



Atti Convegno Nazionale

**GRAVIDANZA E
PARTO UMANIZZATO:
Benessere e Sicurezza**

A cura di

F. Vescio - D. Perri - C. Ermio

Divisione di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale di Soveria Mannelli (Cz)

Atti
Lamezia Terme
25 - 26 Ottobre 1991

IL PARTO IN OSPEDALE : DESIDERI E REALTA'

Confronto tra due diverse indagini condotte in tempi diversi

**E. GUERRESI - G. GORI - A. ERRICO - G. PIZZOLI - T. STABILE
E. SCANDELLARI - M. FILIPPINI* - P. STEFANELLI*
M. FARINELLI***

UNIVERSITA' DEGLI STUDI - BOLOGNA

3^a Clinica Ostetrica e Ginecologica

ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE - Repubblica di San Marino

(*) Divisione di Ostetricia e Ginecologia

Ospedale di Stato

INTRODUZIONE

Nel titolo stesso della relazione è evidente la dicotomia, si percepisce il contrasto; dicotomia e contrasto che oramai da anni coinvolgono chi si occupa della gravidanza, del travaglio, del parto e del puerperio, in breve del "percorso nascita".

Da una parte i desideri e le aspettative delle donne e dei mariti/partner nei riguardi di un evento importantissimo e spesso unico, di contro la realtà all'interno della quale la donna e la coppia sono costrette a muoversi. Realtà condizionata sovente, dall'incapacità delle strutture a dare una risposta adeguata alle aspettative delle donne, molto frequentemente influenzata, negativamente, dalla burocratizzazione di alcune procedure fatte di orari e di divieti tanto rigidi, quanto inutili. Realtà spesso falsata dalla resistenza degli addetti ai lavori a far proprie alcune richieste, rinunciando a comportamenti che, il più delle volte, sono dettati dalla consuetudine, piuttosto che da una reale e comprovata utilità e, quel che è peggio, posti con toni gravi ed impositivi più consoni forse alla gestione di malati a prognosi più o meno infausta che a lieti eventi.

Bisogna riconoscere l'indiscutibile coraggio e la lungimiranza di chi ha saputo, per primo, denunciare la eccessiva medicalizzazione del parto e la conseguente completa esclusione dal parto della gravida o meglio della coppia.

Questa cosciente e coraggiosa presa di posizione ha fatto sì che molti prendessero atto di una situazione che stava divenendo a dir poco paradossale!!

Molto verosimilmente noi medici, da soli, non ce ne saremmo resi conto ed avremmo continuato per la nostra strada, fatta di un monitoraggio sempre più

intensivo e di un interventismo sempre più esagerato, incoraggiati dalla lunga teoria di dati statistici in sempre costante miglioramento: crollo della natalità, calo drastico della morbilità, tempi abbreviati, ecc., ecc..

Indubbiamente, l'euforia indotta dalla scoperta che la tecnologia poteva darci un grosso aiuto, ha fatto sì che ci si dimenticasse che la gravidanza, il travaglio, il parto ed il puerperio, malgrado tutto, sono situazioni non assimilabili ad uno stato morboso e che nel corso di questa serie di eventi, in cui si articola il "percorso nascita", oltre che il tecnicismo ed il monitoraggio biochimico e biofisico altrettanta importanza vengono ad assumere gli aspetti emotivi, affettivi, psicologici, sessuali ed umani.

Per fortuna, come ho già detto, questo movimento a senso unico è stato interrotto e, oggi, vi è una certa tendenza ad invertire o per lo meno a modificare la rotta.

Anche se siamo lontani dal poter vantare risultati definitivamente acquisiti ed un coinvolgimento su vasta scala, non possiamo non riconoscere che il movimento verso una "nascita diversa", ha assunto connotazioni oramai ben precise e sono non pochi quelli che, con entusiasmo, stanno andando in questa direzione.

In molti casi, comunque, è proprio l'ospedale che si frappone come l'ultimo ostacolo a queste metamorfosi, in modo particolare laddove la struttura sanitaria non è stata in grado di armonizzare la duplice esigenza di lasciare la donna più "libera" ed "attiva" durante il travaglio, il parto, ed il primo puerperio ed al contempo di non privarla di quella "sicurezza" che la moderna tecnologia può, quando e se necessario, garantirla.

Ma in definitiva cosa chiede di tanto strano ed irrealizzabile la coppia? Quali sono questi desideri impossibili? L'umanizzazione del parto o meglio una rivisitazione del "percorso nascita" nell'intento di promuovere una partecipazione fatta di consapevolezza, di maggiore naturalezza e spontaneità, con il minimo di interferenze; la richiesta in definitiva, di un diverso atteggiamento mentale da parte degli addetti ai lavori verso questo, solo apparentemente, nuovo aspetto della nascita.

Bisogna ascoltare, recepire, rispondere;

Per far ciò non sono necessarie tecnologie esasperate, apparecchiature sofisticate, strutture fantascientifiche, ci vuole solo buon senso, disponibilità, una buona dose di umiltà, il tutto sostenuto, val la pena di sottolinearlo con estrema chiarezza, da una grande esperienza e da una assoluta assenza di fanatismo.

Certamente non si deve mitizzare, certo non si può restare caparbiamente abbarbicati a vecchi schemi, e ancor più non si può e non si deve rinnegare la tecnologia ed il tecnicismo, sarebbe una follia!

La donna, la coppia, la triade madre-padre-bambino, altro non chiedono che sicurezza, serenità, comprensione, chiedono che tutto ciò che li circonda sia adeguato all'evento che si sta per compiere, o che si è già compiuto. Chiedono che l'atmosfera magica che sono riusciti a creare e che li avvolge non venga turbata, non svanisca nel nulla: tutto ciò è possibile, i desideri possono trasformarsi in realtà e questo è il nostro compito.

SCOPO DELLA RICERCA

Prima di illustrare molto rapidamente i risultati della nostra indagine, mi sembrano opportune e necessarie due precisazioni: sottolineare, con molta fermezza, che "umanizzazione" (termine oramai entrato nel lessico quotidiano, che non accetto e non condivido: starebbe a significare che in altre condizioni il parto è addirittura disumano) non significa anarchia, insicurezza, rischio, bensì porsi in modo diverso nei confronti dell'evento nascita; e che "demedicalizzazione" non equivale alla rinuncia nè alla messa al bando di tutti i presidi farmacologici e di tutte le tecnologie che ci hanno permesso di raggiungere i risultati fin qui ottenuti, bensì vuol dire usare il tutto quando è necessario e veramente utile.

Rinunciare all'amniorexi o all'episiotomia di routine non è assimilabile al non riconoscimento della loro utilità e validità, quando vi siano gli estremi per utilizzarle.

Cercare di ridurre il tasso dei tagli cesarei non significa mettere al bando questo insostituibile e prezioso intervento, ma è solo un invito ad un suo impiego più oculato. Infine, "demedicalizzare", non vuol essere sinonimo di estromissione del medico, significa assumere un atteggiamento diverso, significa un rapporto medico-paziente paritetico, non si può e non si deve più categoricamente dire "e così" ma parlare con la coppia e spiegare il perchè di una nostra decisione o di un nostro intervento. Anche questo modo di agire è demedicalizzazione: questo modo di affrontare e di risolvere i problemi è uno dei tanti desideri che la donna spera si possano realizzare.

Alla problematica del parto e alla necessità di operare con maggiore naturalezza nel cosiddetto periparto nascita, e sulla necessità che operatori e strutture si adeguino a quelle che sono le raccomandazioni dell'O.M.S. il nostro gruppo ha rivolto e rivolge la sua attenzione da diversi anni.

Con l'intenzione di passare dai programmi di ricerca alla realizzazione pratica degli stessi, nell'intento di dare un'adeguata risposta alle richieste della gravida e della coppia, ci siamo mossi in una duplice direzione: per un verso abbiamo cercato di sensibilizzare ed addestrare al problema operatori medici e non, in modo che, con l'ausilio di un ricco e valido bagaglio culturale, questi

fossero in grado di affrontare le nuove problematiche, dall'altro ci siamo sforzati di capire e di conoscere la realtà in cui operiamo per meglio rispondere alle richieste e alle esigenze dell'utenza. Abbiamo a tal proposito, effettuato, nel 1988, dei sondaggi a mezzo di questionari da noi messi a punto, sia nell'ambito delle strutture preposte all'assistenza alla nascita sia somministrando i questionari a gravide prima, immediatamente dopo e ad un mese di distanza dal parto. I risultati ottenuti sono stati illustrati in relazioni a congressi e lavori pubblicati. Del tutto recentemente, e sono questi i dati oggetto della presente relazione, abbiamo voluto verificare se e quali variazioni ci sono state nel tempo per quanto attiene le richieste della donna, se i desideri sono mutati, e se sono stati in parte o del tutto esauditi.

La verifica se, e in quale misura, le strutture e gli operatori hanno cercato di tenere presente le raccomandazioni dell'O.M.S. è oggetto di un'altra relazione del nostro gruppo nell'ambito di questo congresso. E' stato inoltre nostro intendimento conoscere e confrontare le nostre realtà con quella della Rep. di San Marino; realtà che si diversifica dalle nostre per cultura, situazione geopolitica e condizioni socioeconomiche. I risultati saranno oggetto di una successiva relazione.

Sono stati somministrati tre questionari: il N° 1 alle gravide tra la trentaseiesima e la quarantesima settimana di gestazione; il N° 2 alle puerpere in reparto prima delle dimissioni ed il N° 3 alle mamme dopo 30 giorni dal parto.

Sono state coinvolte, nel periodo 1 gennaio - 30 giugno 1991, 120 gravide che frequentavano i nostri ambulatori o i nostri corsi di preparazione al parto o che avevano partorito nella nostra clinica.

MATERIALI E METODI. RISULTATI

I risultati di questa ricerca sono stati messi a confronto con quelli del 1988; per quella indagine erano stati utilizzati gli stessi questionari. cercheremo perciò di individuare se e quali differenze esistono nei due sondaggi, che cosa è realmente cambiato e se effettivamente c'è stato un progresso e un miglioramento in ciò che allora era risultato migliorabile.

Nelle tabelle vengono riportati i dati ottenuti nell'88 confrontati con gli attuali.

La distribuzione dei campioni per titolo di studio, stato civile, professione della gravida e del partner è riportata nelle tabelle 1,2,3,4, evidenzia come circa il 50 % delle intervistate appartenga ad un livello socio-economico medio-alto.

Nella Tabella 5 si vede come nel 78,4 % dei casi, le donne desiderassero la gravidanza.

Come nell'88, la prima persona a cui la donna si è rivolta, appena ha saputo di essere gravida, è stata il ginecologo di fiducia (Tab. 6) .

Allo stesso modo, anche il periodo in cui si è fatta seguire dal medico, non ha subito grosse variazioni (Tab. 7).

La indagine di oggi mostra che il 48,6 % delle future mamme ha frequentato un corso di preparazione al parto, mentre nel 1988 solo il 34,5 % aveva avuto un'esperienza del genere (Tab. 8).

La percentuale di donne che ritiene di essere stata sufficientemente preparata ad affrontare il parto è del 73,0 %, il 13,5 % dichiara di non avere un parere in proposito ed un uguale percentuale si è ritenuta assolutamente impreparata (Tab. 9).

Alla domanda se avesse desiderato partorire a casa propria il 78 % ha risposto di NO, il 18,9 % SI e l'8,1 % NON SO. Questi dati non differiscono da quelli delle precedenti indagini (Tab. 10).

Abbiamo chiesto se, al momento del ricovero, la paziente fosse accompagnata o meno e quali fossero le sensazioni dominanti da lei provate all'ingresso: le Tab. 10 e 11 mostrano i risultati. (Tab. 11-12).

Le differenze con le indagini del 1988 sono rilevanti, infatti, acquista una grande importanza la figura del marito che passa dal 75,7 % al 91,9 %; sono scomparse le donne che si recano a partorire sole sono sensibilmente calate quelle che vengono accompagnate dai genitori, mentre l'importanza della ostetrica di fiducia non ha subito variazioni significative. I dati rilevati sulle sensazioni dominanti al momento del ricovero mostrano la prevalenza della paura, dell'emozione e della preoccupazione.

Al momento del ricovero alle pazienti sono state date maggiori informazioni sulle loro condizioni cliniche rispetto agli anni precedenti, ciò può far intravedere un certo miglioramento nel rapporto gravida "addetto ai lavori" (Tab. 13).

Le procedure che vengono messe in atto prima dell'espletamento del parto quale amnioscopia, clisteri, visite ripetute, ecc... non hanno creato grossi disagi ad una percentuale più alta di donne rispetto all'88, ciò probabilmente perché si è cercato di limitare questi interventi a casi selezionati, nell'ottica di demedicalizzare e umanizzare sempre più l'evento nascita (Tab. 14).

Anche l'impiego del cardiocografo non ha creato eccessivo disagio, vale perciò quanto detto sopra.

Le informazioni date alle pazienti durante il travaglio ed il parto, in maniera chiara, hanno coinvolto l'89,2 % delle donne del 1991 rispetto al 78,7 % del 1988 (Tab. 15).

La somministrazione di farmaci durante il travaglio (es. ossitocina, antispastici) è stata ulteriormente ridotta: si assiste, comunque, ad un aumento delle pazienti a cui la prescrizione ha creato "dei fastidi". A nostro parere ciò è frutto della emancipazione delle gravide in tema di una possibile demedicalizzazione (Tab. 16). Abbiamo già detto circa l'importanza che riveste la presenza del marito al momento del ricovero, questa figura diventa fonte di sicurezza e tranquillità durante tutto il travaglio ed il parto ancor più della figura dell'ostetrica e del medico (Tab. 17). Il marito -partner infonde soprattutto coraggio alla futura mamma e da alla stessa la sensazione di un immediato realizzarsi della triade madre-padre-bambino (Tab. 18).

Questo desiderio di creare il nucleo familiare è confermato dall'aumento della richiesta, rispetto all'88, di riprodurre nell'ambito dell'ospedale un luogo dove partorire che somigli molto alla propria casa (Tab. 19).

Dall'esame del questionario n. 1 siamo venuti a conoscenza del desiderio di un imprinting immediato che la madre vorrebbe instaurare con il proprio bambino subito dopo il parto, tenendo il neonato adagiato sul grembo; nelle maggioranze dei casi ciò è stato possibile anche se il 32,4 % delle mamme non ha avuto questa possibilità per motivi di forza maggiore (Tab. 20).

Il bisogno di ricreare un'atmosfera di unità familiare con il marito e il bimbo è molto sentita, ma il 59,4% delle donne ha dichiarato che l'ambiente purtroppo non era l'ideale per una simile realizzazione. Nell'indagine precedente si era evidenziata una minore sensibilità su questo problema (Tab. 21).

Ci sembra importante sottolineare che oggi, percentualmente, è molto diminuito il numero di donne che dichiarano a tal fine l'ambiente inadeguato.

La possibilità, di attaccare al seno il neonato immediatamente dopo il parto, coinvolge il 43,3% delle mamme ed è notevolmente migliorata rispetto all'88 quando, solo al 14,4% veniva data questa possibilità. Nella precedente indagine ben il 29,5% delle mamme dichiarò che ciò non era possibile in quanto non faceva parte delle abitudini del reparto in cui erano state ricoverate (Tab. 22).

Per evidenziare, ancora, quanto si fa per favorire l'imprinting madre-bambino, abbiamo voluto conoscere quanto tempo è intercorso dalla nascita al momento in cui le mamme hanno potuto attaccare il proprio figlio al seno. Nel 1988 solo il 25,4% aveva allattato entro le sei ore di vita, oggi più del 62,0% (Tab. 23).

Anche per quanto riguarda la scelta del tipo di allattamento si possono fare alcune considerazioni: nel 1988 solo il 63,4% delle pazienti aveva scelto l'allattamento al seno, mentre oggi tale percentuale è salita all'89,2% (Tab. 24).

Il rapporto affettivo tra madre e bambino non è stato influenzato da nessuno, in particolare, sia oggi che in passato, anche se come mostrano i questionari n. 3, la madre riferisce che è stato d'aiuto l'atteggiamento del personale, mentre nella ricerca del 1988 il ricordo era indifferente.

Altro passo avanti nella umanizzazione dell'evento nascita si rileva dalla possibilità che oggi hanno le mamme di tenere sempre con sé il bambino durante la degenza (ben il 94,6%) mentre tre anni fa ciò avveniva solo nel 27,8% (Tab. 25).

Altro argomento interessante: la cura del neonato in ospedale.

L'indagine precedente mostrava come nella pressochè totalità dei casi fosse l'infermiera professionale ad occuparsi del bambino, escludendo perciò la madre, la percentuale riguardante invece la collaborazione tra madre e infermiera puericultrice era del tutto irrilevante (0,9%).

Attualmente la situazione sembra leggermente migliorata, infatti, il 21,6% delle mamme si prende cura del piccolo con l'aiuto dell'infermiere professionale. Questo dato dovrà comunque essere migliorato alla luce anche delle risposte dateci dalle mamme ad un mese dal parto: l'81,8% di esse ha dichiarato che, ripensando alla recente esperienza, avrebbe desiderato accudire il bambino insieme alla infermiera professionale (Tab. 26).

Un dato estremamente positivo, rispetto all'indagine del 1988, è dato dal fatto che tutte le mamme al momento delle dimissioni hanno potuto assistere alla visita fatta dal pediatra al proprio bambino tre anni fa ciò era possibile solo per il 48,7% dei casi; anche questo dato evidenzia come in effetti si cerchi sempre più di favorire il dialogo tra donna e medico.

Vorremmo ora brevemente analizzare i dati riguardanti le strutture sanitarie. Le donne sono state invitate ad esprimere il loro parere sull'adeguatezza delle strutture alle loro esigenze in linea di massima si può dire che, sia per la sala da parto che per le camere di degenza, come pure per i servizi igienici, c'è stato un miglioramento, infatti, le risposte positive rispetto alla ricerca precedente sono aumentate. Anche se dalle risposte date si evince che molto si deve ancora fare.

Organizzato da:

Unità Socio - Sanitaria Locale N. 17 - Lamezia Terme (CZ)
Ospedale di Soveria Mannelli
Divisione di Ostetricia e Ginecologia
Primario f.f. P. Vadalà

con la collaborazione di:

Divisione di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale di Lamezia Terme
Primario : G. Barese

A. O. G. O. I.

(Associazione Ostetrici Ginecologi Ospedalieri Italiani)

ATTI

Convegno Nazionale
"Gravidanza e Parto Umanizzato:
Benessere e Sicurezza"

A Cura di

F. Vescio - D. Perri - C. Ermio
Divisione di Ostetricia e Ginecologia
Ospedale Soveria Mannelli (Cz)