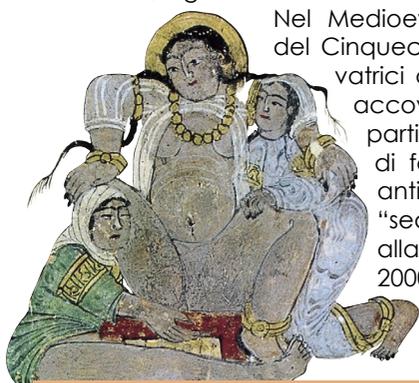


# Parto: la scelta della posizione

*La maggior parte delle culture nel mondo ha usato, o usa tuttora, posizioni diverse per il travaglio e il parto.*

Un'analisi storica dell'evoluzione delle posizioni materne durante il parto rivela che le posizioni supina (o litotomica, così chiamata perché usata in chirurgia per gli interventi di rimozione di calcoli dalla vescica urinaria) e semidistesa sono innovazioni che coincidono con la medicalizzazione della nascita. La maggior parte delle culture nel mondo ha usato, o usa tuttora, per il travaglio e il parto, posizioni diverse: eretta, seduta, accovacciata, inginocchiata.



**Iran:** Illustrazione tratta da un manoscritto iraniano del 1237 che raffigura un parto.

Nel Medioevo e fino al termine del Cinquecento, in Europa le levatrici assistevano partorienti accovacciate o sedute su particolari sgabelli a forma di ferro di cavallo (il più antico modello di questa "sedia da parto" risale alla cultura babilonese, 2000 a.C.). Le donne più ricche venivano assistite in posizione eretta o seduta, circondate

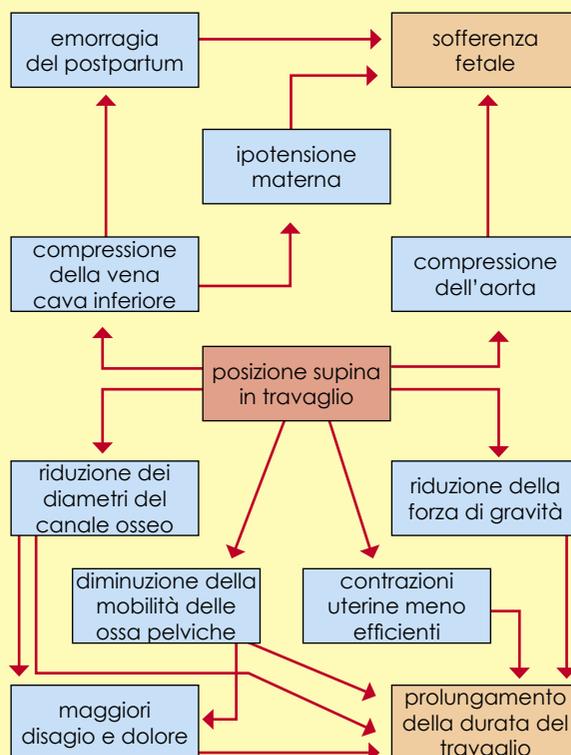
da ampi cuscini. Era pratica comune per le donne camminare durante il travaglio e continuare a lavorare in casa o nei campi spesso fino all'inizio del periodo espulsivo. Nel 1598 il barbiere-chirurgo Guiliemeau introdusse il "letto per il parto" allo scopo di facilitare il travaglio e fornire maggiore comodità alla donna nei travagli difficili o con gravi complicazioni. Cinquant'anni dopo, l'uso del letto e la posizione supina erano diventati la pratica comune sia per i parti normali che per quelli difficili. Dalla fine del XVII secolo, il travaglio e il parto a letto divennero usanza comune tranne che nelle campagne. La posizione litotomica fu introdotta definitivamente in ostetricia da alcuni urologi fra la seconda metà del Settecento e gli inizi dell'Ottocento. La posizione orizzontale si sostituisce a quella verticale per consentire all'esperto di intervenire sul perineo. L'impiego del forcipe, il ricorso all'anestesia e l'ospedalizzazione generalizzata (con tutti i rituali della clinica che ne sono parte costitutiva) consolidano e sanzionano definitivamente l'adozione della posizione supina. La posizione litotomica offrirebbe come vantaggi:

- la facilità di accesso al perineo;
- la facilità a mantenere la zona perineale in condizioni asettiche;

## LE POSIZIONI ERETTA E SUPINA A CONFRONTO

La posizione supina durante il periodo dilatante sembra avere effetti sfavorevoli tanto per la madre quanto per il feto. La diminuzione della pressione arteriosa femorale suggerisce che la posizione interferisce con l'afflusso ematico uterino, riducendolo. Inoltre l'intensità delle contrazioni uterine è ridotta: questo potrebbe compromettere il regolare progredire della dilatazione cervicale. In posizione eretta il travaglio è più breve e l'impiego di ossitocina e di analgesici sono ridotti. Non sembra che ci siano quindi validi motivi per incoraggiare la posizione supina durante il periodo dilatante. Sono disponibili numerosi studi clinici nei quali l'assunzione della posizione eretta durante il periodo espulsivo è stata confrontata con quella supina. Non è possibile definire vantaggi certi della posizione eretta rispetto a quella orizzontale: alcuni studi sembrano confermare

dei vantaggi (minor durata, minor incidenza di parti operativi, maggior tasso di perinei intatti), mentre altri non osservano differenze significative. Servono quindi ulteriori approfondimenti per definire e quantificare gli eventuali vantaggi. Quello che è certo è che l'assunzione di posizioni diverse da quella supina non comporta rischi per la madre e il feto. Per questi motivi non è giustificata una condotta ostetrica che imponga alla donna una posizione piuttosto che un'altra, negandole la possibilità di scelta. Al momento attuale l'unica forma di assistenza razionale è rappresentata da quella che consente alle donne di scegliere, in assoluta autonomia, la posizione che preferiscono. La pretesa di assicurare, con un modello di comportamento convenzionale o "alternativo", degli apprezzabili vantaggi, risulta, allo stato attuale delle conoscenze, arbitraria.



*Possibili effetti sfavorevoli della posizione supina. Le frecce non indicano un rapporto necessario di causa ed effetto, ma la possibilità che l'evento successivo abbia luogo.*

- la facilità di manovre di assistenza (l'ascolto del battito cardiaco fetale, eventuali interventi ostetrici). Si tratta effettivamente di vantaggi per l'operatore che però non prendono in considerazione l'interesse della donna che partorisce.

La posizione litotomica, proprio per la "facilità di accesso" che concede, ha piuttosto contribuito negli scorsi decenni a un inutile e dannoso incremento degli interventi sul perineo della partoriente, ed in particolare a un'impennata nell'uso dell'episiotomia. Poche, invece, sono le situazioni in cui effettivamente è necessario porre la donna in posizione litotomica per un intervento ostetrico a tutela della salute della madre e del bambino. Nelle situazioni di travaglio/parto fisiologici (e sono la maggior parte) non sono necessarie né la sterilità della zona né la protezione del perineo offerte da questo tipo di posizione. Cadono quindi le motivazioni con le quali, per secoli, si è costretto le donne a partorire in posizione obbligata.

Lasciate libere nella scelta, le donne in travaglio usano molto spesso posizioni verticali. Camminano, cambiano frequentemente posizione alla ricerca di una sintonia (intesa come "non opposizione") tra il ritmo interno della contrazione e la postura del corpo. Al dolore lombo-sacrale la donna risponde abbandonando il letto e scegliendo posizioni che allontanino la compressione dell'utero sulla colonna vertebrale, come la posizione carponi, quella in ginocchio, accovacciata, con inclinazione anteriore, o semplicemente si appoggia a un piano o al proprio compagno. La stessa posizione che ad alcune donne dà grande sollievo, per altre può essere del tutto inadeguata. Durante il periodo espulsivo,

in assenza di indicazioni direttive, spesso le donne spingono in posizioni verticali, soprattutto accovacciate, carponi, in piedi; talvolta scelgono posizioni asimmetriche che all'osservatore possono apparire strane e molto scomode.

Il nodo centrale di una diversa pratica ostetrica, maggiormente attenta ai bisogni della donna e della coppia, è rappresentato da una sostanziale modifica dell'atteggiamento degli operatori.

Accanto alla richiesta di sicurezza, molte altre domande vengono oggi poste dalle donne e dalle coppie che attendono un figlio. Prima su tutte, quella di rispetto per le componenti emozionali della nascita. L'unica risposta credibile a questa domanda consiste nella riduzione dell'interferenza medica non necessaria nella gravidanza e nel travaglio fisiologici.

Consentire e favorire la scelta di posizioni diverse da quella supina durante il travaglio e il parto può essere una tappa importante di questo percorso, a condizione che non divenga una nuova imprescindibile regola che l'istituzione impone per partorire meglio. L'operatore che segue la donna in travaglio può condizionarne e dirigerne le scelte, a volte con modi sottili e nascosti, offerti come forme di aiuto che tuttavia ricollocano l'espressione della donna nella direzione più utile a chi in quel momento l'assiste. Proprio per questi motivi l'uso di strumenti nuovi per il parto, come sedie e sgabelli ostetrici oggi molto diffusi in ambienti alternativi, o che si propongono come tali, non rappresenta di per sé un ampliamento delle possibilità offerte alla donna. Secondo l'uso che se ne fa, infatti, potrebbe rappresentare la proposizione di un nuovo modello, non diverso dai precedenti se rigido, direttivo e obbligato.

## PARTORIRE IN ACQUA

Sperimentato per la prima volta in Russia negli anni Sessanta, il parto in acqua è stato adottato ormai in molti altri Paesi. In Italia, oltre che essere sperimentato nei parti in casa (il più delle volte con piccole piscine gonfiabili) e in alcune cliniche private, è entrato a far parte del modo di partorire anche in strutture ospedaliere pubbliche. Di solito in acqua si svolge anche il travaglio. Il corpo della donna è immerso in una piccola piscina con acqua tiepida a circa 30 °C, che può accogliere anche il padre o chi la donna desidera avere accanto. La vasca da parto può svolgere un ruolo importante dal punto di vista sia psicologico che fisico. Laminore gravità aiuta a sostenere il peso del corpo permettendo alla donna di scegliere le posizioni che più le convengono. L'immersione nel liquido caldo durante il travaglio produce benefici effetti anche per quanto riguarda la sofferenza dovuta alle contrazioni. I motivi di questo effetto positivo non sono ancora del tutto chiariti. È probabile un effetto

"distrainente" del cervello dalle sensazioni dolorose determinato dallo stimolo tattile che l'acqua esercita sulla pelle di tutto il corpo. Un ruolo è poi certamente giocato dall'ammagior libertà di movimento che ha la donna in acqua, con la possibilità di modificare la posizione di travaglio. Le condizioni di salute del feto sono seguite con uno speciale rilevatore subacqueo del battito cardiaco, applicato al ventre della madre. Al momento del parto l'acqua viene portata alla temperatura del corpo materno. Appena nato il bambino rimane per qualche secondo sott'acqua, poi emerge e inizia a respirare. Gli studi svolti negli ultimi anni hanno evidenziato che questo modo di partorire offre alcuni vantaggi: riduce i danni al perineo (il rilassamento muscolare indotto dall'acqua fa diminuire il rischio di lacerazioni); sono ridotti i tempi del travaglio e c'è un minor bisogno

di ricorrere a tecniche farmacologiche di analgesia, come l'epidurale. Madre e bambino, nascendo col parto in acqua, non corrono alcun aumento di rischio di infezioni. Alcune donne preferiscono condurre in acqua solo il travaglio, per poi uscirne al momento del parto vero e proprio.

