

CORSI “PRE-PARTO”: QUALI OFFERTE? QUALI BISOGNI?

Serafini P.*, Marozio L.

Università di Torino

Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia

** Azienda Ospedaliera O.I.R.M. “S. Anna”, Torino*

Clinica Ostetrica e Ginecologica

In occidente le radici della moderna assistenza alla nascita si possono fare risalire circa al diciassettesimo secolo; in quel periodo l’obiettivo prioritario dell’assistenza era la protezione della vita della donna, spesso a discapito di quella del feto. Le società si evolsero e si trasformarono, le conoscenze relative alla medicina ed alla sanità si svilupparono e nel Settecento i chirurghi diventarono anche ostetrici; contestualmente si svilupparono i modelli sociali di assistenza sanitaria.

Verso la fine del ’700 iniziarono in Europa i primi rudimentali “corsi pre-parto” soprattutto correlati ai movimenti di emancipazione della donna. Ma solo nel XIX secolo si ebbero due cambiamenti radicali nell’assistenza alla nascita: il consolidamento del parto in ospedale (anche per le classi sociali agiate), e la progressiva affermazione delle cure prenatali. Fino a quel momento, infatti, né le istituzioni preposte alla tutela sanitaria, né tantomeno le donne in gravidanza, consideravano utile o necessaria una supervisione medica sistematica della gravidanza. All’inizio del secolo scorso, quando in Europa i tassi di mortalità materna e infantile erano ancora molto elevati, i paesi industrializzati iniziarono a sviluppare una nuova concezione di

salute e di responsabilità per la salute: s’iniziò a pensare che la salute dell’adulto dipendeva da quella del bambino, che a sua volta dipendeva da quella della madre; il controllo della salute della donna fu quindi istituzionalizzato come “valore della società”, e l’assistenza prenatale e perinatale iniziò ad essere regolamentata. La donna in gravidanza divenne la “paziente” delle cure prenatali e della tecnologia ostetrica. Negli anni ’50 e ’60 si verificò la massima espansione del cosiddetto “modello medico tecnologico” dell’assistenza alla nascita, e proprio in quegli anni i tassi di mortalità materna e neonatale si ridussero drasticamente. Per alcuni, tuttavia, tali miglioramenti sarebbero stati conseguenza non solo dell’introduzione della tecnologia nell’assistenza alla nascita, ma anche della rilevante riduzione della parità e del miglioramento dello stato di salute e di benessere della popolazione generale. In ogni caso, le “tecnologie per l’assistenza alla nascita” furono implementate ed i corsi “pre-parto” ne divennero parte integrante talora come supporto, talora come “alternativa”. La cosiddetta “macchina del parto” fu commercializzata e sviluppò una straordinaria varietà di prodotti; i corsi pre-parto non si discostarono da questo fenomeno e proliferarono un gran nume-

ro di Scuole (Charcot, Read, Jacobson, Lamaze, Piscicelli) di diversa matrice (biologica, psicologica, sociale) con l'obiettivo principale di controllare l'evento e soprattutto il dolore o la sua dimostrazione da parte delle donne, in ultima analisi di controllare le donne al momento del parto.

Tuttavia, il proliferare di nuove tecnologie e di modelli assistenziali non comportò il contestuale sviluppo di una valutazione scientifica della loro efficienza ed efficacia; anche la "preparazione al parto" subì la stessa sorte – in parte per l'impreparazione degli operatori (ivi incluse le ostetriche) all'adozione ed applicazione di mezzi scientifici di controllo di qualità come gli studi randomizzati e controllati – e forse per la mancanza di chiarezza sui benefici da ricercare. Negli anni '80, infine, l'organizzazione dei "corsi pre-parto" divenne sempre maggiore appannaggio di modelli orientati alla demedicalizzazione della nascita; i corsi divennero terreno di confronto e di scontro tra professionisti e talvolta baluardi di scuole di pensiero e filosofie dell'assistenza ostetrica. Il primitivo obiettivo assistenziale di controllo del dolore del parto si estese a più ampi obiettivi come l'implementazione di stili di vita più salutari, la riduzione dell'ansia, il miglioramento delle relazioni familiari e dei modelli genitoriali, il rafforzamento dei modelli di autostima, il senso di sicurezza della donna che deve partorire.

Il lessico complesso ed eterogeneo utilizzato per definire i corsi pre-parto indica però con chiarezza che a tutt'oggi obiettivi e bisogni non sono ancora ben chiari e definiti né per le donne né per gli operatori: "corso di preparazione al parto", "preparazione psicofisica al parto", "psicoprofilassi ostetrica", "corso di accompagnamento alla nascita", "preparazione alla nascita", "corso di educazione prenatale" sono solo alcune delle etichette utilizzate. La grande variabilità di definizioni è paradigmatica della disomogeneità delle ideologie e degli obiettivi su cui si basano i "corsi pre-parto". Anche i contenuti dei corsi pre-parto non sono oggi meno eterogenei delle etichette utilizzate per defi-

nirli. La maggior parte delle proposte (soprattutto nelle strutture sanitarie pubbliche) è articolata in incontri di gruppo, orientati a trasmettere "informazioni" su tecniche di rilassamento psicologico e fisico, tecniche di respirazione (spesso introdotte sia per il perseguimento di uno stato di rilassamento che per l'attivazione di meccanismi di "spinta" durante il periodo espulsivo), generalità sulla gravidanza e sul parto, chiarimenti sulle terminologie utilizzate dagli operatori sanitari, sui meccanismi biologici e psicologici correlati alla nascita, sull'organizzazione e gli usi dei servizi per l'assistenza alla nascita. Gli operatori coinvolti nella erogazione di questo servizio ed i modelli organizzativi sono pure molteplici ed eterogenei: dall'ostetrica al ginecologo, dal neonatologo all'anestesista, allo psicologo un po' tutti si cimentano nell'impresa. In questo complesso panorama è evidentemente molto difficile esprimere un giudizio sugli effetti dei corsi pre-natali.

Simkin ed Enkin in "Effective Care in Pregnancy and Childbirth" già nel 1989 sottolineavano che gli studi di valutazione di efficacia condotti sui corsi di pre-parto riflettevano i mutamenti dell'enfasi posta sui diversi obiettivi. I primi studi infatti focalizzavano l'attenzione soprattutto sul rapporto tra frequenza a corsi pre-parto e dolore in travaglio; gli studi più recenti tendono a considerare piuttosto gli aspetti psicologici e i comportamenti parentali.

Diversi studi controllati e randomizzati hanno dimostrato che i corsi pre-parto riducono significativamente il ricorso ad analgesici durante il travaglio, ma non è mai stato dimostrato che il ridotto ricorso a farmaci analgesici sia correlato con una reale riduzione del dolore percepito; non sono stati evidenziati altri effetti rilevanti dei corsi. Alcuni studi prospettici non randomizzati hanno invece riportato altri effetti positivi, ma alcuni errori sistematici di valutazione hanno spesso inficiato i risultati. Sono a tutt'oggi disponibili pochi studi di confronto degli effetti analgesici dei diversi metodi di preparazione al parto. Se i benefici dei corsi pre-parto sono

difficili da documentare in maniera sistematica, i rischi potenziali e gli effetti negativi sono ancora meno definibili: non si sa quanto i corsi possano creare o alimentare paure o ansie invece di alleviarle, quanto le donne soccombano alle pressioni a favore di un loro adeguamento da parte delle altre donne o di chi tiene il corso, magari rifiutando farmaci o interventi assistenziali. Sono state condotte pochissime valutazioni sistematiche sulla possibilità che, quando le attese prospettate alla donna ed al suo partner dai corsi di preparazione al parto non si concretizzano, insorgano sentimenti negativi, rabbia, colpa o inadeguatezza.

È indubbio comunque che l'esistenza e l'attivazione dei corsi pre-parto sono un importante elemento del percorso nascita, riconosciuto a livello istituzionale. Il Progetto Obiettivo Materno Infantile (POMI) evidenzia i "corsi pre-parto" (definizione scelta per il documento) inserendoli tra le azioni da effettuare per il perseguimento degli obiettivi di:

- umanizzazione del percorso nascita (indicatore: numero di corsi attivati, percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi);
- promozione dell'allattamento al seno (indicatore: numero di corsi attivati, percentuale di donne in gravidanza che partecipano ai corsi, assistenza post-nascita).

Il profilo professionale definisce l'Ostetrica come "...l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, *assiste e consiglia* la donna nel periodo della gravidanza, *durante il parto* e nel puerperio, *conduce e porta a termine parti eutocici con propria responsabilità e presta assistenza al neonato*" e cita esplicitamente la partecipazione alla "preparazione psicoprofilattica al parto" tra gli obiettivi e le competenze professionali.

Ancora oggi è possibile tuttavia rilevare tra i problemi più rilevanti dei corsi pre-parto:

- *la mancanza di un obiettivo dichiarato*: spesso non è chiaro se il corso si propone scopi informativi, educativi, di preparazione fisica, di preparazione psicologica, ecc. La mancanza di

chiarezza può generare negli utenti aspettative che resteranno frustrate ed insoddisfatte;

- *la incongruenza tra il modello assistenziale proposto durante il corso e la realtà assistenziale di riferimento*: le difformità dei modelli soprattutto quando l'offerta proviene da una stessa istituzione può essere fonte di gravissimi problemi per l'assistenza. È infatti molto pericoloso proporre modalità di espletamento del parto diverse e lontane da quelle effettuate nella struttura di riferimento (per esempio, promuovere posizioni verticali o parto in acqua in strutture dove ciò sarebbe impraticabile). I confini tra il dovere di informazione e la deontologia professionali divengono in questi casi estremamente labili e possono trasformare un luogo di informazione in un campo di battaglia ideologica dove le prime vittime sarebbero le persone assistite;

- *la inadeguata o insufficiente preparazione degli operatori che gestiscono i corsi nelle tecniche proposte*: proporre esercizi di ginnastica perineale, stretching, ipnosi, massaggio, visualizzazione o quant'altro richiede un training formativo lungo ed accurato. Alcune ricerche hanno evidenziato che attualmente molti operatori e strutture propongono nei corsi metodi appresi per imitazione da colleghi, o in corsi di sensibilizzazione (ma non di reale formazione), o per autoapprendimento dimenticando che un esercizio fisico mal fatto può essere altrettanto dannoso della somministrazione errata di un farmaco e che la adeguata conduzione di un gruppo o la trasmissione di informazioni sanitarie non è semplicemente basata su capacità personali ma deve essere correttamente appresa e sottoposta a verifiche di qualità;

- *l'empirismo dell'approccio*.

Quali obiettivi quindi per il terzo millennio? Prima di tutto l'effettuazione di una seria analisi della realtà, mirata:

- alla corretta identificazione dei bisogni, dei problemi e dei desideri delle persone assistite nell'ambito del percorso nascita (corsi per le donne, per le coppie, per i padri, per il benes-

sere del feto, per quello del neonato, per la promozione dell'integrazione dei loro bisogni; corsi per il sostegno psicologico, fisico, sociale, ecc.);

- alla corretta, esplicita e formalizzata definizione degli obiettivi perseguiti dai corsi (offerta assistenziale, trasparenza dell'informazione, chiarezza sui principi e sul modello teorico di riferimento prescelto, ecc.);
- alla definizione degli strumenti e di metodi di intervento (tempi, collocazione nel periodo di gravidanza e/o del post-partum, ecc.);
- alla definizione dei criteri e degli standard di riferimento;
- alla raccolta organizzata dei dati e successiva elaborazione;
- alla verifica dei risultati;
- alla revisione, correzione ed adeguamento continuo dell'offerta;
- alla formazione degli operatori;
- alla definizione di un lessico comune ed omogeneo;
- alla reale accessibilità del servizio;
- alla progettazione di interventi coordinati, integrati appropriati e coerenti.

Il perseguimento dei suddetti obiettivi assume un valore strategico nel miglioramento dei servizi del percorso nascita e nel concreto supporto assistenziale delle persone in esso assistite. I corsi pre-parto potrebbero certamente rappresentare strumenti straordinari di prevenzione e di promozione della salute oltre che di condivisione del percorso con gli utenti (patto assistenziale). Strumenti fondamentali per perseguire l'obiettivo della partecipazione attiva, fattiva e responsabile dell'utente al Progetto Obiettivo materno infantile sono senza dubbio l'informazione e l'educazione alla salute dei cittadini (singoli, coppia, collettività). Le strategie educative ed informative rappresentano per utenti, operatori ed altri soggetti coinvolti nel "Percorso Nascita" un nodo cruciale per l'attuazione di un progetto obiettivo per il quale "la gravidanza ed il parto sono eventi fisiologici che possono talvolta complicarsi in modo non prevedibile con conseguenze gravi per la donna, per il nascituro e per il neonato".

Il pertinente utilizzo delle risorse e dei "percorsi" da parte di tutti rappresenta quindi uno degli elementi sostanziali per la gestione del progetto e soprattutto del rischio.

Sono oggi numerose le istanze verso la promozione di una relazione assistenziale e terapeutica simmetrica nella quale chi possiede il "sapere del parto" non è più o soltanto l'operatore ma anche o soprattutto la donna che dovrebbe essere aiutata ad attivare le sue competenze endogene rispetto alla gestione della sua salute ed ai relativi bisogni di assistenza. L'attivazione di un "patto" assistenziale simmetrico deve contestualmente condurre ad una chiara e reale condivisione delle responsabilità: la donna dovrà accettare di essere responsabile delle sue scelte; gli operatori della qualità delle informazioni fornite e successivamente della correttezza dell'assistenza erogata. Una corretta informazione può infatti aiutare la donna:

- 1) ad esprimere la sua opinione ed a chiarire con se stessa, con il partner, con la sua famiglia e con gli operatori la sua posizione rispetto:
 - al luogo del parto (ospedale, casa, casa da parto, ecc.);
 - alla durata del ricovero (ricovero breve, dimissione precoce, dimissione appropriata, ecc.);
 - alla tecnologia utilizzata (soprattutto nelle situazioni a basso rischio);
 - alle posizioni da assumere;
 - alla modalità di attivazione della spinta (ancora molte strutture consigliano la manovra di Valsava);
 - alla effettuazione della episiotomia;
 - all'allattamento;
 - al taglio del cordone ombelicale;
 - alla presenza di persone di famiglia (partner, persona di fiducia, ecc.);
 - e perché no a fotografie, musica, ecc.;
- 2) ad esprimere meglio i propri sentimenti e valutare le necessità di mediazione (familiare, sociale, assistenziale);
- 3) a considerare le proprie priorità;
- 4) a valutare realisticamente la propria situazione;

- 5) a incontrare gli operatori preposti all'assistenza e familiarizzare con i luoghi;
- 6) a prepararsi per migliorare l'esperienza;
- 7) a essere flessibile.

Una buona esperienza di parto/nascita è fondamentale ed ha delle serie ripercussioni sulla famiglia e sulla società.

La tutela della salute della mamma e del bambino sono gli obiettivi primari.

La gestione delle situazioni di emergenza richiede decisioni tempestive ed una grande cooperazione la consapevolezza migliora la presa in carico dei problemi e concorre e migliorare la qualità dell'assistenza.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ODENT M.: *Ecologia della nascita*. Red Edizioni 1989.
- 2) COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA: *Problemi bioetici in una società multi-etnica*. In: *Infermiere Informazione*, 1999; 11-12: 3-5.
- 3) O.M.S.: *Progetto Salute 21*.
- 4) SBISÀ M.: *Come sapere il parto*. Rosenberg e Sellier, 1992.
- 5) SMITH R.C.: *La storia del paziente*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1997.
- 6) MAY K.A., MAHLMEISTER L.R.: *Maternal & neonatal nursing, family-centered care*. J.B. Lippincott Company (Third Edition).
- 7) IMBASCIATI A.: *Umanizzazione della medicina e criteri di scientificità: stereotipi, pregiudizi, equivoci*. In: *Nascere*, 1999, n. 78, 14-16.
- 8) WAGNER M.: *La macchina del parto. Limiti, rischi e alternative della moderna tecnologia della nascita*. Red Edizioni, 1998.
- 9) RELIER J.P.: *Amarlo prima che nasca. Il legame madre figlio prima della nascita*. Le Lettere, Firenze, 1994.
- 10) DI CAGNO L., LAZZARINI A., RISSONE A., RANDACCIO S.: *Il neonato e il suo mondo relazionale*. Borla, 1984.
- 11) LEPORI B.: *La nascita ed i suoi luoghi. Nuovi modi e nuovi spazi per venire al mondo*. Red Edizioni, 1992.
- 12) MARSHALL H. KLAUS, PHYLLIS H. KLAUS: *Venire al mondo*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1988.
- 13) ENKIN M., KEIRSE M., CHALMERS I.: *L'efficacia delle procedure di assistenza alla gravidanza ed al parto*. Red Edizioni, 1993.
- 14) LIBERATI A. (a cura di): *La medicina delle prove di efficacia, potenzialità e limiti della evidence-based medicine*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- 15) MARCHIOLI R. TOGNONI G.: *Cause effetti in medicina, logica e strumenti di valutazione clinico epidemiologica*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1995.
- 16) ROBERTSON A.: *L'ostetrica e l'arte del sostegno durante il parto*. McGraw-Hill, 1998.
- 17) SOIFER R.: *Psicodinamica della gravidanza parto e puerperio*. Borla, 1995.
- 18) AMMANITI M., CANDELORI C., POLA M., TAMBELLI R.: *Maternità e gravidanza*. Raffaello Cortina Editore, 1995.
- 19) KLAUS M.H., KENNEL J.H., KLAUS P.H.: *Far da madre alla madre*. Il Pensiero Scientifico Editore, 1998.
- 20) HOLMES J.: *La Teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, 1993.
- 21) KLAUS M.H., KENNEL J.H., KLAUS P.H.: *Dove comincia l'amore. I primi contatti con il neonato*. Bollati Boringhieri, 1995.
- 22) BRAIBANTI L.: *Parto e nascita senza violenza*. Edizioni Red, 1993.
- 23) TOMATIS A.: *La notte uterina*. Edizioni Red, 1996.
- 24) BALASKAS J., GORDON Y.: *Manuale del parto in acqua*. Edizioni Red, 1992.
- 25) GRECO P., PALMA R.: *Preparazione acquatica al parto*. Edizioni Red, 1997.
- 26) SHORTER E.: *Storia del corpo femminile*. Feltrinelli, 1984.
- 27) SIMP: *Requisiti e raccomandazioni per l'assistenza perinatale (3ª edizione)*. SEE Firenze, 1999.
- 28) CARPENITO L.J.: *Diagnosi Infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica*. Casa Editrice Ambrosiana, 1998.
- 29) WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO): *Care in normal birth: a Practical Guide*. Report of a technical working group, 1996.

- 30) DRIESSEN R., CAMPIOTTI M. (traduzione a cura di): *Programmazione del piano di assistenza ostetrica in Olanda*. Criteri di valutazione e competenze specifiche dell'Ostetrica, del medico di base e del medico specialista (con il patrocinio dell'O.M.S.). Il Marsupio, Firenze, 1987.
- 31) D.M. N. 740 DEL 14/09/94: *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'ostetrica/o*.
- 32) SERAFINI P.: *Il bambino: come farlo nascere*. In: *Nascere*, 1996; 68: 21.
- 33) SERAFINI P.: *Quando l'ostetrica si confronta con la psicoprofilassi*. In: *Nascere*, 1997; 70: 24-25.
- 34) LOMBARDO P., TODROS T., CAU A.: *Analgesia peridurale in travaglio: indicazioni, rischi e benefici*. ANDRIA atti del congresso: 1985-1997 raccomandazioni O.M.S. e cambiamenti nella assistenza alla nascita.
- 35) SERAFINI P., ROASCIO R.: *Assistenza personalizzata alla madre ed al neonato*. Collana monografica della Società Italiana di medicina perinatale. Il parto. Editeam 2000.
- 36) SCHMID V.: *Il dolore del parto*. Centro Studi Il Marsupio, 1998.