



A.D. MDLXII

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI SASSARI

Corso di laurea in Ostetricia

Presidente Prof. P.L. CHERCHI

LA TRANSIZIONE ALLA GENITORIALITA'  
ATTRAVERSO I CORSI DI  
ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA

Relatore:

Prof.ssa M.D.Piga

Correlatrice:

Ostetrica A.VIRGILIO

Tesi di laurea di:

GABRIELLA GANCI

Anno accademico 2015-2016

# INDICE:

INTRODUZIONE	pag. 2
LA FIGURA PROFESSIONALE DELL'OSTETRICA	pag. 4
CAP. 1	
I CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA:	pag. 5
1.1 Struttura del corso	pag. 6
1.2 Scopo e obiettivi del corso parto	pag. 8
1.3 Coinvolgimento paterno	pag. 10
1.4 Confronto con altre donne	pag.11
CAP. 2	
TEMI AFFRONTATI IN UN CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA:	pag.13
2.1 Alimentazione ed igiene in gravidanza	pag.13
2.2 Sessuologia in gravidanza	pag.15
2.3 Il travaglio di parto	pag.17
2.5 L'onda del dolore	pag. 21
2.6 Le preziose risorse della donna	pag.24
2.7 Il taglio cesareo	pag. 28
2.8 Nascita e rinascita	pag.30
2.9 Allattamento e nutrimento affettivo	pag.32
CAP. 3	
ATTIVITA' NEI CORSI PREPARTO:	pag. 35
3.1 Training autogeno respiratorio	pag. 36
3.2 Tecniche di respirazione e rilassamento	pag. 40
3.3 L'ipnosi	pag. 44
3.4 La preparazione in acqua	pag. 45
3.5 Lo yoga	pag. 47
3.6 Lo shiatsu	pag. 48
3.7 La riflessologia	pag. 49
3.8 Il suono e la musica	pag. 50
3.9 Movimento e danze libere	pag. 53
ANALISI DEI DATI RACCOLTI	pag. 55
CONCLUSIONI	pag. 77
BIBLIOGRAFIA	pag. 83
ALLEGATI	pag. 84

## INTRODUZIONE:

L'attesa del parto, definita "dolce" dall'immaginario collettivo, può essere tale, solo se, l'accostamento dell'operatrice ostetrica dipani, oltre che dal suo "sapere" e dal suo "saper fare", anche ma soprattutto dal suo "saper essere".

Sarà "dolce" se la donna può avere uno spazio protetto ed accogliente di espressione e condivisione dell'esperienza della gestazione, dove potere esplorare emozioni (paure, gioie, ansia, ecc..) ed i vissuti connessi a questa particolare dimensione psico-corporea con lo scopo di accrescere la presa di coscienza di sé e predisporre meglio alle differenti fasi della gravidanza. Relazionarsi con una donna gravida, vuol dire "accostarsi", vuol dire "avvicinarsi" a chi vuole sguardi e ascolto.

In fondo, l'attesa resta l'eterno concetto dentro il quale "si aspetta qualcosa o qualcuno" e si rivela una condizione molto più attiva di quello che ci si potrebbe immaginare: non è uno stato latente che anticipa l'evento della nascita, ma un processo vissuto come una laboriosa attribuzione di senso, in cui la donna si costruisce come madre ai propri occhi ed a quelli della collettività.

*"Nessuno stato è così simile alla pazzia da un lato ed al divino dall'altro quanto l'essere incinta. La madre è raddoppiata, poi divisa a metà e mai più sarà intera."* (Erica Jong)

Diventare madre è certamente più gravoso del semplice portare in grembo un bambino; il concepimento e la gravidanza avviano nella coppia una rivoluzione ed una metamorfosi silenziosa.

Il parto, l'essere, o meglio il diventare genitore, sono probabilmente i più grandi cambiamenti che una donna ed il suo compagno possano avere nella loro vita e la nascita di un figlio, sin dall'endogestazione, porta con sé una serie di modificazioni ed inevitabili transizioni per le quali la donna si trova in uno stato di estrema apertura e vulnerabilità. Questo cambiamento va a toccare ogni singolo aspetto della vita di una donna, dal rapporto con il partner che deve subire un riadattamento della dinamica relazionale, alla mentalità della donna stessa che inizia a percepire progressivamente la presenza di una nuova vita che, giorno dopo giorno, si sviluppa in lei.

La transizione alla genitorialità richiede da parte loro una disponibilità al cambiamento poiché avviene redistribuzione dei compiti e delle funzioni nel passaggio da uomo/donna a padre/madre.

La coppia è investita di nuovi ruoli e nuovi compiti legati al "far posto", non solo fisicamente (nel ventre della madre), ma soprattutto emotivamente, al nuovo venuto.

I neo genitori rivalutano la loro storia personale, il loro vissuto, l'immagine di sé; la gravidanza è infatti un periodo ricco di rielaborazione del passato e progettazione per il futuro, un ponte tra passato e futuro. In un momento tanto delicato, ciascuna donna dovrebbe, quindi, essere seguita e supportata, anche se, purtroppo, questo non sempre accade. In ogni epoca e contesto storico la transizione alla maternità non è stato un semplice momento individuale, ma si è attuata con riti collettivi che socializzano la donna al ruolo materno attribuitole secondo i modelli culturali vigenti.

Nella società odierna, in cui la maternità è ormai un mondo sempre più strutturato e programmato, fornire un valido sostegno ed aiuto alle donne con i corsi di accompagnamento alla nascita diventa importante anche per compensare la mancanza dell'esperienza diretta e del sostegno che un tempo veniva offerto all'interno dalle famiglie matriarcali, tipiche della società preindustriale. In particolare, oggi, i corsi di accompagnamento alla nascita consentono il confronto tra donne diverse che condividono l'esperienza della maternità e divengono arene di mediazione tra saperi e pratiche ostetriche, innescando importanti processi di trasformazione.

Le ostetriche sanno che "l'istinto materno è già presente in ciascuna donna, va solo risvegliato", che nei corsi di accompagnamento alla nascita non si scrive su una tabula rasa, ma si aiutano le donne a "capire il proprio corpo e conoscere le loro connaturate competenze materne". Il naturale proseguimento e completamento riguarda anche la costruzione culturale del padre e della paternità. Anche in quest'ambito la nuova complessità offerta dal crescere della società apre spunti di riflessione, particolarmente utili nei confronti di un'identità, quella maschile, che risulta oggi disorientata dal cambiamento delle strutture di genere e nel contempo poco sostenuta.

Negli ultimi anni, in ostetricia il concetto di assistenza umanizzata ha avuto una diffusione esponenziale e, oggi, la domanda di partecipazione a questi "percorsi" è diventata una vera e propria esigenza avvertita, non soltanto dalle future mamme, anche dai neo papà. Dal genere di investimento affettivo che si genera durante i nove mesi di gestazione e dunque dal legame prenatale genitori-feto, dipenderà il rapporto futuro dei genitori con il proprio figlio, cioè l'attaccamento post-natale.

È quindi di fondamentale importanza che la coppia effettui il processo di transizione alla genitorialità con la massima serenità possibile, supportata da figure competenti quali: l'ostetrica, mediante l'ausilio dei corsi di accompagnamento alla nascita.

Quando nasce un bambino, nasce anche una madre, e soprattutto nasce una nuova relazione d'amore.

## LA FIGURA PROFESSIONALE DELL'OSTETRICA:

La gravidanza, il parto ed il diventare genitori sono tra i più grandi e profondi cambiamenti nella vita.

E' un viaggio verso l'ignoto, colmo di ansie, con un'ampia gamma di emozioni dall'euforia al panico, stress per la necessità di doversi adattare e riorganizzarsi per qualcosa di nuovo.

L'ostetrica è 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.

L'ostetrica, per quanto di sua competenza, partecipa: alla preparazione psicoprofilattica al parto ed ai programmi di assistenza materna e neonatale.

E' dunque la figura professionale più idonea ad accogliere la complessità di emozioni, sensazioni e cambiamenti che caratterizzano la fase di transizione alla genitorialità e quindi in grado di rassicurare ed accompagnare la coppia lungo il suo momento più bello e delicato, la nascita di un figlio.

La donna non ha bisogno di qualcuno che le "insegni" come fare.

Una figura del genere, d'altra parte, non potrebbe esistere.

Ogni donna è diversa da un'altra. Ogni gravidanza è diversa da un'altra. Non esistono regole assolute e generalizzabili per tutte, a meno che non si voglia ridurre l'esperienza della nascita ad un freddo evento tecnico, nel quale la donna rinuncia alle proprie competenze e alla propria centralità, per ridursi a mero strumento di lavoro nelle mani del medico e dei vari operatori. Ciò che può invece essere utile, forse indispensabile, alla futura mamma è qualcuno che la accompagni, la assista, la sostenga e la contenga nel proprio personale cammino verso la maternità.

Qualcuno che innanzitutto la sappia ascoltare. Sappia comprendere i suoi tempi e le sue modalità. Qualcuno che sappia progettare e realizzare con lei tutte le tappe di questa splendida avventura.

Le troppe parole spesso risultano stonate; dobbiamo "esserci" con delicatezza e senza invadere.

L'ostetrica può guidare la coppia attraverso i corsi di accompagnamento alla nascita, che si inseriscono all'interno di un percorso educativo che fa parte dell'assistenza prenatale.

## CAP. 1

### I CORSI DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA:

Da sempre la donna, in gravidanza e nel travaglio, è stata assistita da donne più esperte, di parto e di vita.

I corsi di accompagnamento alla nascita nascono dall'esigenza di informare le donne sulla fisiologia del travaglio e del parto e di fare acquisire strumenti per contrastare il dolore, migliorando così il vissuto del parto stesso.

Durante la loro evoluzione si sono aggiunte altre finalità legate al sostegno e all'accompagnamento prima della donna e poi della coppia in gravidanza, nel delicato e cruciale passaggio dalla diade alla triade.

C'è uniformità di pensiero nel dire che il parto è un'esperienza assolutamente naturale e fisiologica, che avviene in ogni parte del mondo, da migliaia di anni, generazione dopo generazione. È altrettanto vero che la medicina e la tecnologia hanno raggiunto un elevatissimo grado di progresso per cui il tasso di mortalità materna è in continua diminuzione, sia nei paesi sviluppati che nei paesi in via di sviluppo.

Queste considerazioni dovrebbero bastare per creare un'atmosfera rilassata e tranquilla nei confronti di un fenomeno così naturale.

Le mamme di questa generazione sono perlopiù mamme informate, chiacchierano online, leggono libri, comprano riviste, cercano risposte ai loro dubbi in internet. Quest'ultimo, più di altri mezzi di comunicazione, può essere "pericoloso"; la quantità di informazione che dà è altissima, ma non tutte le indicazioni presenti sono corrette, alcune sono da interpretare, in alcuni casi non si hanno le conoscenze per capirle e il rischio di fraintendere è molto alto.

Da questa ricerca di informazioni traspare un bisogno di rassicurazione e confronto tipico di chi sta vivendo con preoccupazione o ansia questo momento.

La medicalizzazione del parto ha avuto un duplice effetto sulla psicologia delle madri, da una parte le ha rincorate offrendo loro servizi, visite, controlli, monitoraggi lungo le fasi della loro gravidanza, dall'altra parte, ha insinuato in loro una sorta di insicurezza e inadeguatezza.

Adesso più che mai la gravidanza ed il parto vengono vissute dalle coppie come "scelta" ed in quanto tale l'attesa è maggiore.

Le donne lavorano, sono vittime di ritmi frenetici. La gravidanza è sempre più programmata, pianificata, incastrata tra impegni lavorativi ed esigenze economiche.

La paura e l'ansia pesano ai futuri genitori che spesso decidono di frequentare un corso di accompagnamento alla nascita.

### 1.1: Struttura del corso:

I corsi di accompagnamento alla nascita vengono condotti dalle ostetriche e sono strutturati in incontri a cadenza settimanale.

La costruzione sociale della maternità richiama il modello educativo riservato ai giovani cittadini dell'antica Grecia, la PAIDEIA.

Questo progetto didattico consisteva in una doppia formazione, fisica e psichica: la prima comprendente la cura e l'irrobustimento del corpo, la seconda volta a garantire una socializzazione corretta dell'individuo nella polis, attraverso l'interiorizzazione dei locali valori culturali.

Gli incontri prenatali comprendono infatti una parte teorica ed una pratica:

- attraverso la parte teorica, durante gli incontri, si fornisce una conoscenza alla coppia della fisiologia della gravidanza, del parto, della nascita, dell'allattamento e del puerperio;
- attraverso la parte pratica si porta la donna alla consapevolezza del proprio corpo, dei suoi limiti e delle sue potenzialità e risorse.

Il corso in gravidanza è indirizzato a tutte le mamme in attesa.

Ha durata variabile ed è composto da un gruppo di circa 20 donne.

Gli incontri del corso preparto nascono con l'obiettivo di aiutare la neo mamma ad entrare in piena comunicazione ed accettazione della gravidanza stessa.

Non è semplice organizzare un corso che tenga conto delle molteplici esigenze delle donne; le richieste non riguardano solo le migliori tecniche per partorire, ma toccano questioni psicologiche legate alle preoccupazioni ed alla gestione dell'ansia e del dolore.

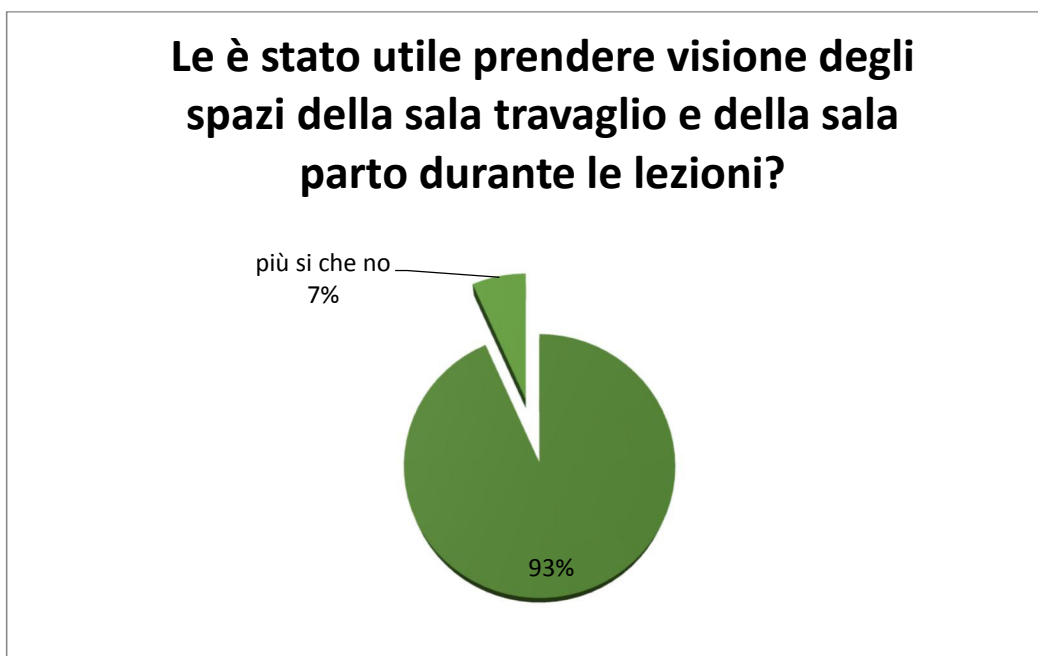
Un punto di forza di un corso preparto organizzato è l'interfacciarsi direttamente con i professionisti del settore tra cui le ostetriche.

Il quadro delle figure associate alla preparazione al parto si sta evolvendo in un pool di professionisti, estremamente diversificato e ricco per venire incontro alle esigenze di donne sempre più curiose ed informate.

Attualmente l'offerta dei corsi parto è molto ampia e diversificata. Ci si può rivolgere all'ospedale dove presumibilmente si partorerà, ai consultori, ad associazioni ed organizzazioni private.

I programmi dei corsi parto non sono uguali tra loro. Quanto approfondire gli argomenti, scendere nei dettagli, offrire una panoramica completa alla futura mamma è a discrezione degli organizzatori. Sta alla futura mamma chiarire questi aspetti al momento dell'iscrizione.

Alcuni corsi, per lo più quelli organizzati dagli ospedali, offrono la possibilità di vedere la struttura in cui si partorerà per aiutare a prepararsi all'evento e togliere un po' di ansia associata all'esplorazione di un ambiente nuovo.



Il 93% delle donne che hanno frequentato il corso all'interno della struttura dove poi ha avuto luogo il parto riferiscono di aver tratto notevoli benefici grazie all'aver preso visione degli spazi della sala travaglio e della sala parto durante le lezioni.

Molte di loro sostengono infatti che osservare quei luoghi spesso protagonisti dei loro pensieri e della loro immaginazione, le aiuti ad affrontare più serenamente il travaglio di parto.

Esistono sul mercato diverse tipologie di corsi, per qualità, costi e contenuti.

Costo: gli ospedali generalmente richiedono il pagamento di un ticket



il cui importo è variabile da regione a regione in un intervallo tra i 30 ed i 100 €.

I consultori offrono un servizio che spesso non comporta spese per chi ha intenzione di iscriversi.

Di tutt'altra portata sono i contributi richiesti all'iscrizione di un corso parto proposto da associazioni ed organizzazioni di natura privata. Non esiste il corso ideale, il corso è un momento estremamente personale che la mamma si prende per sé, per il suo bambino e per essere pronta per il grande cambiamento.

Va da sé poi, che il fatto di aver seguito un corso non implica che il parto avvenga in modo naturale e senza complicazioni, comporta, però, una maggiore consapevolezza dei cambiamenti che stanno avvenendo al proprio corpo, alle proprie emozioni ed alla propria vita e permette una maggiore gestione dell'ansia associata al parto.

Per evitare corse frenetiche e l'ansia dell'ultimo minuto, si raccomanda di preparare la valigia già dalla trentaseiesima settimana.

Nei reparti ostetrici o nei consultori familiari come nella maggior parte dei corsi di preparazione al parto vengono distribuiti elenchi in cui sono indicati gli oggetti ed i capi di vestiario necessari, differenziati a seconda della stagione di nascita.

## 1.2 Scopo ed obiettivi del corso parto:

L'obiettivo cardine dell'assistenza prenatale è promuovere la salute delle donne in gravidanza, e favorire la salute del neonato.

I corsi di accompagnamento alla nascita sono presenti già nella seconda metà dell'ottocento, nel corso del tempo grazie ai continui studi hanno modificato però i loro obiettivi. I corsi parto si prefiggono di rispondere all'esigenza delle donne di ricevere informazioni riguardo alla gravidanza, al parto, all'allattamento, alla genitorialità ed all'accudimento del bambino e hanno inoltre lo scopo di fornire tecniche adeguate ad affrontare la paura e il dolore durante il travaglio.

Nei primi anni ottanta in Inghilterra si è affermato un approccio più olistico, per aiutare le donne ad identificare le proprie risorse psicofisiche, con l'idea dell'empowerment, del riprendersi un ruolo attivo nell'esperienza della gravidanza e del parto. Negli ultimi vent'anni si è consolidato questo approccio e si è ampliato, allargando il ventaglio dell'esperienza anche sui cambiamenti psicosociali, sull'esperienza intrauterina del bambino, sul coinvolgimento del partner e sul sostegno al puerperio, si è cominciato a parlare di risorse

endogene, di consapevolezza, di empowerment, protagonismo e scelte informate, sostegno e condivisione.

Tra gli obiettivi di un corso di accompagnamento alla nascita ricordiamo:

- offrire un luogo di accoglienza alla donna, alla coppia ed al gruppo;
- favorire la consapevolezza;
- elaborare i saperi individuali lasciando spazio alle emozioni;
- promuovere il legame con il bambino;
- fare esperienze corporee sul lasciarsi andare;
- facilitare la separazione favorendo l'apertura alla nascita;
- prepararsi al dolore fisico del parto;
- aiutare a rinforzare il processo della genitorialità con la trasformazione dalla diade alla triade;
- promuovere l'allattamento al seno;
- ragionare sulla sessualità.

Un corso di accompagnamento alla nascita rappresenta uno strumento per umanizzare "l'evento nascita", viverlo consapevolmente e scoprire l'infinità di risorse endogene che le donne possiedono per affrontare questo evento serenamente. Recentemente si è andata sempre più consolidando la scuola di pensiero che si propone di aiutare le donne innanzitutto ad accettarsi e ad ascoltarsi, ma molto più a mettersi in contatto col proprio bambino, instaurando così una relazione col piccolo sin da quando è in utero.

Gli incontri del corso preparto costituiscono il momento in cui i futuri genitori possono porre liberamente domande ed esporre dubbi e paure, così da affrontare la gravidanza, il parto, l'allattamento, la cura del neonato e la futura genitorialità in modo migliore e più consapevole.

Nei corsi, le donne e i partner possono inoltre confrontarsi con altre persone che stanno vivendo la loro stessa esperienza.

L'obiettivo per la coppia significa prepararsi insieme all'esperienza del travaglio e del parto; per la donna è invece quello di conoscere meglio il proprio corpo, di acquistare consapevolezza di sé e dei propri desideri. Per questi motivi uno dei punti chiave che non manca mai nei programmi riguarda le tecniche di rilassamento.

Vengono date le basi per acquisire una maggiore consapevolezza del proprio corpo e del bambino, prepararsi fisicamente al parto e controllare la paura del travaglio.

La tensione, infatti, rende più dolorose le contrazioni e spesso rende più difficoltoso il parto.

Imparare a conoscere meglio il proprio corpo e le sue reazioni può essere d'aiuto alla donna nella fase del parto: nei momenti più delicati

e di maggior impegno fisico e psicologico la gestante sarà in grado di riconoscere e assecondare al meglio le esigenze dell'organismo e solo così riuscirà a far collaborare corpo e mente, lasciando lavorare l'utero durante le contrazioni e rilassandosi per recuperare energia durante le pause.

### 1.3: Coinvolgimento paterno nei corsi di accompagnamento alla nascita:

È fondamentale per l'equilibrio della coppia che anche il partner partecipi ai corsi preparto perché da una parte non fa sentire la donna sola nell'affrontare quest'esperienza, dall'altra acquisisce informazioni utili che riguardano il momento in cui la compagna metterà alla luce il figlio.

La gravidanza e soprattutto il parto possono sembrare dei momenti esclusivamente femminili in cui la donna ed il bambino sono protagonisti ed il padre è un semplice spettatore. In realtà molti padri vorrebbero avere un ruolo, vorrebbero avere la possibilità di dare il loro contributo, ma semplicemente non sanno come muoversi e comportarsi. Sono queste le motivazioni per cui sempre più frequentemente si consiglia ai futuri padri di partecipare alla preparazione al parto assieme alla madre.

Conoscere ciò che sta succedendo ad una donna durante il travaglio, durante il parto, conoscere le paure e le ansie più frequenti a cui le donne sono sottoposte permette di creare un corridoio comunicativo tra uomo e donna.

L'uomo, così coinvolto, riesce a crearsi un ruolo nell'accompagnare la donna al parto.

Se la donna lo desidera, infatti, il compagno può massaggiarla durante il travaglio e guidarla nella respirazione; imparare queste tecniche durante il corso per poi sperimentarle a casa può aiutare ad avere confidenza e sicurezza in un momento così delicato.

In alcuni casi, infatti, se non c'è affiatamento e consuetudine nei movimenti e negli atteggiamenti la donna può preferire di restare sola, togliendo al partner ogni possibilità di collaborazione.

Non dimentichiamo poi che per nove mesi è la donna che subisce e sente maggiormente tutti i cambiamenti dovuti alla gravidanza.

Seguire un corso preparto fa sentire sicuramente l'uomo più preparato psicologicamente ad affrontare i grandi cambiamenti che la nascita di un figlio porta all'interno della coppia.

È emerso da alcuni studi che l'uomo che si sente più partecipe alla gravidanza della partner, aumenta il senso di attaccamento nei confronti del figlio. Questi uomini si avvicinano molto più facilmente al neonato, lo toccano, lo prendono in braccio con più sicurezza. Ciò pone le basi per instaurare un rapporto genitore-figlio solido e speciale. In questo modo l'esperienza di far nascere un figlio insieme sarà davvero indimenticabile.

#### 1.4: Il confronto con altre donne:

Il gruppo è un insieme di individui che entrano in relazione sulla base di interessi o caratteri comuni e che interagiscono spesso tra loro in modo diretto.

Durante tutta la vita, siamo costantemente coinvolti in attività di gruppo.

Per quanto riguarda gli incontri di accompagnamento alla nascita, i gruppi che si formano sono un ricco miscuglio di individui con un vissuto comune, la gravidanza, e con l'obiettivo finale di prepararsi al parto ed all'iniziale vita col bambino nel modo più positivo possibile ed in poco tempo.

Le persone arrivano con varie situazioni alle spalle: diversi livelli di salute, capacità fisiche, esperienze, atteggiamenti e valori, conoscenze, istruzione, cultura, condizioni socioeconomiche, età, appartenenza etnica.

Il gruppo è una miniera di risorse, esperienze e valutazioni.

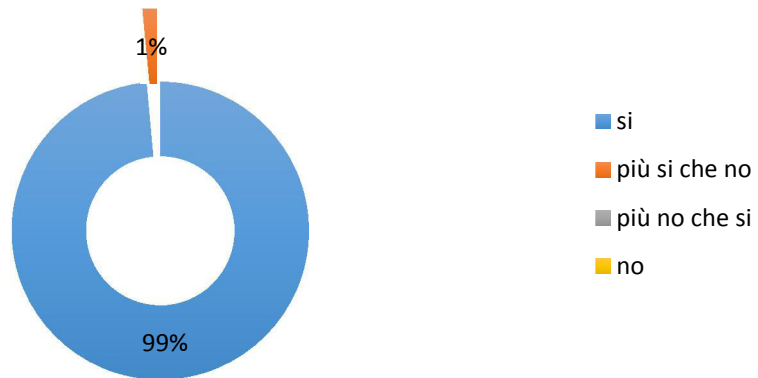
Alcuni vantaggi dello stare in gruppo sono i seguenti:

- Socializzazione;
- Appoggio reciproco fra i diversi componenti del gruppo;
- Facilitazione del processo di apprendimento;
- Ampiezza delle motivazioni e delle risposte;
- Condivisione.

Da un punto di vista psicologico confrontarsi con altre donne ha un vantaggio incredibile: si ridimensiona la paura del parto e del dolore e si confrontano le proprie esperienze positive e negative. In questo modo la futura madre può riuscire ad eliminare parte delle sue insicurezze per vivere con maggiore serenità i mesi della gravidanza.

L'incontro con altre donne che stanno vivendo un'esperienza simile alla tua è quindi fonte di scambio e arricchimento.

**Ritiene valida la condivisione di emozioni ed esperienze con altre donne gravide?**



Il 99% delle donne che hanno seguito un corso di accompagnamento alla nascita ha dichiarato di ritenere valida la condivisione di emozioni ed esperienze con altre donne gravide.

## CAP. 2

### TEMI AFFRONTATI IN UN CORSO DI ACCOMPAGNAMENTO ALLA NASCITA:

#### 2.1 Alimentazione ed igiene in gravidanza:

Durante la gravidanza è indicato seguire delle particolari norme igieniche atte a mantenere un ottimale stato di salute psico-fisico che permetta di affrontare la gestazione più facilmente e serenamente.

È una buona norma eseguire bagno o doccia giornalieri con acqua a temperatura compresa tra i 30 - 35° C, evitare acqua troppo calda o troppo fredda.

I capelli possono essere lavati ogni volta che si desidera, ma bisogna evitare le tinture a causa dell'effetto tossico sul feto e la possibilità di scatenare dermatiti allergiche da contatto sul cuoio capelluto.

L'abbigliamento deve essere semplice e non provocare costrizioni; la biancheria deve essere di materiale naturale (cotone, lino) e deve consentire la traspirazione.

Il reggiseno deve sostenere la mammella, ma non deve comprimerla; le scarpe devono essere comode, di buona pelle, con la suola di cuoio per permettere la traspirazione. Evitare l'uso dei tacchi alti, ma dare la preferenza a scarpe con pianta larga mezzo tacco.

Per evitare l'aumento di estensione e di intensità delle chiazze discromiche (macchie scure sul viso, cloasma) meglio evitare l'esposizione prolungata ai raggi solari.

Il fumo è controindicato in gravidanza (ma non solo in gravidanza) per le conseguenze negative sul prodotto del concepimento, quali: insufficienza placentare ed il basso peso del feto alla nascita.

È assolutamente proibito l'uso di qualsiasi droga o psicofarmaco, sedativo o eccitante.

In caso di effettiva necessità d'assunzione di psicofarmaci a scopo terapeutico è d'obbligo consultare il medico.

Una dieta sana e varia è importante in ogni momento della vita, ma lo è soprattutto durante la gravidanza. La dieta materna deve fornire

abbastanza energia e sostanze nutritive da soddisfare sia il normale fabbisogno della madre sia quello del feto in crescita e da consentire alla gestante di accumulare nutrienti di riserva per lo sviluppo fetale e per l'allattamento.

Le raccomandazioni dietetiche per le donne gravide sono simili a quelle applicabili ad altri adulti, con alcune eccezioni di rilievo: si suggerisce di adottare un regime alimentare sano e bilanciato, cercando di preferire i cibi ricchi di ferro.

Per le donne di peso normale, è dimostrato che un incremento medio di 12 kg (dai 10 ai 14 kg) riduce al minimo il rischio di complicazioni durante gravidanza e parto e il rischio di basso peso del neonato alla nascita. Tuttavia, nella pratica, donne con un'alimentazione e un peso normali prima della gravidanza mostrano ampie variazioni durante la gestazione per quanto attiene all'aumento di peso.

Un aumento troppo modesto incrementa il rischio di partorire un neonato LBW, mentre un incremento ponderale eccessivo acuisce il rischio di sovrappeso e obesità post-gestazionale.

Un peso pari a 3,1–3,6 kg per il neonato alla fine del periodo gestazionale è considerato ottimale per la madre e per lo sviluppo fetale. Lo status nutrizionale della madre al momento del concepimento è un fattore determinante per la crescita e lo sviluppo fetali: è pertanto essenziale adottare una dieta sana e bilanciata, sia prima sia durante la gravidanza.

È altrettanto importante cercare di mantenere un peso corporeo normale prima del concepimento (BMI 20-25), poiché sia il sottopeso sia il sovrappeso possono incidere tanto sulla fertilità quanto sulla salute del nascituro.

È ampiamente riconosciuto che l'assunzione di acido folico durante il periodo peri concezionale può ridurre l'incidenza dei difetti del tubo neurale (DTN).

In gravidanza aumenta il fabbisogno di tiamina, riboflavina e vitamine A, C e D, oltre che di calorie e proteine.

Per quanto riguarda la sicurezza alimentare prima e durante la gravidanza, si consiglia di prestare particolare attenzione all'igiene degli alimenti durante la gestazione e di evitare certi cibi (ad esempio i formaggi a crosta fiorita ed erborinati) per ridurre il rischio di esposizione a patogeni potenzialmente pericolosi, come la listeria e la salmonella.

Si raccomanda inoltre di limitare l'assunzione di caffeina.

Niente vino o birra. Sono da evitare assolutamente i superalcolici (aperitivi, amari, grappe, cognac, whisky ecc.) per gli effetti tossici sul fegato della madre, sul sistema nervoso del figlio e per l'alto contenuto calorico.

Le donne gravide, al pari del resto della popolazione, dovrebbero cercare di consumare almeno due porzioni di pesce la settimana, una delle quali di pesce oleoso. I pesci oleosi sono un'ottima fonte di acidi grassi omega 3 a lunga catena, che si ritiene possano prevenire i disturbi cardiocircolatori e sono essenziali allo sviluppo cerebrale e neurologico del feto.

Durante la gravidanza, oltre ad adottare una dieta sana e bilanciata, è importante mantenere un certo livello di attività fisica in modo da favorire il benessere e lo stato di salute generali, prevenendo al contempo un eccessivo incremento ponderale. Il nuoto è uno sport particolarmente indicato.

## 2.2 Sessuologia in gravidanza:

La gravidanza in sé non rappresenta quasi mai un ostacolo per l'amore fisico.

Ciò nonostante bisogna tenere conto che nell'arco dei nove mesi del concepimento le dinamiche del rapporto di una coppia possono modificarsi fino a provocare una interruzione della comunicazione erotica che finisce di solito per creare intoppi e difficoltà anche alla dimensione comunicativa in senso più generale.

Tali dinamiche sono perlopiù legate a preoccupazioni, sia da parte dell'uomo che della donna, che in molti casi non hanno alcun fondamento sul piano medico.

La separazione della funzione riproduttiva della sessualità da quella del piacere, della comunicazione e del gioco fa sì che, in alcune coppie, dopo che si è a conoscenza della gravidanza la sessualità si interrompa per molto tempo. Un altro motivo ricorrente nel comportamento sessuale durante la gravidanza è la paura, specialmente da parte del padre, che la sessualità possa nuocere alla futura madre e quindi al feto.

È bene sapere, al riguardo, che il feto è ben ammortizzato e protetto all'interno del sacco amniotico e che è accuratamente isolato da un tappo mucoso.



In nessun caso, l'organo maschile può entrare in contatto diretto con il feto durante il rapporto sessuale.

Alcuni ricercatori sostengono che la penetrazione, soprattutto nell'ultima fase della gravidanza, può avere un effetto persino positivo sul collo dell'utero, anch'esso molto robusto e provvisto di un tappo mucoso impermeabile agli spermatozoi.

Vi sono poi i mutamenti fisici che possono influire sia sull'interesse per il sesso, sia da parte della donna che dell'uomo, che sul piacere sessuale in sé.

Per le donne, poi, vi sono alcune manifestazioni fisiche soprattutto nel primo trimestre di gravidanza – forti variazioni ormonali, nausea, vomito, aumento del volume, indolenzimento del seno – che da sole bastano a spiegare eventuali cali dell'attività sessuale (ma in alcune donne possono addirittura accentuare il desiderio).

È bene sapere, quindi, che non esistono particolari controindicazioni al sesso in gravidanza, a parte alcuni casi di seguito elencati, e che anzi la coppia può anche scoprire che durante tale periodo i rapporti sessuali possono essere più soddisfacenti che mai. E che in caso contrario, è utile per una coppia lasciare spazio a tutte quelle manifestazioni intime che permettono di mantenere un livello di comunicazione anche corporea che farà da buona premessa alla ripresa della sessualità dopo il parto.

Il desiderio sessuale nella donna, può variare nelle fasi della gravidanza, così come il suo disagio fisico rispetto alle dimensioni crescenti del corpo può provocare un allontanamento dal partner.

E, ancora, la donna può attenuare o perdere del tutto il desiderio sessuale perché preoccupata dal parto imminente o troppo eccitata dalla prospettiva di diventare madre.

Fattori di rischio:

Esistono alcune situazioni in cui i rapporti sessuali durante la gravidanza devono essere ridotti o sospesi, secondo il giudizio che darà il medico:

- precedenti minacce d'aborto;
- precedenti di parto prematuro o segnali di rischio di parto prematuro, come una eccessiva dilatazione del collo dell'utero;
- sanguinamento inspiegabile della vagina;
- perdita di liquido amniotico;
- presenza di una infezione in corso;

- presenza di placenta previa, ovvero di una condizione in cui la placenta (la struttura ricca di sangue che nutre il bambino) si trova in una posizione anomala, ad esempio vicino al collo dell'utero, rischiando quindi di staccarsi;
- Casi di feti multipli.

### 2.3 Il travaglio di parto:

Durante la gravidanza, il collo dell'utero è chiuso in maniera "ermetica".

A partire dalla trentottesima settimana, solitamente, il collo inizia a raccorciarsi per effetto delle contrazioni preparatorie.

La data presunta del parto, comunque, è soltanto indicativa. Il travaglio, infatti, può cominciare anche 15 giorni prima o ritardare di una decina.

Ogni parto e ogni travaglio, infatti, seguono un loro corso e non esiste una "tabella di marcia" che sia valida per tutte le donne.

Non esistono regole fisse che preannuncino l'inizio del travaglio; ci sono tuttavia alcuni segnali che possono indicare che il bimbo nascerà presto; alcuni di questi possono manifestarsi qualche giorno prima dell'inizio del travaglio.

#### **- La comparsa dei primi dolori:**

Si tratta di dolori simili a quelli mestruali che coinvolgono anche la parte bassa della schiena: è probabile che il travaglio abbia inizio nel giro di qualche giorno. Comunque, è consigliabile distrarsi, aspettare e, soprattutto, non allarmarsi: l'utero si sta semplicemente preparando.

Questo lasso di tempo durante il quale ci sono questi sintomi è il cosiddetto periodo prodromico, durante il quale il feto si impegna nel bacino e incunea la testa nel canale uterino: la donna in questa fase avverte una sensazione di peso nella parte inferiore dell'addome e nella regione lombare e aumenta ulteriormente lo stimolo a urinare spesso, mentre migliora la respirazione per la minore pressione esercitata sul diaframma.

Sia le nullipare che le pluripare andranno incontro alla fase prodromica, che si annuncerà con contrazioni gravidiche, ritmiche e dolorose, della durata media di 2-3 ore. Esse si avvertono soprattutto nelle ore serali o

notturne, possono presentarsi anche per qualche giorno e comportano a volte una perdita di muco dai genitali.

#### **- Il distacco del tappo mucoso:**

La perdita del tappo mucoso non provoca dolore e perciò può passare inosservata se, per esempio, si verifica mentre si va in bagno.

Il tappo mucoso è costituito dal muco che fino a quel momento chiudeva il collo dell'utero isolando la cavità uterina dall'ambiente esterno.

Si tratta di una perdita di consistenza gelatinosa (più densa delle perdite vaginali che compaiono in gravidanza) e può essere striata di rosa o di rosso.

La presenza di gocce di sangue è dovuta alla rottura dei vasi capillari che si verifica quando l'utero comincia a dilatarsi.

Per **travaglio di parto** si intende quell'insieme di fenomeni, meccanici e dinamici, fra di loro integrati, che conducono all'espulsione del feto e dei suoi annessi (ad esempio la placenta) dall'organismo materno.

La sua insorgenza coincide con l'inizio delle contrazioni dolorose associate alle modificazioni anatomiche del collo uterino che via via si appiana e si dilata (fenomeni dinamici).

#### **Quando andare in ospedale:**

È inutile precipitarsi all'ospedale, soprattutto se è vicino, al primo accenno di contrazioni nel caso delle primipare.

È importante misurare la frequenza e la durata delle contrazioni dalla loro comparsa, usando un orologio con lancetta dei secondi.

La frequenza va controllata misurando l'intervallo tra una contrazione e quella successiva; di solito, all'inizio è tra i 30 e i 15 minuti.

La durata si calcola da quando comincia a quando finisce ogni singola contrazione.

Di solito, all'inizio è di circa 15-20 secondi.

È consigliabile andare in ospedale quando le contrazioni si succedono a circa una distanza di 5-10 minuti (dipende da quanto dista l'ospedale, se è vicino ci si può avviare quando l'intervallo è pari a circa 4 minuti) e quando hanno una durata di 40-50 secondi circa.

Andare subito in ospedale se:

- si è in preda all'ansia per motivi caratteriali. L'importante è sentirsi a proprio agio per affrontare al meglio l'esperienza del parto.

- compaiono perdite di sangue rosso vivo: possono essere dovute a un problema della placenta che va affrontato subito.

- si rompono le membrane anche se non sono ancora cominciate le contrazioni.

Con la rottura delle membrane, il nascituro non è più difeso dall'ambiente esterno ed è indifeso verso possibili infezioni.

Il parto può essere suddiviso in 4 fasi:

- Fase prodromica.
- Fase dilatante.
- Fase espulsiva.
- Secondamento.

Le prime due fasi costituiscono il travaglio che comincia con forti e regolari contrazioni uterine accompagnate da modificazioni a carico della cervice (assottigliamento e dilatazione).

### **Fase prodromica:**

È caratterizzata dalla presenza di contrazioni dell'utero a carattere inizialmente irregolare ma con una certa tendenza alla regolarizzazione con il passare delle ore.

Queste contrazioni sono diverse dalle contrazioni valide che identificano l'inizio del travaglio, e sono definite "contrazioni di Braxton Hicks" (dal nome del medico inglese che le descrisse).

La loro frequenza e la durata varia a livello individuale, la donna avverte il dolore a livello della zona sovrapubica.

Inoltre può verificarsi l'espulsione del cosiddetto "tappo mucoso", assieme a piccole striature di sangue dovute alle iniziali modificazioni della cervice uterina.

L'inizio del travaglio può avvenire improvvisamente o gradualmente, e viene definito come regolare attività uterina in presenza di dilatazione della cervice.

La durata di questa fase è molto variabile (anche in base a quando si stabilisce l'inizio); in genere dura circa 5-6 ore nelle nullipare, e anche meno nelle pluripare.

### **Fase dilatante:**

Durante il travaglio, per mezzo delle contrazioni, la cervice si dilata, aprendo così il passaggio al nascituro.

La fuoriuscita del feto è favorita dalla disposizione della muscolatura dell'utero: la contrazione della parte superiore dell'utero lo spinge verso quella inferiore, più morbida e debole perché dotata di un fascio muscolare molto sottile.

L'utero si indurisce per poi rilassarsi completamente durante l'intervallo successivo e il continuo alternarsi di compressioni e

rilassamenti agisce sul feto come un massaggio che stimola tutte le funzioni del suo organismo preparandolo alla nascita.

Quando inizia il travaglio vero e proprio, il collo dell'utero si appiana completamente, cioè fa un tutt'uno con la parete uterina, e grazie alle contrazioni sempre più intense che stirano le sue fibre muscolari, si dilata fino ad arrivare a circa dieci centimetri di diametro.

In questo modo utero e vagina formano il canale del parto attraverso cui uscirà il bambino.

La prima parte del travaglio è in genere più lunga, mentre gli ultimi "centimetri" di dilatazione si acquistano in tempi più veloci.

Le contrazioni si fanno più forti e si avvicinano una all'altra man mano che la nascita diventa imminente.

Quando la dilatazione della cervice (collo dell'utero) è attorno agli 8-10 centimetri le contrazioni possono essere molto intense (possono durare 90 secondi e più) e molto vicine tra di loro (ogni uno-due minuti circa).

Le contrazioni come abbiamo detto sono più forti nel fondo uterino (la parte alta).

In basso, lo spessore della muscolatura dell'utero è infatti minore e molto scarso nel segmento inferiore (collo dell'utero).

Durante la prima fase di solito si rompono spontaneamente le membrane.

E' importante conoscere l'aspetto del liquido amniotico, che offre sempre una buona indicazione delle condizioni fetali per tutta la durata del travaglio (un liquido tinto ad esempio può segnalare una sofferenza fetale).

La fase finale del travaglio dura in genere da 30 minuti a due ore ed è la più difficile da sopportare.

Quando il collo dell'utero è dilatato al punto da combaciare con la circonferenza della testa del bambino, inizia la fase espulsiva, ossia quella delle spinte. Il periodo dilatante ha una durata variabile da 2 a 8-10 ore.

### **Fase espulsiva:**

Mediamente questa fase dura da 30 minuti a 1-2 ore. Questo stadio inizia quando ormai il collo dell'utero si è dilatato completamente e ha il compito di far procedere il nascituro lungo il canale del parto.

Il canale del parto, primo fattore da prendere in considerazione nella dinamica del parto, è costituito dalle ossa del bacino ed è rivestito internamente da muscoli rappresentati nella parte più craniale, dai muscoli del bacino e, nella parte più distale dai muscoli del pavimento pelvico.

La localizzazione di tali muscoli e l'azione che essi esercitano hanno un ruolo determinante nella fenomenologia del travaglio e del parto.

Nella prima fase, che dura al massimo un'ora, la vagina non è ancora distesa e la partoriente non sente la necessità di spingere.

La seconda fase di questo stesso periodo comincia invece dal momento in cui la testa del feto raggiunge il pavimento pelvico e si conclude con la nascita.

Di solito le contrazioni che si avvertono non sono dolorose, perché le fibre del collo dell'utero si sono ormai dilatate.

Le contrazioni dunque sono molto diverse da prima e l'intervallo tra l'una e l'altra di solito è più lungo rispetto alla fase precedente.

Si evidenzia invece un impulso ad espellere, perché la testa del feto, scendendo lungo il canale del parto, schiaccia l'ampolla rettale conferendole il cosiddetto 'premito'.

Le spinte, affinché siano efficaci, devono essere il più possibile lunghe e continue ed effettuate 'di pancia'.

Il feto continua a scendere, la testa ruota internamente, per poi estendersi e comparire a livello vulvare. Una volta uscita, la testa tende a ruotare esternamente ed a ciò segue una rotazione opposta del tronco.

In questo modo, lentamente, compariranno le spalle, uscite le quali il corpo del feto viene facilmente eliminato all'esterno.

#### **Fase del secondamento:**

Avviene nel momento finale del parto, circa quindici minuti dopo la nascita del neonato, iniziano nuovamente piccole contrazioni uterine che favoriscono il distacco e l'espulsione di placenta e parti annesse.

### 2.4 L'onda del dolore:

*“L'agonia del travaglio che inaugura una nuova vita è epitome di quella sofferenza incorporata come fabbricazione del mondo”* (Scarry,1985).

Partorendo il figlio, la donna riproduce anche se stessa come madre.

Tutte le ricerche dimostrano che il dolore del parto è condizionato negativamente dall'ignoranza dei fenomeni ad esso connessi e quindi dalla paura, mentre è condizionato positivamente dalla consapevolezza, fiducia e serenità.

Il dolore è senz'altro l'aspetto più saliente del partorire, aspetto dal quale le donne nei secoli e millenni fino ad oggi si sono sentite in parte attratte ed affascinate, in parte impaurite se non addirittura terrorizzate. Le doglie dovrebbero essere considerate come dei doni per la donna, perché ogni contrazione uterina la sostiene nel suo dare la vita e la porta più vicino al suo massimo desiderio: al suo bambino.

L'anestesia epidurale non sempre è disponibile, inoltre non può essere iniziata prima che il travaglio attivo sia ben instaurato, cioè la donna si trova ad affrontare la prima parte del travaglio con dolore.

Se questo viene rifiutato, si soffre molto di più. Infatti le donne che soffrono meno sono quelle più motivate, preparate e accettanti verso il dolore (Brigitte Jourdan); la sofferenza aumenta considerevolmente quando si tenta di reprimerla e diminuisce quando si accetta senza opporre resistenze.

Non esistono scorciatoie verso la maternità. La paura c'è. In parte nasce dall'incognita, in parte da esperienze e racconti negativi, in parte da condizionamenti sociali. Contiene la paura di perdere il controllo di sé, la paura della propria emozionalità, la paura di scoprirsi, la paura dell'inadeguatezza e debolezza, la paura di morire, di perdersi.

Molte paure sono filogenetiche, insite nell'atto di partorire e di nascere comuni a tutte le donne.

La paura è una reazione fisiologica ad una minaccia, incrementa l'attenzione e la capacità reattiva, è la risposta emozionale alla tensione del dolore del parto. L'accettazione attiva del dolore necessita di attenzione e di tempo, è apprendimento. L'analgesia tecnologica viene proposta oggi per il parto fisiologico come scelta d'elezione e vantaggiosa di fronte ad un parto con dolore.

In Inghilterra, in America, in Germania, in Francia è ampiamente diffusa, in Olanda, dove si è mantenuta una cultura più naturale verso il parto rispetto agli altri paesi europei, è scarsamente richiesta, in Italia si sta diffondendo ma ancora in modo disomogeneo.

L'anestesia epidurale consiste in una somministrazione di anestetico (di solito bupivacaina) misto ad un oppiaceo (fentanyl) nello spazio epidurale a livello della 3° o 4° vertebra lombare, tramite l'introduzione di un catetere.

La somministrazione può essere continua o regolata dalla donna in base al bisogno. Se cambia l'atteggiamento con cui la donna interpreta ed accoglie il dolore, cambia la percezione: la soglia del dolore si innalza.

Una delle caratteristiche più salienti del dolore del parto è la ritmicità.

Un ritmo è fatto di dolore e pausa, contrazione ed espansione, malessere e benessere, accelerazioni e rallentamenti, è dinamico, può cambiare in base a fattori individuali, ovvero il suo andamento è dettato dalla personalità e dai vissuti della singola partoriente e del singolo bambino.

Il dolore del parto è quindi un dolore intermittente a dinamica individuale, regolata dai bisogni della donna e dai bisogni del bambino. Nell'intermittenza sta uno dei grandi segreti del travaglio fisiologico e della possibilità dell'analgesia naturale, nel ritmo irregolare della progressione del travaglio sta la possibilità di un adattamento graduale di madre e bambino.

Il dolore ha due origini, la prima nasce nella zona fisica dove avviene l'aggressione, la zona periferica del corpo; la seconda ha sede nel cervello, nella parte affettiva, emozionale, istintuale ed inconscia, dove sono depositate le nostre esperienze.

Gli stimoli periferici attivano quelli centrali, ed il loro insieme forma l'esperienza individuale del dolore.

Il dolore del parto è localizzato nel basso addome, lateralmente sopra le creste iliache e posteriormente nella zona lombosacrale.

Le ricerche sul dolore dimostrano che nell'esperienza del dolore non si tratta semplicemente di uno stimolo periferico che, trasmesso dalla "via del dolore" a un "centro encefalico del dolore" provoca una risposta proporzionale all'intensità dello stimolo, ma che i meccanismi del dolore sono molto complessi.

L'esperienza del dolore acuto è l'effetto di un insieme di fattori interagenti fisiologici e psichici e coinvolge la maggior parte delle strutture nervose interessate ai processi sensoriali, emozionali, istintuali, cognitivi, espressivi, motori ed ai meccanismi psicodinamici. I fattori centrali del dolore possono ridurre o ampliare la percezione degli stimoli periferici.

I picchi di dolore (stress acuto) alternati con pause di assenza totale del dolore producono come effetto paradossale una forte stimolazione alla produzione di endorfine.

Il dolore è necessario per stimolare una sufficiente produzione di ossitocina.

La collaborazione armoniosa dei due sistemi nervosi neurovegetativi nel parto è particolarmente importante in quanto il sistema simpatico è responsabile della contrazione dell'utero, e quello parasimpatico della distensione del segmento uterino inferiore e del collo dell'utero.

L'indispensabile risposta fisiologica al dolore è il movimento.

La libertà di movimento permette alla donna di assumere istintivamente le posizioni più antalgiche, che sono quelle a minor resistenza e compressione.

Il dolore ha dunque la duplice funzione di spingere la donna nella direzione della separazione senza possibilità di indugio, direzione nella quale forse volontariamente non andrebbe mai.



Fa capire l'ineluttabilità della necessità della nascita, concentra tutta l'attenzione della donna su questo processo, non lascia vie di scampo, se non attraverso l'adempimento del compito.

Affrontare un dolore sconosciuto crea paura, angoscia, sostenerlo attraverso tante ore mette alla prova la forza individuale, quindi il dolore crea una vera e propria crisi esistenziale, mobilita tutte le risorse emotive della donna, riaccende i vecchi focolai depositati nell'inconscio della storia personale e porta la donna ai suoi estremi limiti sino a darle l'impressione di aver dato fondo a tutte le sue possibilità.

Questo momento coincide con la resa, rappresenta l'abbandono e le permette di fluire con le forti energie del suo corpo in azione.

L'abbandono rappresenta il superamento dei limiti personali, la trasformazione, porta alla progressione del parto, alla nascita e potenzia la forza personale della donna.

## 2.5: Le preziose risorse della donna:

### *- Il perineo:*

E' l'insieme dei muscoli che formano il piano che chiude inferiormente la cavità addominale e pelvica. Il perineo viene chiamato anche pavimento pelvico infatti sostiene gli organi interni: vescica, utero e retto.

Nella normalità, l'attivazione dei muscoli perineali garantisce una continenza urinaria e fecale adeguata, mantiene una qualità di vita sessuale soddisfacente, previene il prolasso genitale.

Il perineo è una parte centrale del corpo femminile, che ha una notevole responsabilità nella qualità di vita della donna.

Nonostante sia strettamente legato alla salute della donna, alla sua vita ginecologica, ostetrica, sociale, affettiva e sessuale, troppo spesso rimane una zona sconosciuta.

Oltre ad una funzione di sostegno degli organi e del bambino in utero, di contenimento e protezione, è legato alle principali funzioni neurovegetative: sessualità, riproduzione, evacuazione, respirazione ed è anche il luogo delle sensazioni ed emozioni più profonde della donna. La sua estrema sensibilità e la stretta connessione con l'inconscio, lo rendono dipendente dalla realtà sociale della donna.

La gravidanza, spesso, è l'occasione in cui si percepisce l'importanza del perineo in quanto si vede una finalità concreta, il parto.

La prevenzione dei danni perineali comincia con un'adeguata preparazione della donna fin dall'inizio della gravidanza.

Massaggiare regolarmente il perineo (l'area tra la vagina e l'ano) può aiutare a rendere i tessuti più flessibili ed elastici; in questo modo aumentano le probabilità che rimanga indenne.

Il primo passo è la presa di coscienza della muscolatura pelvica da parte della donna e successivamente si passa all'allenamento dei muscoli.

Il buon funzionamento di questa muscolatura non è dato solo dalla sua cedevolezza, ma anche da quella elasticità e tonicità, legata in parte agli ormoni, in parte all'allenamento, che permette a questi muscoli di tornare alla loro funzione di contenimento e chiusura.

La riabilitazione perineale post-partum è in grado di ripristinare la tonicità vaginale, ridurre la sensazione di lassità muscolare del perineo e attenuare le sequele sessuali, urinarie e fecali.

Un buon lavoro svolto già in gravidanza, facilita il ritorno dei muscoli perineali al giusto tono. Come per il perineo, anche le cicatrici post-episiotomia, ma anche post-lacerazioni, necessitano di cure per riprendere contatto con quella parte di sé e per rimettere in armonia il nostro corpo.

### *- La colonna vertebrale:*

La conquista della "stazione eretta", cioè la possibilità di stare in piedi e di camminare, è il primo carattere distintivo dell'evoluzione dell'uomo rispetto agli altri animali. Questo compito viene svolto soprattutto dalla schiena, in particolare dalla colonna vertebrale, una struttura complessa ed efficiente, ancorché delicata, che ha precise funzioni:

- consente la stabilità del corpo;
- sostiene la testa, le spalle e gli arti superiori;
- protegge il midollo spinale;
- favorisce la mobilità e gli spostamenti del tronco;
- funge da ammortizzatore, capace di assorbire carichi e forze grazie alla sua flessibilità ed elasticità;
- garantisce l'equilibrio durante la fase motoria.

La colonna vertebrale, detta anche rachide o spina dorsale, è una delle prime strutture che si formano a livello embrionale, è composta da 33-34 ossa, chiamate vertebre, che si articolano una sull'altra. Procedendo dall'alto in basso, si contano 7 vertebre cervicali, 12 toraciche (o dorsali), 5 lombari, 5 sacrali e 4-5 coccigee.

Le ultime 9, nell'adulto, sono fuse tra loro, mentre le altre 24 sono mobili e rese elastiche una con l'altra, grazie a particolari formazioni cartilaginee, chiamate dischi intervertebrali.

Contratture muscolari, tensioni, dolori più o meno intensi alla schiena e alle articolazioni, cedimenti improvvisi, fitte brevissime ma a volte anche molto violente: sono i sintomi più comuni che colpiscono circa la metà delle donne in gravidanza, specialmente dopo il quinto mese, quando il fisiologico aumento di peso costringe la colonna vertebrale ad un assetto diverso dal normale, sottoponendola ad uno sforzo continuo. Per far fronte al cambiamento del baricentro (causato appunto dall'aumento del peso della pancia) e ritrovare l'equilibrio, si accentua la curva fisiologica della lordosi, colpevole del mal di schiena che affligge gran parte delle donne durante la gravidanza.

Il pancione che cresce e la conseguente inefficienza della muscolatura addominale chiamano ad un lavoro durissimo i muscoli antigravitari della schiena e, sebbene nella maggior parte dei casi capiti che il dolore sia prevalente nell'area del bacino, può succedere che insorgano sciatalgie, ovvero che la sintomatologia dolorosa si irradia dalla schiena al gluteo, alla coscia ed alla gamba, a volte persino al piede. Saranno più colpite da tali fastidi le donne che ne avevano già sofferto in una precedente gestazione o che soffrono di mal di schiena indipendentemente della gravidanza: in questi casi, dunque, la prevenzione è ancora più importante. Potenziare i muscoli è il metodo più efficace per prevenire la sintomatologia dolorosa: possedere una muscolatura del tronco tonica ed elastica sarà fondamentale per aiutare la schiena a sostenere i cambiamenti che interessano il corpo durante la gestazione.

A tal fine è sempre bene tenersi in allenamento, ancor di più in previsione di una gravidanza. Yoga, pilates, ginnastica dolce e praticata in acqua sono le attività più indicate dopo il quinto mese. Oltre ad una costante e controllata attività fisica, è raccomandato l'utilizzo di scarpe comode, con tacco basso e ampio, quando si sta in piedi e il posizionamento di un cuscino dietro la schiena, di ausilio ai lombari, quando si trascorre molto tempo sedute.

A letto, sarà invece preferibile dormire sul fianco con le anche flesse.

- *Il bacino:*

Il bacino femminile, in genere più largo di quello maschile, è adatto alla maternità.

Cingolo osseo situato nella parte bassa dell'addome. È preposto al sostegno della colonna vertebrale e a esso si collegano gli arti inferiori (pervi).

Il bacino è formato da due ossa iliache che si articolano posteriormente, in modo rigido, con il sacro, a sua volta prolungato verso il basso dal coccige.

Le ossa iliache s'incurvano postero-anteriormente e si uniscono a formare la sinfisi pubica. I muscoli della parete addominale, i muscoli glutei, quelli della parte bassa della schiena e la maggior parte di quelli delle cosce originano dal bacino.

Nel feto, ogni osso iliaco si forma a partire dalla fusione di tre elementi: l'ileo (larga superficie piatta sormontata da un margine convesso, la cresta iliaca), l'ischio (che sopporta gran parte del peso del corpo in posizione seduta) e il pube (l'osso più piccolo del bacino).

Questi tre elementi si saldano nell'acetabolo, cavità emisferica in cui si articola la testa del femore a formare l'anca. Durante la gravidanza, le articolazioni sacroiliache e la sinfisi pubica perdono in parte la propria rigidità per azione degli ormoni, fenomeno che agevola il parto. La solidità del bacino è essenziale per permettere a questa struttura ossea di sopportare il peso del corpo durante la deambulazione.

Per venire alla luce il bambino deve passare attraverso la piccola pelvi, uno stretto canale osseo a forma di tronco di cono, le cui pareti sono costituite anteriormente dall'osso pubico, posteriormente dall'osso sacro e dal coccige, lateralmente dalle pareti delle ossa iliache.

Questo canale non è completamente rigido: durante la gravidanza, per effetto di un ormone: la relaxina; le articolazioni del bacino, e soprattutto la sinfisi pubica, subiscono un certo rilasciamento e possono dilatarsi leggermente.

Il passaggio da percorrere resta comunque molto stretto: l'ingresso superiore del piccolo bacino, chiamato stretto superiore, ha un diametro di circa 12,5 cm, mentre la parte media della pelvi, che è quella più ristretta, ha un diametro massimo di 11 cm. Anche sfruttando nel modo migliore lo spazio a disposizione, la differenza fra diametro della testa del neonato, che è 9,5 cm, e dimensioni del bacino materno, è talmente piccola da rendere il parto piuttosto difficoltoso.

È per questo che in gravidanza si cerca di misurare, le dimensioni del bacino materno: anche se nessuna misurazione è in grado di garantire che il bacino sia di dimensioni tali da permettere il passaggio del

neonato, al contrario, lo scoprire che il bacino è troppo piccolo per permettere un parto normale costituisce un'indicazione precisa per il taglio cesareo.

La presenza di viziature può essere sospettata in donne che abbiano subito fratture del bacino; inoltre la pelvi è piccola in donne di statura inferiore a 1,45m.

## 2.6 Il taglio cesareo:

E' importante parlare del taglio cesareo negli incontri di accompagnamento alla nascita, soprattutto in Italia, dove la percentuale nazionale dei cesarei è la più elevata in Europa (circa 39% nel 2010).

Il taglio cesareo è l'intervento operatorio che permette l'estrazione del feto attraverso un'apertura ottenuta chirurgicamente nella parete addominale e uterina. L'idea di estrarre il feto dal corpo della madre morente o appena morta nel corso del travaglio risale a tempi antichissimi.

Presso i Romani, la *Lex Caesarea* (da caedo = taglio) rendeva obbligatorio praticare quest'intervento su tutte le donne morte in travaglio di parto.

L'operazione ha preso il nome appunto da questa legge.

Praticare con successo il taglio cesareo su donne viventi era un'impresa disperata ancora nel secolo scorso. La frequenza del taglio cesareo nei paesi industrializzati ha da anni un andamento in ascesa.

In Italia il ricorso al taglio cesareo è in continuo aumento: è passato, infatti, dall'11% del 1980 al 38% del 2008. Questa percentuale supera di molto la soglia del 10-15% che, secondo la raccomandazione pubblicata nel 1985 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e il feto. L'Italia presenta a livello europeo 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, con valori tendenzialmente più bassi nell'Italia settentrionale e più alti nel meridione: si va dal 23% nella Provincia autonoma di Trento e in Friuli-Venezia Giulia al 62% in Campania.

Il ricorso al taglio cesareo può essere richiesto da indicazioni materne, fetali e degli annessi ovarici.

Il taglio cesareo è dunque una procedura chirurgica che salva la vita e migliora gli esiti materni e fetali in alcune condizioni cliniche ma non è priva di rischi per il bambino e la madre.

Il taglio cesareo programmato, in assenza di altre complicazioni, non deve essere effettuato prima della trentanovesima settimana per evitare rischi al bambino.

È preferibile un taglio cesareo programmato in queste situazioni:

- bimbo in posizione podalica al termine di gravidanza;
- placenta previa;
- mamma diabetica con un bimbo con peso stimato oltre i 4,5 kg;
- presenza di alcune patologie.

Tutti i tagli cesarei che non vengono programmati in anticipo ma che invece sono decisi al momento vengono detti cesarei d'urgenza.

Il cesareo d'urgenza si rende dunque necessario quando in gravidanza o durante il travaglio emergono gravi problemi di salute per la madre e per il bambino, come per esempio un distacco di placenta o una sofferenza fetale.

Può capitare infatti che nonostante la gravidanza si sia svolta nel migliore dei modi, la futura mamma debba affrontare un taglio cesareo non programmato.

La sentenza "facciamo il cesareo" può essere vissuta con sentimenti contrastanti dalla mamma.

Chi infatti spera di vivere il parto naturale, la scelta obbligata del cesareo potrebbe risultare dolorosa.

Esistono situazioni in cui il taglio cesareo d'urgenza non può essere evitato.

La causa più frequente di ricorso al TC d'urgenza è l'alterazione del battito cardiaco fetale.

In caso di sofferenza fetale il bimbo viene fatto nascere in pochi minuti.

Altra situazione che richiede il taglio cesareo d'urgenza è quando il travaglio non procede.

Emergenza c'è anche quando avviene il prolasso del funicolo (o cordone) ombelicale.

In questi casi si pratica per evitare lo schiacciamento del cordone e quindi l'interruzione dell'ossigenazione al bambino.

Altre situazioni di emergenza si verificano con il distacco della placenta o in caso di pre eclampsia. Il distacco di placenta può avvenire per un improvviso rialzo della pressione sanguigna, per una patologia immunitaria o senza motivi prevedibili: si prova un forte dolore, l'utero si contrae e iniziano le perdite di sangue.

E' necessario l'immediato intervento, le cui conseguenze dipendono dall'età gestazionale, Più avanti è la gravidanza meno rischi ci sono per il bambino.

Sicuramente è preferibile un parto naturale, senza grossi intoppi che si dirige tra una contrazione e l'altra verso il lieto evento.

Il cesareo d'urgenza è un imprevisto che però ci permette, fortunatamente, di raggiungere lo stesso obiettivo.

I tempi di recupero sono abbastanza veloci, non tanto diversi da quelli di un parto normale con episiotomia, e in genere dopo 3 giorni si va a casa.

## 2.7 Nascita e rinascita:

E' considerata nascita il momento in cui un essere vivente viene espulso dal corpo della madre.

Non c'è nulla di più bello al mondo della nascita di un bambino: un momento unico, emozionante, semplicemente indescrivibile.

Si è soliti dire che dare alla luce sia come un appuntamento al buio, al termine del quale la madre conosce quello che diverrà l'amore della sua vita.

Pochi atti sono altrettanto dolorosi, sacri e pieni di un'infinità di emozioni come il parto. Dare alla luce è un momento estremamente delicato, tanto per la madre quanto per il figlio.

Venire al mondo, dunque, deve divenire un delicatissimo atto di amore. Il processo del nascere, primo passo del cammino della vita, segnerà profondamente il "sè" ed i sentimenti, che accompagneranno il neonato nel corso di tutta la sua futura esistenza.

La donna "madre nascente" dovrà aprirsi ad un dialogo di sentimento con il "figlio nascente", dovrà avviare un profondo e delicato processo di trasformazione evolutiva della sua identità femminile: si tratta di confrontarsi con nuove parti di sè, rivisitare la relazione con la propria femminilità, e soprattutto ripercorrere la sua storia di figlia ed il rapporto con la propria madre. Nella madre nascente si farà sempre più presente la necessità di aprirsi alla comunicazione con il proprio bambino.

La fase del ritorno a casa con il bambino rappresenta la nascita reale della famiglia e si accompagna a cambiamenti nell'organizzazione della vita personale e di coppia.

La tematica del puerperio deve essere affrontata con particolare attenzione in quanto è un periodo del tutto particolare per la donna, pieno di novità, di gioia e di gratificazioni, ma è anche un impegno sia dal punto di vista fisico che emotivo.

Il puerperio è il periodo dopo il parto che dura 6-8 settimane, durante il quale il bambino vive le sue prime esperienze a contatto con l'ambiente esterno.

Questa fase è un momento di particolare vulnerabilità per l'immaginario che spesso si scontra con la realtà, per le sensazioni ed il timore di non riuscire a gestire adeguatamente le nuove richieste e il nuovo ruolo.

Si aprono temi densi di significato come quello del nutrire, del prendersi cura, della dipendenza di un individuo dall'altro e del come questa dipendenza viene vissuta, gestita.

Il Puerperio è anche il periodo dell'elaborazione del parto come esperienza gratificante o frustrante. I primi momenti dopo la nascita sono preziosi.

Le sensazioni ed i bisogni del bambino, della madre e del padre sono molto intensi, La madre ha l'urgenza di riprendersi fisicamente dalla fatica della gravidanza e del parto, sia vaginale che cesareo. Ha bisogno di recuperare riposando ed ha la necessità di capire i cambiamenti fisici dovuti al parto ed all'allattamento.

In questo periodo la mamma riprende progressivamente il suo stato pre-gravidico, l'utero subisce una involuzione che lo riporta alla normalità: si avranno inoltre delle perdite vaginali simili alle mestruazioni, costituite da sangue fino alla 4°-5° giornata, poi diventano più fluide fino alla 10°-15° giornata, per assumere infine un aspetto cremoso e biancastro, sono inodori e non devono essere accompagnate da febbre (in questo caso consultare il medico).

Per tutta la durata del puerperio saranno presenti contrazioni dell'utero dette "morsi uterini" soprattutto in concomitanza dell'allattamento, per la liberazione dell'ossitocina che in questo caso ha la duplice funzione di stimolazione della ghiandola mammaria e di normalizzazione dell'utero.



## 2.8 Allattamento e nutrimento affettivo:

L'allattamento è la norma biologica ed è il prolungamento simbiotico con la mamma. Le donne, in gravidanza esprimono il loro desiderio di allattare.

Il latte materno è la cosa migliore per il bambino, contiene non solo i nutrienti necessari per la sua crescita, ma anche anticorpi, ormoni materni, e sostanze in genere che lo fortificano e rendono il suo sistema immunitario pronto ad affrontare lo scambio, e qualche volta la battaglia, con il mondo esterno.

Fornisce al bambino uno straordinario cocktail di anticorpi e sostanze che rafforzano il suo sistema immunitario e contribuiscono allo sviluppo degli organi ancora immaturi come cervello, intestino e sistema nervoso, proteggendolo da varie malattie infettive. Diversi studi scientifici hanno dimostrato che il latte materno diminuisce il rischio di allergie e malattie allergiche; di gastroenteriti e malattie dell'apparato respiratorio; di diabete infantile di tipo 1 e 2; di ammalarsi di leucemia acuta e morte in culla, che può colpire i bambini nel primo anno di vita. L'allattamento al seno facilita lo sviluppo di un buon rapporto madre-bambino. Il latte materno viene prodotto grazie all'azione di numerosi ormoni che circolano nel corpo della donna durante la gravidanza, con intense variazioni in occasione del parto e quindi della nascita del bambino. Fra i tanti ormoni che influiscono sul processo della lattazione, i due principali sono la prolattina e l'ossitocina: la prima è responsabile della produzione del latte, la seconda invece della sua emissione. Già dal quinto mese di gravidanza il seno è pronto per la produzione del latte, durante l'ultimo periodo il seno può cominciare a produrre il colostro, una prima forma di latte molto nutriente e concentrata, assolutamente indispensabile per il neonato. Il colostro è un liquido di colore giallo trasparente che potrebbe fuoriuscire dal seno anche prima della nascita del bambino, con alcune gocce o più copiosamente. Questa eventualità non avviene in tutte le donne, e in ogni caso non ha nulla a che fare con la capacità di produrre il latte, che invece è una caratteristica comune a tutte le donne.

Il colostro è particolarmente ricco di anticorpi e cellule immunitarie (come i linfociti) che proteggono il neonato appena arrivato nel mondo esterno, in particolare con l'immunoglobulina di tipo A, e che rafforzano il suo sistema immunitario. Il primo consiglio da dare ad una mamma che allatta è quello di avere fiducia in una buona riuscita

dell'allattamento. La montata lattea compare dopo tre-cinque giorni in media (ma anche più tardi); le mammelle possono gonfiarsi, e in certi casi possono dolere. Il meccanismo alla base della montata lattea è l'aumento della prolattina. La produzione di latte si regolerà in base alle effettive necessità del neonato, seguendo la tipica legge della domanda e dell'offerta: più il bambino succhia e più il latte viene prodotto. Il neonato infatti tramite la suzione, dà vita ad un riflesso nervoso che assicura una continua e abbondante produzione di prolattina. Al contrario l'eccesso di accumulo nel seno inibirà la produzione di latte. È consigliabile trascorrere molte ore con il bambino, per comprendere e rispondere ai suoi bisogni, e accantonare per quanto possibile tutte le altre faccende, come i lavori di casa, gli impegni professionali e altro. Occorre tenere presente che ogni lattante ha esigenze particolari e che numero e ore dei pasti e durata delle poppate vanno adattati ad ogni singolo caso. I segnali di fame nel bambino sono molto evidenti, e compaiono prima del pianto (che è un segnale tardivo): in genere il neonato gira la testa, oppure si stiracchia, o apre le labbra tirando fuori la lingua in cerca del capezzolo.

Quando la madre riconosce questi segnali è opportuno che allatti il bambino.

Dal momento che non è possibile stabilire quanto latte assuma il bambino, è necessario usare strumenti alternativi per verificare l'adeguata alimentazione. L'aspetto del lattante, la quantità di urina emessa in un giorno, il comportamento tra un pasto e l'altro, possono indicare se si alimenta a sufficienza.

È stato dimostrato che l'allattamento è particolarmente vantaggioso anche per la madre, durante il periodo in cui una donna allatta il corpo della madre produce ormoni che favoriscono il rilassamento e la serenità, e che aumentano l'istinto materno e il legame affettivo con il bambino.

Nelle donne che allattano c'è una drastica riduzione dei casi di depressione post-parto. Inoltre un contatto precocissimo con il bambino (nei primi minuti dopo il parto) stimola la produzione di ossitocina grazie alla quale la contrazione dell'utero risulta più rapida. L'allattamento permette alla madre di consumare i grassi accumulati durante la gravidanza, propria in vista del periodo di allattamento, e di ritornare quindi facilmente al peso forma.

L'allattamento frequente ed esclusivo favorisce il ritardo del ritorno delle mestruazioni e permette al corpo della madre di aumentare le

proprie riserve di ferro, che in genere diminuiscono con le mestruazioni. Il bambino ha vissuto per nove mesi nell'utero materno, una volta nato ha estrema necessità di continuare a mantenere il contatto continuo con la madre, soddisfacendo i propri bisogni in modo immediato. L'allattamento risponde a questa esigenza. Le evidenze scientifiche ne confermano i benefici di salute, emozionali, sociali ed economici per il bambino e la madre sia a breve che a lungo termine.

## CAP. 3

### ATTIVITA' NEI CORSI PREPARTO:



I corsi preparto spesso comprendono diverse attività quali:

- Training Autogeno Respiratorio (RAT);
- Tecniche di respirazione e rilassamento;
- L'ipnosi;
- La preparazione in acqua;
- Lo yoga;
- Lo shiatsu;
- La riflessologia;
- Il suono e la musica;
- Movimento e danze libere.

### 3.1: Il training autogeno respiratorio:



Il Training autogeno (TA) venne sviluppato negli anni trenta da Johannes Heinrich Schultz, psichiatra tedesco. Il TA è una tecnica di autosuggestione e respirazione per alleviare la tensione fisica ed emotiva.

La mamma raggiunge il rilassamento completo concentrandosi sul calore e sul peso delle diverse parti del corpo.

L'atteggiamento psicologico di chi inizia il RAT comincia con la formula verbale *"io sono perfettamente calmo"* alla quale si deve arrivare ad aggiungere di *"fantasticare un'immagine di sè stessi immersi in una condizione di estrema calma"*.

Nel secondo esercizio si deve alimentare la "percezione a considerare il proprio corpo abbandonato" e esortandosi a pronunciare ripetutamente le seguenti formule:

- *Le mie braccia e le mie mani sono pesanti;*
- *Il mio corpo è pesante;*
- *Tutto il mio corpo è pesante, calmo, rilassato.*

Nel terzo esercizio devono essere ripetute le solite frasi associandovi una sensazione di calore (es. le mie braccia e le mie mani sono calde, ecc ...)

Nel quarto esercizio le formule che devono ricorrere sono:

- *"Il mio corpo si dilata e si contrare, ogni volta che si dilata e si contrae diventa sempre più plastico, più morbido, più flessibile"*

Nel quinto esercizio:

- *"Le braccia, le mani sono pesanti. Le gambe e i piedi sono pesanti. Tutto il corpo è pesante e rilassato. Sono rilassati i"*