmaci, né indotte o pilotato un parto in assenza di patologia. Tale assenza è verificato con i più moderni e sofisticati mezzi diagnostici.

È poi l'*ostetrica che segue, dopo l'accettazione e la verifica del medico, il travaglio sia fisiologico e patologico*. Particolarmente istruita nella lettura del monitoraggio del battito cardiaco, chiama il medico al pur minimo dubbio di patologia. E lei che materialmente aiuta il bambino a nascere, affidandolo alle braccia del papà e, poi, del neonatologo. È l'ostetrica che gradualmente sostituisce la puericultrice, accompagnando anche la mamma a casa. È lei che prepara all'allattamento e segue il puerperio delle donne con parto fisiologico, fungendo anche da puericultrice.

Dal momento in cui viene accettata, alla gestante in travaglio sta in una stanza singola situata nell'"area nascita", ove si reca insieme al futuro papà.

Questa stanza è munita di un letto che si trasforma in lettino o in poltrona da parto e consente anche la posizione "accucciata" o "in piedi".

Le sei stanze travaglio-parto, munite di monitors, ecografi, ecc. sono collegate con una "sala comune" ove, durante la prima fase, le "coppie" si possono recare per passeggiare, vedere la televisione, ecc. tra una contrazione e l'altra. È un'ex cappella arredata con speciali poltrone fatte fare apposta per consentire a donne in gravidanza di sedersi comodamente.

Nel secondo stadio del travaglio si sta generalmente nella propria saletta, che potrebbe trasformarsi addirittura da "camera" in "sala operatoria", malgrado non ve ne sia bisogno perché all'interno del complesso travaglio-parto esiste, insieme ad una sala rianimazione neonatale, un'attrezzatissima una sala operatoria ostetrica.

Il papà non solo è presente al parto fisiologico, ma anche a quello operativo.

Per la lotta contro il dolore, oltre ad una prepa-

razione psico-profilattica effettuata oggi all'interno dell'Ospedale da psicologhe ed ostetriche preparate da una specifica "Scuola per Conduttori" della Fondazione Internazionale Fatebenefratelli, si offre anche l'analgia epidurale, che uno speciale staff di anestesisti, sempre presenti in sala parto, garantisce alle Signore che vi sono state preparate in gravidanza.

Il papà, subito dopo la nascita, segue il bambino durante la lunga visita del pediatra e torna nella stanza portandolo in culletta accanto alla mamma, che nel frattempo ha terminato il secondamento (III stadio del parto) e può subito "attaccare al seno" il piccolo, aiutata dal papà.

Poi tutti e tre, dopo due ore dal parto, vengono accompagnati in una delle stanze stanze a due letti, munita di tutti i comforts.

Il bambino sta sempre con la mamma, non esistendo più il "nido" centralizzando, ma dei piccoli "box" dotati di fasciatoio, bagnetto, apparecchiature mediche per pronto soccorso pediatrico.

Questi "nidini", con pareti di vetro sono posti a cavallo di due stanze, e gestiti direttamente dalle mamme.

Altra caratteristica di questo tipo di assistenza alla nascita è il ritorno precoce a casa (48 ore dopo il parto per via vaginale e 72 dopo il taglio cesareo, se effettuato in anestesia epidurale).

Tutto ciò per il neonato sano. Accanto a questa struttura, infatti, vi è un reparto di patologia neonatale fra i più attrezzati ed avanzati.

Questo tipo di organizzazione è in osservanza al criterio della Regione Lazio di suddividere i Centri Nascita in tre livelli, basato sull'universale concetto che "il modo migliore di trasferire un neonato a rischio è dentro l'utero della mamma", nel senso che quando si sospetta una patologia neonatale occorre far nascere il piccolo in un centro attrezzato per rianimazione e cura di un neonato patologico (2° e 3° livello).

Questo modello di servizio è stato, studiato per gli attuali 3.500 parti l'anno, con il 30% di patologia, e necessita di un numeroso staff di servizio in pronto soccorso e in sala parto (4 ginecologi, 4 ostetriche, 1 anestesista, 1 pediatra ol-

tre al personale infermieristico e sociosanitario).

Questa struttura offre una continuità assistenziale fra gravidanza, parto e puerperio, non tanto basata sul rapporto del singolo operatore con il singolo paziente (peraltro possibile in Ospedale nella attività intramurale sancita dalla cosiddetta "legge Bindi"), ma sulla unità fra l'equipe che cura la gravidanza e la equipe che segue il parto (stesse linee guida e stesse modalità, contrariamente ad alcuni epidemiologi, quali Gandolfo et al., 2004) che sostengono che preparazione al parto e all'allattamento debba essere fatta nei consultori e non nei Centri Nascita).

L'equipe composta da ostetrici medici e "midwives" cresciuta con una particolare attenzione anche ai bisogni emozionali e sociali, data la collaborazione di psicologhe qualificate dalla "Scuola per Conduttori", che prevede un loro tirocinio in area travaglio parto.

I CORSI DI PREPARAZIONE E ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA DELLA FONDAZIONE INTERNAZIONALE FATEBENEFRATELLI

Da circa vent'anni (con una sospensione dal '92 al '94) la Fondazione Internazionale Fatebenefratelli, svolge una "Scuola annuale per conduttori di Corsi di preparazione al parto, per psicologhe e ostetriche".

La Scuola è stata lo strumento per dare unità pedagogica, e analoghe strutture e linee guida ai Conduttori, in vista del loro impiego nei Centri Nascita che condividevano la nostra proposta..

In particolare, poiché fin dall'inizio i Corsi di preparazione al parto dovevano favorire il protagonismo della "coppia in attesa", dare cioè sia le nozioni fondamentali per affrontare problematiche biologiche, intrapsichiche e relazionali della gravidanza, parto, e puerperio, che i mezzi concreti per autogestire variazioni della propria immagine corporea, insieme alle emozioni e

fantasie insorte durante le varie fasi del percorso nascita”.

Questo comportava che la *psicologa*, che diverrà responsabile della dinamica di gruppo dei Corsi e dell’insegnamento del RAT, fosse presente ad almeno venti travagli-parto, e che la *ostetrica/o* approfondisse le proprie conoscenze di psicologia e imparasse le tecniche di pedagogie dell’adulto.

Il metodo RAT è stato presentato in questa “scuola” (oggi alla 19ª edizione) direttamente da Umberto Piscicelli (fino alla sua dolorosa scomparsa lo scorso anno).

I *Corsi per gestanti* sono stati effettuati all’inizio presso Consultori, Parrocchie o Case di Cura, finché, dal 2000 si svolgono direttamente all’interno dell’Ospedale, e sono affidati alla direzione ed organizzazione a Romano e Giulia Forleo, con l’aiuto della Ostetrica Capo Pellegrini. Malgrado le difficoltà nel raggiungere la sede ospedaliera nel cuore dell’antica Roma, occorre infatti che le gestanti si inserissero nell’ambiente scelto per il loro parto, nello spirito di quella continuità di stile e di protocolli fondamentale ad una moderna assistenza alla nascita (Todros T., 2001; Oggè et al., 2004).

Da circa dieci anni vengono poi svolti in ospedale “Incontri con i medici” per spiegare le modalità di assistenza alla nascita offerta dal Dipartimento della madre e del bambino. Tutte le gestanti (anche coloro che non frequentano i Corsi), che chiedono di usufruire dei nostri servizi debbono infatti essere informate su alcuni cardini della nostra “filosofia” sul tema. Oggi questi incontri per le coppie affrontano questi temi: “Come si assiste alla nascita nell’Ospedale” (tutte le settimane condotto dal prof. Forleo o da un dirigente ospedaliero); “L’analgesia in travaglio di parto” (un incontro mensile con l’anestesista); “L’accoglienza del neonato e i primi giorni di vita” (un incontro mensile con il pediatra); “Blues, depressione e sicosi post-partum” (un incontro mensile con psichiatra e ginecologo); a questi viene oggi aggiunto il tema “Allattamento e puerperio protetto” (un incontro mensile con l’Ostetrica Capo). Quest’ultimo

incontro fino ad oggi veniva inserito all’interno di ciascun Corso.

I “Corsi di preparazione e accompagnamento alla nascita” sono organizzati dalla Fondazione. Sono a pagamento, tranne che per i “non abbienti”, e sono organizzati in 8 o 9 incontri di due ore.

Se effettuato durante il secondo trimestre, l’incontro delle coppie è una volta alla settimana, mentre se le signore vi partecipano durante il terzo trimestre si svolge in due incontri alla settimana (senza gli incontri di musicoterapia).

L’orario è oggi dalle 18 alle 20 e dalle 20 alle 22, nelle sale dell’Ospedale.

Ad ogni Corso possono iscriversi al massimo 20 coppie, previa prenotazione.

Alla fine di ogni Corso è valutata la gradibilità del Corso stesso su appositi questionari anonimi. Sull’analisi di tale gradibilità si fonda anche il continuo miglioramento dei programmi.

Oltre alle sezioni di RAT (solo in parte modificate specialmente in ciò che riguarda la spinta oggi affidata all’ostetrica), la psicologa è responsabile degli incontri sulla genitorialità, la vita di coppia, il ruolo del papà, i problemi emotivi.

La psicologa deve essere presente anche durante l’esposizione dell’ostetrica, data la sua responsabilità di gestire la dinamica di gruppo, mentre l’ostetrica può non essere presente durante lo svolgimento degli esercizi di training, ma deve rispondere alle domande della coppia alla fine delle due lezioni di 40 minuti ciascuna. Le ostetriche fanno lezione in sulla fisiologia di gravidanza ed i consigli igienici, fisiologia del parto e puerperio, su posizioni e spinta, sulla puericultura post-natale, allattamento e puerperio.

Le presenze ai Corsi sono state: nel 2000, 695; nel 2001, 803; nel 2002 sono state 847; nel 2003, 854.

Le psicologhe sono selezionate, come abbiamo detto, fra le iscritte alla Scuola, dalla psicologa responsabile della conduzione ed organizzazione dei Corsi, Giulia Pagliai, e le Ostetriche dall’Ostetrica Capo.

IL DOMANI DELLA PSICOPROFILASSI OSTETRICA

Sempre più l'assistenza alla nascita esige negli operatori continuo aggiornamento e competenze che si ottengono attraverso specifici strumenti di formazione continua.

Chiarezza di linee guida e nei protocolli di ogni centro, elaborati e aggiornati in periodici meetings servono a superare rigide mansioni, la responsabilità diretta di ogni operatore, e soprattutto lavoro di gruppo, è essenziale per superare corporativismi o lotte generazionali.

Il continuo confronto fra diverse discipline ed esperienze sono indispensabili all'interno dei Centri Nascita, responsabili di accompagnare la coppia, dalla visita preconcezionale ai primi mesi di esperienza genitoriale. Interessante a questo proposito l'impegno delle ostetriche, "mid-wives" (Killan et al., 2002), nel farsi carico, fin dalla gravidanza delle gestanti a basso rischio (Oggé et al., 2004; McGillis et al., 2004).

Per condurre un Corso occorre però aver frequentato "Scuole per Conduttori", e continuare la propria formazione confrontandosi con esperienze diverse dalle proprie. Per organizzare i Corsi occorre anche inserirli in parallelo alle strutture ambulatoriali del Centro Nascita, convincendo i medici e le ostetriche che gli aspetti psicologici sono altrettanto importanti di quelli biologici e che la continuità assistenziale, prevede oggi lavoro di gruppo.

Questa continuità non può infatti, per motivi organizzativi, essere affidata ai singoli, ma esige positive dinamiche di gruppo, valorizzanti l'esperienza e la competenza dei singoli, senza l'antica suddivisione di ruoli (che fece scatenare conflittualità fra mid-wives e men-midwives nel 1700 (Forleo e Di Trocchio, 2000), ma senza rinunciare a passare dall'"I cure" all'"I care", dall'interesse per i problemi di fisiopatologia a quelli della persona, che deve caratterizzare una moderna assistenza ostetrica.

Questo sarà possibile se nella equipe saranno presenti anche psicologhe che agiscano lavo-

rando prioritariamente sul "clima" e aiutando ad un a revisione critica del rapporto gestante-operatore, sia esso/a Ginecologo/a Ostetrica/o. Nei Corsi compito principale della psicologa è infatti creare corrette dinamiche di gruppo favorevoli la presa in carico delle problematiche emotive e relazionali. È l'"intelligenza emotiva" che va valorizzata.

Dal punto di vista medico-legale, sempre più rilevante anche nel nostro Paese, le strutture ospedaliere esigono poi una gerarchia di responsabilità. La diagnosi di "basso rischio", e l'affidamento alla ostetrica del travaglio per un tentativo di parto spontaneo, deve essere fatta dal medico preposto alla "accoglienza" (parola che sostituisce l'accettazione).

L'Ostetrica/o seguirà il travaglio nel suo aspetto più difficile della nostra specialità: l'accorgersi, prima che si verifichi, della presenza di un aumento del rischio di sofferenza fetale o di segni premonitori di una patologia, tenendo però presente che in ogni struttura è il dirigente primo di guardia che è responsabile non solo della "regia", ma anche delle azioni dei singoli. L'ostetrica si dovrà far carico anche di aspetti psicologici in travaglio, così come "accompagna" la paziente in tutto il percorso nascita, e così il medico che non deve rinunciare nei colloqui ambulatoriali ad entrare nelle problematiche psicologiche a farsi carico dell'eventuale consenso realmente informato.

Il nostro Paese è un po' anomalo rispetto ad altri: ha il più alto numero di specialisti in ostetricia e ginecologia del mondo, escluso Cuba (più di 12.000, circa tre volte ad esempio, il numero di quelli inglesi).

Negli ultimi anni si è vista una "femminizzazione della specialità" con crescente presenza femminile che in alcune Scuole supera l'80%, mentre compaiono uomini fra le allieve ostetriche (laurea triennale).

Inoltre la puericultura solo negli ultimi anni viene ripresa dalle ostetriche, che occupano oggi anche ruoli importanti nella direzione e attività infermieristica dei reparti ginecologici, ambulatori e sale operatorie ginecologiche.

La “midwife” (l’Italia è l’unico paese al mondo che usa lo stesso nome di “Ostetrico” per il laureato nel triennio e per il medico specialista, creando non facile letture di ruoli e funzioni) non può più essere relegata a fare la “levatrice”, come lo specializzando non può fuggire dalla sala parto senza fare concreta esperienza nel seguire l’intero travaglio e parto fisiologico (chi è addetto alla patologia deve essere padrone della fisiologia).

Se ambedue queste figure professionali approfondiranno gli aspetti psicologici e relazionali non potremo impedire ad “accompagnatori esterni” di sostituirsi al ruolo proprio degli operatori sanitari, che sono responsabili del prendersi cura di tutta la persona e non solo di organi ed apparati.

E in tutto ciò, come inserire la psicologa? Questa domanda viene posta da Alessandra Bortolotti, psicologa volontaria presso il servizio Psicoprofilassi e Fisiologia Ostetrica di Firenze. “Il nostro ruolo – dice – si esplica quando si sta bene e si vuole continuare a star bene, quando la vita ci mette davanti al bisogno di

potenziare al massimo le risorse che sono dentro di noi, che magari in quel momento sono più difficili da riconoscere ed attivare ... la gravidanza può essere considerata uno di quelli, portando con sé grandi mutamenti” ... in questi casi pensare che “nelle difficoltà un intervento dall’esterno risolva tutto, rischia di renderci dipendenti dal di fuori e non autonomi, né in armonia con il nostro ‘dentro’...” (Nascere 87, 3/2002).

Le molte e ricche sperimentazioni odierne, la capacità a dialogare e a non creare barriere, la disponibilità a cambiare se stessi, sono alla base dei moderni dipartimenti di scienze ginecologiche e perinatali (Sandin Boio et al., 2002).

I meetings, il lavoro di gruppo, la istituzione di ruoli di tutoring, la curiosità per le proposte più ardite ed innovatrici, la rinuncia a dictat ideologici e corporativi, deve costituire il moderno servizio sanitario, non affidato a supposti manager preoccupati solo degli aspetti economici delle “aziende”, ma a esperti di “problematiche umane”, quali l’organizzazione della salute esige sempre più.

BIBLIOGRAFIA

- 1) A.A.: *Il parto indolore*. Atti del Simposio Internazionale. Ed. dell’Istituto Gregorio Mendel, Roma, 1956.
- 2) A.A.: *Le culture del parto*. Atti Convegno Internazionale “Culture del parto. Luoghi, pratiche, figure” (Milano 24-27.01.85), Feltrineli Ed., Milano, 1985.
- 3) AMMANITI M.: *La gravidanza fra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico Ed., Roma 1992.
- 4) ARAGONA I., BRAIBANTI E., VERSOLATTI I.: *Partorire senza violenza*. Editiemme, 1982.
- 5) BADOLATO G., SAGONE A.: *Psicologia dell’attesa*. Ed. Kappa, Roma, 1984.
- 6) BAGLIO G., SPINELLI A., DONATI S., GANDOLFO M.E., OSBORN J.: *Valutazione degli effetti dei corsi di preparazione alla nascita sulla salute della madre e del neonato*. Am. Ist. Sup. Sanità 36 (84); 465-78, 2000.
- 7) BAHL R., STRACHAN B., MURPHY D.: *Outcome of subsequent pregnancy three years after previous operative delivery in the second stage of labour: cohort study*. BMJ, 7; 328; 311, 2004.
- 8) BALASKAS J.: *Active birth*. Univ. Londra, 1983.
- 9) BARTOLOTTI A.: *Lo psicologo della salute e la psicoprofilassi ostetrica*. Nascere 87, (3); 1, 2002.
- 10) BIELLA M., REVELLI A., REVELLI E.: *Partorire insieme*. Armando Editore, Roma, 1988.
- 11) BRAIBANTI L., BRAIBANTI P.: *Nascere meglio*. Editori Riuniti, Roma, 1980.
- 12) CHERTOK L.: *Les Méthodes psychosomatique d’accouchement sans douleur (Histoire, théorie et pratique)*. L’expansion scientifique français. Parigi, 1957.
- 13) COLOMBO G., PIZZINI F., REGALIA A.: *Mettere al mondo. La produzione sociale del parto*. Franco Angeli Ed., Milano, 1985.

- 14) ERIKSON M.: *La natura dell'ipnosi*. Astrolabio, Roma, 1982.
- 15) FORLEO R., BAIOTTO F., FERRAROTTI M.: *Manuale di assistenza alla nascita*. 3 vol. Cofese Ed., Palermo; 1980-82.
- 16) FORLEO R., DI TROCCHIO F.: *Giacomo Casanova e le ostetriche. Un capitolo di storia della medicina del XVII secolo*. CSE, Torino, 2000.
- 17) FORLEO R., FORLEO P.: *Introduzione alla storia dell'ostetricia*. In: Ackerknecht E.H. e Munchen H. *Compendio di Storia della Medicina*, C.S.E. Ed., Torino, 2000.
- 18) FORLEO R., PODDA M., ALBANESE S., FORLEO P.: *Paure e timori in gravidanza, indagine statistica su 300 donne intervistate a Roma e Matera*, Atti Congresso SIPGO, Torino, 2004 (in corso di stampa).
- 19) FORLEO R., G. E P.: *Nato per Amore*. Manuale per futuri genitori. S. Paolo Ed., Cinisello B.mo, 2002.
- 20) GANDOLFO M., DONATI S., GIUNTI A.: *Indagine conoscitiva nel percorso nascita (2002). Aspetti metodologici e risultati nazionali*. *Rit. It. Med. Perinatale* 6; 8-14, 2004.
- 21) GAREL M., CROST M.: *Some psychological aspects of epidural analgesia*. p. 458-460 in "Psychosomatic obstetric and gynecology". Springer Verlag, Berlino, 1982.
- 22) HODNETT E.D.: *Continuity of caregivers for care during pregnancy and childbirth*. In: *Cochrane Database of systematic Reviews*, I, 2003.
- 23) INCH S.: *Birthrights. A parents Guide to modern childbirth*. Hutchinson Ed., London 1982.
- 24) KILLAR J., CARROLI G., NEELOFUR D., PIAGGIO G.: *Patterns of routine antenatal care for low risk pregnancy*. In: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4, 2002.
- 25) KITZINGER S.: *Women as mothers*. Oxford Ed., 1978.
- 26) LAMAZE F., VELLE P.: *L'accouchement sans douleur*. Comunicazione al "World Congress of Medicine", 18 aprile 1952.
- 27) LEBOYER F.: *Per una nascita senza violenza*. Ed. Bompiani, Milano, 1975.
- 28) LENARD A.: *Partorire senza dolore*. Mediteranea Ed., 1952.
- 29) MC GILLIS M., DORAN H.L., GEORGE H.: *Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient safety*. *The Journal of Nursing Administration*, Vol. 34 (1), pp. 41-45, 2004.
- 30) MIRAGLIA F., MICHELETTI G., ORLANDINI E.: *Sarò madre*. Rizzoli Ed., Milano 1984.
- 31) MOSCONI G.: *L'ipnosi per partorire*. Ed. Piccin, Padova 1974.
- 32) MOSCONI G.: *La tecnica dell'ipnosi in ostetricia*. Ed. Cortina, Padova, 1960.
- 33) MOSCONI G.: *Training ipnotico*. Ed. Piccin, Padova, 1987.
- 34) O'BRIEN MEDWIN J.: *Prenatal yoga e altre tecniche di preparazione al parto*. Savelli, Roma, 1978.
- 35) ODENT M.: *Ecologia della nascita*. Ed. Red, Como, 1989.
- 36) OGGÉ G. et al.: *Un modello di assistenza alla gravidanza fisiologica evidence-based: verifica di efficacia e di efficienza*. *Tendenze nuove*, 1, 37-51, Il Mulino Ed., 2004.
- 37) OLBERTZ F.W.: *Alternative obstetrics: background and practice of a model of Natural Childbirth*. p. 461 in "Psychosomatic in obstetrics and gynecology". Springer Verlag, Berlino, 1982.
- 38) PISCICELLI U.: *Training Autogeno Respiratorio e Psicoprofilassi Ostetrica*. Piccin Ed., Padova 1977.
- 39) PIZZI C., SORACE A., PELLEGRINI M.G.: *Riflessologia plantare in travaglio di parto*. In: *Argomenti di Ginecologia e Ostetricia Psicologica*, a cura di Piccione E., CIC Edizioni Internazionali, Roma, 2003.
- 40) PLATONOV K.I.: *Suggestion et Hypnose à la lumière de l'enseignement de Pavlov*. Medgz Ed., Mosca, 1951.
- 41) PRENDIVILLE W.J., ELBOURNE D., MCDONALD S.: *Active versus expectant management in the third stage of labour. (Cochrane Review)*. In: *The Cochrane Library*, John Wiley & Sons, 2004.
- 42) QUEENAM J.: *Teaching infrequently used skills: vaginal breech delivery*. *Obst. Gyn.* 103 (3), 405-6, 2004.
- 43) RANK O.: *Il trauma della nascita*. Pyot, Parigi 1928.
- 44) READ G.D.: *Childbirth without fear*. Harper e Brothers. Londra, 1944.
- 45) SANDIN BOJO A.K., HALL-LORD M.L., AXELSSON O., UDEN G., WILDE LARSSON: *Midwifery care: development of an instrument to measure the quality based on the World Health Organization's classification of*

- care in normal birth.* J. Clin. Nurs., 13 (1): 75-83, 2004.
- 46) SCHULTZ H.J.: *Il training autogeno respiratorio.* Ed. Feltrinelli, Milano 1968.
- 47) TODROS T.: *Mutamenti nell'assistenza alla gravidanza e parto nella medicina materno e fetale.* In: Todros T. e Vanara F. *Nascere nel 2000.* Il Mulino Ed., 2001.
- 48) VELVOSKY S.: *Questions generals sur la preparation psicoprofilattique de les femmes grosses.* Bollettino della Società francese di Psicoprofilassi Ostetrica, 1, 77, 1961.
- 49) VERMOREL H.: *L'accouchement sans douleur par le methode psychoprophylactique.* Camulgi Ed., 1956.
- 50) VILLAR J., CARSOLI G., KHAN-NEELOFUR D., PIAGGIO G.: *Pattern of routine antenatal care for low risk pregnancy.* In: Cochrane Database of Syst. Rev. 4, 2002.
- 51) WETZ R.W.: *Lying. in a history of childbirth in America.* Yale Univ. Press, New Haven, 1977.
- 52) WRIGHT E.: *Partorirai con gioia. Il nuovissimo manuale per vincere la paura e il dolore.* Ferro Ed., Milano 1971.