

MIRTA MATTINA*

CONTRASTO ALLA VIOLENZA OSTETRICA: PROMUOVERE IL CAMBIAMENTO ATTRAVERSO L'APPROCCIO CENTRATO SULLA PERSONA

***TACKLE THE OBSTETRIC VIOLENCE: HOW TO PROMOTE A CHANGE THROUGH
THE PERSON CENTERED APPROACH***

RIASSUNTO

In questo lavoro l'Autrice descrive il fenomeno della Violenza Ostetrica, estremamente diffuso in tutto il mondo ma poco conosciuto, evidenziandone gli effetti negativi rispetto al benessere psicofisico delle donne, con particolare riferimento a conseguenze come disempowerment e impotenza appresa e al suo legame con il PTSD nel post partum. Nel 2014 uno statement dell'OMS ha richiamato l'attenzione dei Governi e della comunità scientifica internazionale sui maltrattamenti e gli abusi che le donne subiscono al momento del parto nelle strutture sanitarie di tutto il mondo, sottolineando la necessità urgente di investire in ricerca ed in azioni efficaci per l'eliminazione di tale fenomeno. Nel presente articolo viene analizzata la situazione italiana e si evidenzia come l'Approccio Centrato sulla Persona possa fornire utili strumenti e modalità per il contrasto della violenza ostetrica e per la promozione della salute perinatale.

SUMMARY

The aim of this article is to highlight a phenomenon called "Obstetric Violence": this is specific type of violence against women perpetrated by health operators during childbirth. This phenomenon is as common as it is unknown.

* Psicologa e psicoterapeuta Rogersiana, formatrice certificata Gordon (Pet, Tet, ET). Coordinatrice Gruppo di Lavoro su Psicologia e Salute Perinatale dell'Ordine degli Psicologi del Lazio. Socia fondatrice Freedom for Birth – Rome Action Group.

In 2014 the World Health Organisation published: “The Prevention And Elimination Of Disrespect And Abuse During Facility-Based Childbirth”, a statement in which W.H.O. wants to point out the necessity of real change in assisting childbirth during both labour and delivery. In this work the Author analyses this issue in Italy and suggests that the Person Centered Approach could be useful and effective to tackle Obstetric Violence and promote perinatal health.

Cos'è la violenza ostetrica?

Nel 2014 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato uno Statement, una dichiarazione, che si intitola: *«La prevenzione e l'eliminazione della mancanza di rispetto e degli abusi durante il travaglio e il parto nelle strutture sanitarie»* (WHO, 2014), in questo documento la principale agenzia mondiale che si occupa di salute, ha messo chiaramente in evidenza l'esistenza di un fenomeno purtroppo molto diffuso, anche se quasi del tutto sconosciuto a chi non si occupa in maniera specifica di queste tematiche: quello della violenza ostetrica.

Lo Statement afferma che:

«Ogni donna ha il diritto al miglior stato di salute possibile, il quale include il diritto a ricevere cure fondate sul rispetto e la dignità. Ovunque nel mondo, numerose donne fanno esperienza di trattamenti non rispettosi e di maltrattamenti durante il parto nelle strutture sanitarie. Questo genere di trattamento costituisce non solamente una violazione dei loro diritti a ricevere delle cure basate sul rispetto, ma costituisce anche una minaccia ai loro diritti alla vita, alla salute, all' integrità fisica e all'assenza di discriminazione.»

Nel documento sono evidenziate le principali forme e modalità di abuso e mancanza di rispetto che vengono agite nei confronti delle donne durante il travaglio ed in particolare al momento del parto, nelle strutture sanitarie di tutto il mondo:

- *abusi fisici*
- *gravi umiliazioni*
- *aggressioni verbali*
- *imposizione coatta di trattamenti o procedure mediche e/o mancanza di consenso pienamente informato da parte delle donne rispetto a tali atti*
- *rifiuto di somministrare farmaci antidolorifici, qualora la donna ne faccia richiesta*
- *gravi violazioni della privacy*
- *il rifiuto di ammissione nelle strutture sanitarie*

- *negligenza e incuria durante l'assistenza che può determinare complicanze evitabili e che minacciano la vita*
- *la detenzione delle donne e dei loro bambini nella struttura dopo la nascita a causa dell'incapacità economica della donna di far fronte alla spesa per il parto.*

A rendere questa situazione ancora più grave è un'altra informazione contenuta nello Statement: *«alcune donne sono più esposte di altre ad essere vittime della mancanza di rispetto o di maltrattamenti, soprattutto le adolescenti, le ragazze madri, le donne svantaggiate sul piano socio-economico, le donne provenienti da minoranze etniche, le migranti e le donne sieropositive»*. La Dichiarazione si conclude poi con un appello all'azione rivolto a governi, enti di ricerca, professionisti, associazioni scientifiche e comunità di cittadini, affinché si producano sforzi ed azioni che vadano nella direzione dell'eliminazione del fenomeno dell'abuso e della mancanza di rispetto durante il parto.

Immagino che per chi non si occupi di salute perinatale questo quadro possa sembrare incredibile e sconcertante, ma come mai l'OMS ha emesso una dichiarazione così forte?

Facciamo un passo indietro.

Nel 1985 sempre l'OMS ha pubblicato delle Raccomandazioni (WHO, 1985), aggiornate poi successivamente (Chalmers., 1992) e basate sulle principali evidenze scientifiche, che indicano chiaramente quale sia la migliore modalità di assistenza in travaglio, nel parto e nel post partum. Da allora tali Raccomandazioni rappresentano il principale punto di riferimento scientifico per gli operatori sanitari che si occupano di salute perinatale.

Ecco i 16 punti contenuti nelle Raccomandazioni OMS:

- *«Per il benessere psicologico della neo-madre deve essere assicurata la presenza di una persona di sua scelta – familiare o non – e di poter ricevere visite nel periodo postnatale.*
- *A tutte le donne che partoriscono in una struttura deve venire garantito il rispetto dei loro valori e della loro cultura.*
- *L'induzione del travaglio deve essere riservata solo per specifiche indicazioni mediche ed in nessuna regione geografica si dovrebbe avere un tasso superiore al 10%*
- *Non c'è nessuna giustificazione in nessuna regione geografica per avere più del 10% -12% di cesarei.*
- *Non c'è nessuna prova che dopo un precedente cesareo sia richiesto un ulteriore cesareo per la gravidanza successiva. Parti vaginali dopo cesareo dovrebbero venire incoraggiati.*
- *Non c'è nessuna indicazione per la rasatura del pube e per il clistere prima del parto.*
- *La rottura artificiale delle membrane, fatta di routine, non ha nessuna giustificazione scientifica e se non richiesto, si raccomanda solo in uno stadio avanzato del travaglio.*

- *Durante il travaglio si dovrebbe evitare la somministrazione routinaria di farmaci, se non per casi specifici.*
- *Il monitoraggio elettronico fetale, fatto di routine, deve essere eseguito solo in situazioni mediche particolarmente selezionate e nel travaglio indotto.*
- *Si raccomanda di non mettere la donna in posizione supina durante il travaglio e il parto. Si deve incoraggiare la donna a camminare durante il travaglio ed a scegliere liberamente la posizione a lei più adatta al parto.*
- *L'uso sistematico dell'episiotomia non è giustificato.*
- *Il neonato in salute deve restare con la madre ogni volta che le condizioni dei due lo permettano. Nessun processo di osservazione della salute del neonato giustifica la separazione dalla madre.*
- *Si deve promuovere immediatamente l'inizio dell'allattamento già prima che sia lasciata la sala parto.*
- *L'allattamento costituisce l'alimentazione normale ideale del neonato e dà allo sviluppo del bambino basi biologiche ed effetti impareggiabili.*
- *In gravidanza si raccomanda un'educazione sistematica sull'allattamento al seno, poiché attraverso un'educazione ed un sostegno adeguato tutte le donne sono in grado di allattare il proprio bambino al seno. Si deve invece incoraggiare le madri a tenere il bambino vicino a loro e ad offrirgli il seno ogni volta che il bimbo lo richiede.*
- *Si deve prolungare l'allattamento al seno il più possibile e di evitare il complemento di aggiunte. Una madre in buona salute non ha bisogno di alcun complemento fino a 6 mesi di vita del bambino.»*

Come è evidente, tali Raccomandazioni sono estremamente chiare e definiscono in modo inequivocabile uno standard per l'assistenza finalizzato a favorire la salute di madre e persona che nasce, sia dal punto di vista fisico, sia da quello del benessere psicologico ed emotivo.

Sono passati più di trenta anni dal 1985 e sarebbe stato ragionevole attendersi che in trent'anni gli operatori e le strutture sanitarie avessero adeguato protocolli e prassi alle indicazioni contenute nelle Raccomandazioni, garantendo così, alle persone assistite, pratiche coerenti con le principali evidenze scientifiche e operando in tal modo in scienza e coscienza, come è obbligo deontologico per i professionisti,.

Purtroppo la realtà è un'altra e per questo motivo l'OMS ha ritenuto necessario pubblicare lo Statement del 2014 e denunciare con forza il fenomeno della mancanza di rispetto e dell'abuso che, come abbiamo visto, risulta diffuso in tutto il mondo.

Qual è la situazione italiana?

Nelle sale parto e nei reparti maternità dei nostri ospedali quasi tutte le forme di violenza individuate nello Statement sono purtroppo molto comuni, eccezion fatta forse per il ricatto economico, dal momento che (per ora) il

nostro Servizio Sanitario Pubblico garantisce il libero e gratuito accesso alle prestazioni.

Vengono condotte in modo routinario e arbitrario delle pratiche in contrasto con le Raccomandazioni e le Linee Guida (ISS, 2011) internazionali e nazionali, purtroppo molto spesso senza informare la donna e senza il suo consenso. Tali *routine* includono: induzione del travaglio e infusione di ossitocina, amniorexi, impedire alla donna di mangiare e bere in travaglio, impedirle di muoversi e di scegliere la propria posizione e l'imposizione della posizione litotomica al travaglio e al parto, il monitoraggio cardiocografico continuo, l'episiotomia, la manovra di Kristeller, il taglio precoce del cordone, la separazione non giustificata da motivazioni mediche di madre e persona nata.

Tali pratiche sono dunque degli «atti medici non necessari che provocano, a cascata, effetti negativi, che richiedono a loro volta, altri atti medici, in una spirale viziosa di ipermedicalizzazione» (Pacini e Mattina, 2014) che conduce più facilmente ad un parto operativo (un parto svolto tramite l'aiuto di strumenti quali il forcipe e la ventosa) o ad un taglio cesareo.

«Le modalità di assistenza perinatale variano ancora molto da paese e paese, all'interno dei singoli paesi, da istituzione a istituzione e spesso da professionista a professionista. Questa ampia variabilità non trova giustificazione in termini di indicazioni mediche e riguarda sia le procedure ad alto costo, sia quelle a basso costo, il che non può essere spiegato con differenze nelle risorse disponibili. Il gap tra l'evidenza e la pratica è grande. Le linee guida e le raccomandazioni hanno ancora un impatto debole» (Donati et al., 2003, p. 6).

Le parole dei ricercatori dell'Istituto Superiore di Sanità evidenziano come sia forte nel nostro Paese la resistenza al cambiamento da parte di operatori e strutture sanitarie. A tale proposito vale la pena ricordare che in Italia ci sono solo 23 Ospedali e 4 Comunità riconosciuti come “amici dei bambini” e adeguati allo standard delle “cure amiche della madre”, perché soddisfano i criteri previsti dal programma varato da OMS e UNICEF in tal senso (Iniziativa OMS – UNICEF, 1991 - *Baby Friendly Hospital Initiative – BFHI*).

Ciclicamente nel nostro Paese si assiste all'emergere di un dibattito relativo all'elevato tasso di tagli cesarei che ci caratterizza. Come abbiamo visto per l'OMS tale tipo di intervento chirurgico trova la sua giustificazione in non più del 10 – 15% dei casi ed in quei casi si configura come un vero e proprio intervento salvavita sia per la madre, sia per chi nasce. In Italia purtroppo abbiamo un tasso di tagli cesarei ben più alto di quello previsto dalle raccomandazioni OMS, considerato che

«il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento: è passato, infatti, dall'11% nel 1980 al 38% nel 2008.

Questa percentuale si discosta notevolmente dagli standard europei riportati nel rapporto Euro-Peristat sulla salute materno-infantile pubblicato nel dicembre 2008. A livello europeo, l'Italia presenta la più alta percentuale di cesarei, seguita dal Portogallo con il 33%, mentre negli altri paesi si registrano valori inferiori al 30% che scendono al 15% in Olanda e al 14% in Slovenia. Si rileva inoltre una spiccata variabilità su base interregionale: valori tendenzialmente più bassi al Nord e più alti al Sud: si va dal 24% in Toscana e in Friuli-Venezia Giulia al 60% in Campania. Infine, si registrano anche marcate differenze intraregionali tra punti nascita di diversa tipologia amministrativa e volume di attività, con percentuali di taglio cesareo nettamente superiori alla media nazionale nei reparti con basso numero di parti e nelle strutture private accreditate (60,5%) e non accreditate (75%) rispetto a quelle pubbliche (34,8)». (Istituto Superiore di Sanità, 2010, 2014: Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole. Linea Guida 19).

Tali dati sembrerebbero confermare che il periodico allarme sull'eccesso di cesarei che troviamo sui media sia giustificato, ed in effetti lo è, sfugge però spesso un elemento di cruciale importanza: come mai abbiamo un tasso così alto? Le cause di tale fenomeno sono molteplici e non è questa la sede per soffermarci su fattori, ad esempio, di natura economica quali quelli relativi ai rimborsi che le strutture private accreditate ricevono o ai compensi dei chirurghi che operano in regime di libera professione.

L'elemento che invece mi preme sottolineare è che molto spesso tali cesarei sono l'effetto finale di quel fenomeno a cascata indotto dall'ipermedicalizzazione che ho illustrato precedentemente, in altre parole quando gli operatori intervengono senza che ce ne sia motivo o mettono in atto pratiche inappropriate, producono un danno iatrogeno (Illich, 1976), cioè quel particolare effetto avverso o danno collaterale che si determina come conseguenza indesiderata di un trattamento o di un atto medico. In questo caso l'azione medica da soluzione diviene parte del problema e tale danno causato rende necessario intervenire con un parto operativo o con un taglio cesareo in una situazione che, senza gli interventi inappropriati, non avrebbe avuto tale esito a valle. Quindi non ha molto senso intervenire solo sull'esito finale, puntando come obiettivo unicamente alla riduzione del numero di cesarei su scala nazionale, quanto agire anche sulle cause a monte di tale risultato, contrastando con efficacia l'inappropriatezza delle pratiche di assistenza che è molto spesso tra le principali cause di cesarei.

Inquadramento giuridico internazionale

Il fenomeno della violenza ostetrica ha ricevuto un riconoscimento giuridico in tre Paesi (Venezuela, Argentina e Messico) dove sono state emanate delle Leggi finalizzate al suo contrasto. La violenza ostetrica viene

considerata un particolare tipo di violenza contro le donne e definita così nella Legge¹ emanata nel 2009 dallo Stato del Chiapas:

«L'appropriazione del corpo e dei processi riproduttivi delle donne da parte del personale sanitario, che si traduce in un trattamento disumano, in un eccesso di medicalizzazione e patologizzazione dei processi naturali, causando la perdita di autonomia e di capacità di decidere liberamente del proprio corpo e della sessualità; si considerano come tale: omettere la cura tempestiva ed efficace delle emergenze ostetriche, costringere le donne a partorire in posizione supina e con le gambe sollevate, avendo i mezzi necessari per partorire in verticale, ostacolare l'attaccamento precoce del bambino o bambina con sua madre senza una causa medica giustificata, negandole la possibilità di accudirlo e di allattarlo subito dopo la nascita, alterare il processo naturale del parto a basso rischio, mediante l'utilizzo di tecniche di induzione, senza ottenere il consenso volontario, espresso e informato della donna e praticare il taglio cesareo esistendo condizioni per il parto naturale, senza ottenere il consenso volontario, espresso e informato della donna».

Effetti della violenza ostetrica

Come abbiamo visto, appaiono evidenti gli effetti negativi sulla salute fisica di madre e persona che nasce, determinati dalle modalità di assistenza fin qui descritte. Lo Statement OMS, come pure le Leggi contro la violenza ostetrica, prendono in considerazione però non solo i danni fisici prodotti dalla malpractice sanitaria, ma anche e soprattutto gli effetti negativi sul piano psicologico ed emotivo che possono essere causati alla madre, alla persona che nasce ed alla loro relazione. Del resto già nel 1985, l'OMS affermava che, *«la nascita rappresenta un importante evento personale, familiare e sociale ancor prima che sanitario»* (WHO, 1985).

Nello Statement del 2014 l'OMS afferma che nonostante la diffusione del fenomeno sia dimostrata da numerosi studi, non sono ancora sufficientemente indagati gli effetti psicologici di tale forma di violenza ed invita tutta la comunità scientifica internazionale a fare ricerca in tale ambito al fine di definire meglio, misurare e comprendere la mancanza di rispetto e i maltrattamenti contro le donne durante il parto, onde poterli prevenire ed eliminare.

Una recente Tesi di specializzazione in psicologia giuridica della collega Carmen Rizzelli, in corso di pubblicazione, ha indagato proprio gli effetti psicologici della violenza ostetrica e di un'assistenza inappropriata nel periodo perinatale, fornendoci anche un'interessante rassegna degli studi condotti su tale argomento. Afferma Rizzelli:

«alla luce di quanto scritto finora, circa le violazioni di diritti fondamentali delle donne in sala parto nonché circa l'eccesso di medicalizzazione, che caratterizza l'assistenza nel percorso nascita (...) le condizioni psicologiche di sofferenza o finanche psicopatologiche delle donne, nel post partum, possono essere collegate anche alla modalità assistenziale ricevuta (gravidanza, parto e post-partum) e al tipo di parto (vaginale, operativo, Tc d'urgenza, Tc programmato). Non c'è molta letteratura sull'argomento ma alcuni studi mettono in evidenza come la sofferenza psicologica nel post partum, in particolare il PTDS, sia

¹Estado de Chiapas, 2009: Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Chiapas

collegata al tipo di assistenza ricevuta e al tipo di parto stesso, vissuto con valenza traumatica.» (Rizzelli, 2014)

Rizzelli cita a tale proposito uno studio italiano in cui si afferma che:

«le condizioni di assistenza al parto in ospedale non favoriscono un approccio rassicurante, non rispettano la soggettività dei protagonisti e trascurano spesso gli aspetti emotivi, occupandosi soprattutto dell'assistenza tecnica all'evento biologico. Il risultato è che per le donne il parto si trasforma in certi casi in un vero e proprio incubo, che a volte non riesce a essere superato e porta ad alcune strategie tipiche di evitamento, come la ferma volontà di non avere più figli o il ricorso al cesareo programmato nelle gravidanze successive» (Bonapace, & Ciotti, 2009, p. 161.).

Inoltre ricercatori svedesi (Soderquist *et al.* 2002, p. 680) hanno evidenziato che le donne al primo figlio sono più a rischio di PTSD ma che, *indipendentemente* dal numero di figli avuti in precedenza, il rischio di PTSD di associa alla tipologia del parto.

Alcune brevi considerazioni sul contributo che l'Approccio centrato sulla Persona può dare alla prevenzione del fenomeno ed al trattamento degli effetti della violenza ostetrica

La capacità di prestare un'assistenza empatica da parte degli operatori sanitari è un importante fattore protettivo per la salute globale di madri e persone che nascono, tant'è che la percezione di un basso livello di supporto da parte del personale sanitario risulta fortemente associata al rischio di PTSD nel post partum (Wijma *et al.*, 1997; Creedy *et al.*, 2000). Nella mia esperienza clinica mi capita con grandissima frequenza di ascoltare donne che raccontano, all'interno di percorsi di counselling psicologico o terapia individuale oppure in gruppi di sostegno nel post partum, la loro storia di parto. Tante, troppe di loro portano un pesante vissuto di sofferenza legato al modo in cui si sono sentite trattate, un modo che le ha fatte sentire non accolte, non capite, criticate, giudicate, infantilizzate, ignorate, trascurate, incompetenti e incapaci. Tale vissuto ha purtroppo gravi ricadute sulla percezione della loro competenza, sull'autostima, senso di autoefficacia e capacità di coping, che vanno ben oltre il momento del parto e spesso incidono negativamente sull'inizio della relazione con la persona neonata.

L'impotenza appresa è quindi una grave conseguenza del disempowerment determinato dalle modalità di assistenza inadeguate nel percorso nascita e per tale motivo è un fondamentale tema di salute pubblica.

Michele Grandolfo, epidemiologo e già direttore del reparto di salute della donna e dell'età evolutiva, presso l'ISS, conferma tale dato mettendo in

evidenza il pericolo di un'assistenza non basata sulla valorizzazione delle competenze e sull'empowerment:

«Ci si condanna all'insuccesso se l'assistenza si muove nella prospettiva di mettere sotto tutela le persone esaltando ed esasperando le fragilità, specificamente con la medicalizzazione, dannosa non solo per l'esplosione dell'inappropriatezza e l'aumento dei costi, molti dei quali a carico della donna, non solo per i potenziali e concreti rischi iatrogeni, ma anche e soprattutto per il portato di inibizione dell'espressione della competenza potenziale e sua svalorizzazione (...) Se la promozione della salute produce competenze e consapevolezza, una sua manifestazione è proprio l'aumentata capacità di cercare salute, che quindi non si può dare per scontata ma è un effetto dell'intervento efficace. (...) Emerge l'importanza che gli operatori e i servizi impegnati nella promozione della salute abbiano una visione olistica della salute con risorse multidisciplinari organizzate in équipe.» (Grandolfo, 2012, p. 8)

Il Rapporto Istisan 12/39, da cui è tratta l'affermazione di Grandolfo, mette in luce le criticità incontrate da donne, italiane e straniere, a 3, 6 e 12 mesi dal parto e la loro percezione di disagio. Come evidenzia la tabella successiva, le donne manifestano difficoltà oltre che in aree di specifica competenza medica, come le prime tre riportate, anche in aree relative alla sfera relazionale, emotiva, organizzativa e pratica; a fronte della percentuale abbastanza elevata di difficoltà riscontrate in tali aree, emerge come solo la metà o meno delle donne si sia rivolta a strutture, servizi sociosanitari o professionisti per avere un aiuto.

Tabella 1. Tratta da Rapporto Istisan 12/39

Tabella 40. Problemi insorti (%) nel periodo successivo al rientro a casa						
Problemi insorti al rientro a casa	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
Dolore ai punti di sutura	29,6	25,6	27,5	25,9	24,9	25,4
Problemi con l'allattamento	34,7	32,2	33,4	22,7	26,2	24,4
Incontinenza urinaria	9,4	7,2	8,3	6,1	3,9	5,0
Problemi nell'accudimento del bambino	8,3	7,7	8,0	10,3	8,8	9,5
Problemi di organizzazione della casa	26,3	23,1	24,7	17,2	20,3	18,8
Problemi di organizzazione della vita familiare	19,7	17,0	18,3	14,9	14,9	14,9
Problemi nella relazione con il partner	8,2	6,0	7,0	6,7	4,2	5,4

Tabella 41. Ricorso spontaneo ai servizi socio-sanitari (%) nelle prime settimane dopo il parto						
Ricorso ai servizi socio-sanitari	Italiane			Straniere		
	2008-9 (n. 2712)	2010-11 (n. 2608)	Totale (n. 5320)	2008-9 (n. 278)	2010-11 (n. 308)	Totale (n. 586)
Si, CF	27,8	28,1	27,9	41,1	39,7	40,4
Si, ospedale	11,1	8,9	10,0	13,2	12,5	12,9
Si, altra struttura	6,3	4,3	5,3	2,0	2,6	2,3
Totale	45,2	41,3	43,2	56,3	54,8	55,6
No, non sapeva dove andare	9,4	6,5	7,9	7,5	3,3	5,4
No, non sapeva della loro disponibilità	45,4	52,2	48,9	36,2	41,8	39,0

Grandolfo ha esaminato la percezione del disagio delle donne con la seguente metodologia:

«Sulla base della valutazione di come sono cambiate 7 condizioni di vita in seguito alla nascita del bimbo, è stato creato un punteggio dato dal numero di condizioni peggiorate. Sia le italiane che le straniere, riportano a 3 mesi un numero di condizioni peggiorate leggermente più elevato rispetto a quanto riportato a 6 e 12 mesi. Le italiane tendenzialmente riportano un maggior numero di condizioni peggiorate rispetto alle straniere. Un punteggio superiore a 3, cioè 4 o più condizioni peggiorate, è stato assunto come indicatore di una percezione di condizione di disagio.» Evidenziando come: “Secondo la definizione data, a 3 mesi dal parto il 10,2% delle italiane e 7,3% delle straniere percepisce uno stato di disagio. A 6 mesi e 12 mesi le percentuali corrispondenti rimangono sostanzialmente uguali sia per le italiane che per le straniere.» (Grandolfo, 2012, p. 53)

Tabella 2. Tratta da Rapporto Istisan 12/39)

Tabella 49. Donne(%) che dichiarano una condizione di disagio (4 o più condizioni di vita peggiorate)

Cittadinanza	3 mesi			6 mesi			12 mesi		
	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale	2008-9	2010-11	Totale
Italiane	10,8	9,7	10,2	11,0	9,0	9,9	10,6	7,6	9,0
Straniere	8,6	5,8	7,2	8,3	7,0	7,5	10,3	5,1	7,4

Un recente studio della London School of Economics (LSE, 2014) ha stimato che per la società i costi a lungo termine, dovuti a problemi di disagio emotivo o psicologico nel periodo perinatale, ammontano a circa 11 miliardi di euro per ogni coorte di nuovi nati all'anno nel Regno Unito. Il 72 % dei costi è imputabile a problemi presentati da bambini/e, figli di genitori che hanno manifestato problemi di salute mentale nel periodo perinatale, difficoltà che figli e figlie sviluppano nel breve, medio e lungo termine. Lo studio mette in luce il fatto che la gran parte delle difficoltà genitoriali non viene individuata e quindi si assiste alla sottostima del fenomeno che determina gravi conseguenze, sia per le madri che per le loro famiglie, conseguenze che sarebbero state evitabili con un approccio corretto al problema, nell'ottica della prevenzione del disagio e della promozione della salute. Tale fondamentale studio ha evidenziato l'importanza di prevenire il disagio attraverso un'assistenza appropriata fornita da team multidisciplinari di professionisti esperti in perinatalità. Psicologi, ostetriche, ginecologi, pediatri, infermiere puericultrici e consulenti professionali in allattamento, dovrebbero avere competenze specifiche per dare alle donne, alle coppie e alle famiglie un'adeguata assistenza nel periodo che va dal concepimento ai primi tre anni di vita del bambino/a. È quindi fondamentale che tali professionisti acquisiscano e sviluppino conoscenze e competenze specifiche rispetto alla perinatalità.

Queste evidenze mostrano con chiarezza la necessità di intervenire nel periodo perinatale, anche perché, come dimostrato dallo studio LSE, intervenire sul disagio prima che sia conclamato, promuovere la salute e le competenze delle persone e delle comunità, non solo aumenta il benessere e la qualità della vita, ma produce anche un notevole risparmio economico per il sistema sanitario nazionale e per la società nella sua interezza. Come sottolineato dai ricercatori ISS, è fondamentale che i professionisti che desiderano lavorare nell'area della perinatalità non solo conoscano approfonditamente la fisiologia di gravidanza, parto, post partum, allattamento, sonno; conoscano le principali evidenze scientifiche prodotte dalla letteratura internazionale in tali ambiti; conoscano lo stato attuale dell'assistenza territoriale offerta da servizi pubblici e strutture private; sappiano lavorare in rete ed in team multidisciplinari; ma soprattutto sappiano operare secondo il modello dell'offerta attiva, proprio per intercettare i bisogni e le eventuali difficoltà delle persone anche quando queste non chiedono aiuto.

La domanda di informazioni, supporto, aiuto, consulenza nell'area perinatale da parte di genitori o aspiranti tali non sempre viene indirizzata correttamente verso gli operatori sanitari ed i professionisti, cresce una manualistica di dubbia qualità e proliferano trasmissioni televisive che spesso rischiano di veicolare contenuti e messaggi scorretti e alimentare il meccanismo passivizzante di delega verso gli esperti rispetto alla propria salute ed alle proprie scelte. È evidente quindi che i professionisti debbano aggiornare costantemente le proprie conoscenze e sviluppare le proprie competenze per rispondere con appropriatezza ed efficacia a tale crescente domanda.

Alla luce di tutto ciò risulta chiara la necessità di un cambiamento radicale nelle modalità di assistenza e più in generale nell'approccio dei professionisti della salute al periodo perinatale. Tale cambiamento non può determinarsi senza che la visione della salute – ed in questo caso la visione della salute riproduttiva e sessuale – sia realmente basata sul modello bio-psico-sociale (sulle origini del modello si veda ad esempio: Engel, 1977, pp. 129-136), adottando la prospettiva indicata dalla Carta di Ottawa (WHO, 1986). Tale paradigma presuppone che la salute sia prodotta da determinanti relativi agli aspetti biologici/fisici, a quelli psicologici/emotivi/relazionali ed a quelli ambientali/sociali/culturali. Secondo questo modello, l'interazione complessa di tutte e tre le sfere agisce nel promuovere o nell'ostacolare la salute di individui e comunità. La prospettiva bio-psico-sociale si fonda sulla *«valorizzazione dell'essere umano come organismo globale, degno di fiducia e intrinsecamente motivato a collaborare per la propria salute e benessere»* (Anfossi et al, 2008,

p. 16) e, riconoscendo un grande valore alla responsabilità personale degli individui nel determinare la propria salute, è focalizzata sulla promozione dell'*empowerment*. È evidente come un modello di questo genere proponga un ribaltamento della prospettiva adottata dal modello bio-medico: il focus è «sulla salute invece che sulla malattia, sulla prevenzione invece che sul rimedio e sul benessere anziché sulla cura» (Zucconi & Howell, 2003, p. 82). Questo Paradigma invita a ripensare la persona come un unicum psicofisico di grande complessità, dotato di capacità autopoietiche di autoconsapevolezza e autoregolazione.

La psicologia umanistica ed in particolare l'Approccio Centrato sulla Persona (si veda in proposito Zucconi & Howell, 2003 pp. 59-75 e 177-185), hanno dato un contributo essenziale alla messa in discussione del paradigma bio-medico ed alla nascita e sviluppo del paradigma bio-psico-sociale «*Fin dagli anni Quaranta Rogers ha evidenziato come un'eccessiva enfasi sulla patologia e sulle carenze dei "pazienti" comportasse il rischio di concentrarsi sul sintomo, allontanandosi dalla persona e passivizzandola (...) ha contribuito alla ri-valutazione della soggettività, libertà e responsabilità degli esseri umani, proponendo una visione basata sulla fiducia nelle loro risorse*» (Anfossi *et al*, op. cit., p. 27). Ed infatti l'OMS, nello Statement del 2014, afferma che le strutture sanitarie debbano garantire un'assistenza Centrata sulla Persona e si augura che in tutto il mondo vengano messi in atto programmi di formazione per gli operatori del periodo perinatale basati su questo approccio.

Questo consentirebbe di migliorare radicalmente la qualità dell'assistenza prestata durante il percorso nascita, riconoscendo alle donne (ed anche alle persone che nascono) un ruolo attivo e contrastando la passivizzazione e l'espropriazione delle competenze. Ciò favorirebbe la possibilità per le donne di autodeterminarsi durante il percorso nascita, compiendo scelte libere ed informate rispetto alla propria salute ed al proprio corpo.

Siamo di fronte ad un scelta: possiamo decidere di continuare a mantenere la situazione drammatica fin qui descritta, rischiando così che per molte donne e coppie il percorso nascita sia un momento spiacevole o addirittura traumatico, del quale non si sentono protagonisti, nel quale apprendono sempre più i meccanismi passivizzanti della delega agli esperti e dell'espropriazione delle loro competenze e di quelle dei loro figli e figlie, in una spirale di disempowerment che produce effetti negativi sulla loro salute psicofisica e sulla relazione con la persona nata, effetti che possono avere ripercussioni nel breve, medio e lungo periodo, determinando costi personali,

familiari e sociali elevati, che sarebbero facilmente prevenibili. Oppure possiamo cogliere una grande opportunità, quella di far sì che il periodo perinatale diventi un momento in cui le persone possano esprimere il proprio potere personale. *Il percorso nascita potrebbe in questo modo configurarsi come una significativa esperienza in cui la consapevolezza delle proprie competenze e la libertà nel poterle esprimere, inneschi un processo virtuoso di empowerment in grado di produrre effetti positivi sulla salute ed il benessere psicofisico della madre, della persona che nasce e della famiglia e comunità in cui vivono.* Come sappiamo, esperienze in cui le persone si riappropriano del proprio potere decisionale e riconoscono le proprie competenze, hanno un impatto positivo trasformativo che travalica l'ambito dell'esperienza stessa, configurandosi come momenti fondanti per il prosieguo della vita di quella persona. E così una donna che può vivere il percorso nascita in questo modo, non solo sarà probabilmente una madre più serena ed efficace, ma sarà una donna più consapevole della possibilità di fare scelte che riguardano il proprio corpo e la propria salute ed una persona con un buon livello di autostima, che le consentirà di gestire meglio la propria vita nella famiglia e nella comunità.

Investire risorse nella formazione degli operatori e nel miglioramento della qualità dell'assistenza nel periodo perinatale è una grande opportunità che abbiamo, non solo per promuovere la salute e le competenze delle singole persone coinvolte, ma anche per determinare un cambiamento positivo per tutta la comunità.

Come ho avuto modo di evidenziare precedentemente, per lavorare nella promozione della salute nel periodo perinatale è innanzitutto fondamentale avere una formazione specifica che ci consenta di condividere un linguaggio comune con altri professionisti quali: ostetriche, ginecologi, neonatologi, pediatri, infermiere puericultrici e consulenti professionali in allattamento materno IBCLC. Questa formazione deve fornire al professionista un bagaglio di conoscenze - aggiornate e basate su evidenze scientifiche - relative alla fisiologia di gravidanza, travaglio, parto, post partum, allattamento e sonno, alle possibili forme di disagio che possono manifestarsi in questa fase, nonché una visione approfondita ed aggiornata sulle principali Raccomandazioni e Linee Guida internazionali e nazionali sul tema, sull'organizzazione dei servizi e lo standard dell'assistenza rispetto a quanto previsto da Raccomandazioni WHO e Linee Guida ISS, in questo modo il professionista è in grado di basare il proprio operato sulle evidenze scientifiche e non su opinioni personali.

Uno psicologo o psicoterapeuta che abbia una formazione specifica sulla salute perinatale può operare in diversi modi ed ambiti di intervento, quali a titolo esemplificativo:

- La formazione degli operatori sanitari.
- La consulenza e la supervisione a équipe sanitarie.
- La consulenza a strutture sanitarie circa l'organizzazione di processi e servizi.
- L'intervento per la prevenzione o la presa in carico in caso di burn out.
- La consulenza psicologica o la psicoterapia (se psicoterapeuta) individuale, di coppia e di gruppo a persone nella fase del ciclo di vita che va dal concepimento ai primi anni di vita.
- La progettazione e l'erogazione di percorsi/progetti/interventi finalizzati alla promozione della salute, all'empowerment di individui, coppie, famiglie e comunità.
- La ricerca.
- La diffusione di informazioni corrette presso la cittadinanza, le istituzioni e le altre Professioni ed il contrasto alla disinformazione.

Come si può facilmente evincere da questo elenco, sono davvero molte le potenzialità offerte dall'Approccio Centrato sulla Persona nell'ambito della psicologia perinatale, una trattazione approfondita della sua applicazione in ciascuno degli ambiti elencati non è oggetto di questo articolo che vuole piuttosto dare una panoramica generale sul periodo perinatale, sul fenomeno della violenza ostetrica e dei suoi effetti e sulla necessità di favorire un cambiamento di paradigma. A titolo esemplificativo però vorrei brevemente descrivere in che modo l'Approccio Centrato sulla Persona (di seguito ACP) è importante sia nel lavoro con operatori sanitari, sia in quello con donne e coppie durante il percorso nascita.

Nel caso degli operatori l'ACP può aiutarli a riflettere e lavorare sul proprio modo di essere in relazione alle persone che assistono, è possibile che giungano a rivedere le modalità direttive, prescrittive e paternalistiche che spesso caratterizzano il loro modo di rapportarsi ai "pazienti" e che apprendano modalità comunicative più efficaci – ad esempio attraverso la partecipazione a corsi di formazione come quelli sulla comunicazione efficace sviluppati da T. Gordon (per approfondimenti: www.gordontraining.com) – così da diventare maggiormente capaci di ascoltare empaticamente le persone assistite, riconoscendone bisogni e valori. Questo permette agli operatori di prestare un'assistenza che sia effettivamente centrata sulla persona, accogliente, non

giudicante e rispettosa della dignità e delle scelte delle persone assistite, perché basata su una reale fiducia nelle loro risorse e possibilità di autodeterminazione. Attraverso il confronto e la condivisione con i colleghi, durante incontri di supervisione oppure in gruppi di incontro, gli operatori hanno anche la possibilità di contattare meglio i propri vissuti, esprimerli, scoprire che sono comuni anche agli altri, possono inoltre gestire costruttivamente eventuali conflitti presenti nel gruppo di lavoro, ricavandone migliore soddisfazione personale e professionale e riducendo il rischio di burn-out.

Per le donne e le coppie nel percorso nascita risulta particolarmente importante la possibilità di contattare ed esprimere tutta la gamma di vissuti che provano durante la gravidanza, rispetto all'esperienza del parto, nel periodo del post-partum e durante la crescita del bambino/a nel primo anno ed in quelli successivi. Molto spesso le persone sono condizionate da una visione ideale della maternità/paternità e sentono di *dover* provare unicamente sentimenti ed emozioni di gioia, pienezza, soddisfazione, tenerezza, amore. La pressione sociale in questo periodo è molto forte: rappresentazioni sociali, stereotipi e modelli culturali rispetto alla gravidanza, al parto, alla genitorialità, al comportamento del neonato/a, spesso influiscono in modo molto pesante sul vissuto dei neogenitori che possono sentirsi confusi ed inadeguati quando avvertono una discrepanza tra ciò che realmente vivono e quello che pensano di dover vivere. Ed allora è importante accogliere tutti i vissuti e aiutare le persone a rimettere in discussione alcuni costrutti che potrebbero risultare rigidamente disfunzionali.

Rispetto alla prevenzione ed al contrasto della violenza ostetrica, è importante aiutare le donne durante la gravidanza ad accrescere la fiducia nelle loro competenze e risorse, facilitandole nel processo di riappropriazione del proprio potere di scelta sul corpo e sulla salute e nel diventare protagoniste attive nella ricerca di informazioni corrette e nei processi decisionali. Nel caso in cui una donna abbia subito violenza al momento del parto, sarà importante accogliere il suo racconto e tutta la gamma di vissuti che l'esperienza le ha suscitato. Probabilmente sarà triste o arrabbiata, si sarà sentita impotente o si colpevolizzerà per non essere stata in grado di proteggere se stessa e il/la suo/a bambino/a da eventuali atti medici inutili o da una separazione forzata e non necessaria. Potrebbe anche sentirsi inadeguata ed incompetente come madre: *“se non ho saputo partorire, non so neanche fare la madre”*. Un percorso terapeutico potrà aiutarla a recuperare la fiducia nelle proprie risorse e competenze genitoriali, a rielaborare l'esperienza traumatica vissuta, a

contrastare l'impotenza appresa ed a recuperare una visione realistica e completa della genitorialità.

Queste riflessioni vogliono essere solo uno spunto iniziale ed assolutamente non esaustivo circa l'importanza fondamentale che l'Approccio Centrato sulla Persona può avere nel periodo perinatale.

Glossario

Induzione (del travaglio, del parto): Si riferisce alla somministrazione di ossitocina sintetica per avviare o accelerare il travaglio.

Amnioressi iatrogena: una manovra ostetrica in cui l'operatore (ginecologo o ostetrica), attraverso l'uso di uno strumento (un uncino di plastica), determina artificialmente la rottura delle membrane di supporto fetali.

Episiotomia: è un atto chirurgico, praticato dal ginecologo o dall'ostetrica, in cui l'operatore, utilizzando delle forbici chirurgiche, pratica un taglio della vagina e del perineo per allargare l'orifizio vaginale durante il parto.

Posizione litotomica: Indica la posizione della donna sul lettino da parto: sdraiata con le gambe piegate a 90°, le ginocchia divaricate con i talloni disposti sullo stesso piano del busto, come abbiamo visto l'OMS scoraggia tale posizione che presenta l'unico vantaggio di favorire la comodità degli operatori durante l'assistenza ma, allo stesso tempo, risulta fortemente svantaggiosa per la madre e la persona che nasce per innumerevoli motivi che per brevità non elencherò.

Monitoraggio cardiotocografico: È un esame che il monitoraggio CTG mette in evidenza se vi è un'attività contrattile dell'utero e analizza le variazioni di frequenza cardiaca del feto. Viene eseguito tramite delle sonde che vengono applicate sull'addome della donna e mantenute in posizione mediante delle fasce elastiche. Le evidenze scientifiche hanno evidenziato che il monitoraggio cardiotocografico in continuo durante il travaglio è associato ad un aumentato rischio di taglio cesareo, oltre a limitare i movimenti della donna.

Manovra di Kristeller: Manovra che consiste nell'applicazione di una spinta a livello del fondo dell'utero con lo scopo di facilitare l'espulsione della testa fetale in fase espulsiva avanzata, viene praticata dagli operatori spingendo con forza nella parte alta dell'addome materno in contemporanea ad una contrazione. Le evidenze scientifiche dimostrano che tale manovra può avere delle conseguenze molto gravi per la salute di madre e persona che nasce ed pertanto fortemente sconsigliata e definita "inappropriata". Molte volte alla donna viene proposta come un "aiutino" e praticata senza che sia poi menzionata in cartella clinica.

IBCLC: La IBCLC è una Consulente Professionale in Allattamento Materno. La qualifica si acquisisce superando l'esame gestito dall'ente internazionale IBCLC (International Board Consultant Lactation Examiners) e mantenendo l'aggiornamento costante grazie a periodiche riqualificazioni per titoli ed esami (ogni 10 anni l'esame deve essere ripetuto).

BIBLIOGRAFIA

- Anfossi M., Verlato M.L., Zucconi A. (2008). *Guarire o Curare?*, Molfetta (BA): La Meridiana.
- Bonapace S., Ciotti F. (2009). (Facoltà di Psicologia, Scienze del Comportamento e delle Relazioni Sociali, Università di Bologna), *Disturbo posttraumatico da stress successivo al parto*, Quaderni ACP, 16(4), 161-165. https://www.acp.it/wp-content/uploads/Quaderni-acp-2009_164_161-165.pdf
- Chalmers, B. (1992). Appropriate Technology For Birth Revisited. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 99, 709-710.
- Creedy DK., Shochet IM., Horsfall J. (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: incidence and contributing factors, *Birth*, 27, 104-111. \
- Donati S., Giusti A., Grandolfo M. (2003). *Le prove di efficacia e le Raccomandazioni relative all'assistenza al percorso nascita*, Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS, Roma. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/percorso-nascita/nascita-donati.pdf>
- Engel G.L. (1977). The need for a new medical model. A challenge for biomedicine, *Science*, 196, 129-136.
- Estado de Chiapas, (2009). *Ley de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia para el Estado de Chiapas*. <http://www.poderjudicialchiapas.gob.mx/forms/archivos/e9bereglamento-de-la-ley-de-acceso-a-una-vida-libre-de-violencia-para-las-mujeres-en-el-estado-de-chiapas.pdf>
- Grandolfo M. (2012). *Percorso nascita e corsi di accompagnamento alla nascita: basi conoscitive, progettazione operativa, implementazione e valutazione delle attività*. In: Rapporto Istisan 12/39 Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi. Le indagini del 2008-2009 e del 2010-2011 ISS. http://old.iss.it/binary/publ/cont/12_39_web.pdf.
- Illich I. (1976). *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, New York: Pantheon Books (trad. it. Nemesi Medica, Milano: Mondadori, 2004).
- Istituto Superiore di Sanità (2011). *Linee guida. Gravidanza fisiologica*. http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_publicazioni_1436_allegato.pdf
- Istituto Superiore di Sanità (2010, 2014). *Taglio Cesareo: una scelta appropriata e consapevole*. Linea Guida 19. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_1330_allegato.pdf
- Istituto Superiore di Sanità (2012). *Percorso nascita: promozione e valutazione della qualità di modelli operativi*. Le indagini del 2008-2009 e 2010-2011. <http://old.iss.it/publ/index.php?lang=1&id=2646&tipo=5>
- London School of Economics (2014). *Costs Of Perinatal Mental Health Problems*. <http://eprints.lse.ac.uk/59885/>

- Pacini G., Mattina M. (2017). *Pratiche per un parto libero*. In: C. Bruno, M. De Bernardi (a cura di), *Il nostro corpo, il corpo del mondo*, Dossier IAPH Italia ISBN 978-88-909578-5-7. <http://www.iaphitalia.org/claudia-bruno-e-maddalena-de-bernardi-a-cura-di-il-nostro-corpo-il-corpo-del-mondo/>
- Rizzelli C., (2014). *Violenza ostetrica: aspetti normativi, modalità di assistenza perinatale, ipotesi di danno alla persona*, A.I.P.G. Associazione Italiana Psicologia Giuridica, Corso di Formazione in Psicologia Giuridica, Psicopatologia e Psicodiagnostica Forense, Tesi di specializzazione post lauream - in press.
- Soderquist J., Wijma K., Wijma B. (2002). Traumatic stress after childbirth: the role of obstetric variables. *Journal psychosomatic obstetrics gynecology*, 23, 31-39.
- U N I C E F - W H O . <http://www.unicef.it/doc/152/gli-ospedali-amici-dei-bambini-in-italia.htm>.
- WHO (1985). Appropriate technology for birth. *The Lancet*, V(326), Issue(8452), 436-437
- WHO (1985b). Having a Baby in Europe: Report on a Study, *Public Health in Europe*, No 26.
- WHO (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion. \
- WHO (2014). *The Prevention And Elimination Of Disrespect And Abuse During Facility-Based Childbirth*. Versione originale in inglese: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/134588/1/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?ua=1. Traduzione in Italiano a cura di Freedom for Birth – Rome Action Group: <https://drive.google.com/file/d/0B16mck3Dhmn3M0VLRHZZd0xNcHc/view>
- Wijma K., Soderquist J., Wijma B., (1997). Post traumatic stress disorder after childbirth: a cross sectional study, *Journal of anxiety disorders*, 11, 587-597.
- Zucconi A., Howell P. (2003). *La promozione della salute*, Molfetta (BA): la Meridiana.