

1985-1997: raccomandazioni O.M.S. e cambiamenti nella assistenza alla nascita

Testi di Beverley Chalmers, Vittorio Basevi, Gianfranco Gori,
Luigi Cerrone, Lesley Page, Roberto Fraioli, Anita L.Regalia,
A. Arreghini, G.V. Limonta Ghezzi, F.Pasta, A.Zanini,
Barbara Grandi, Pietro Lombardo, Tullia Todros,
Maria Antonietta Cau, Jeanne Weiss-Rouanet, Tiziana Landi.



Riunione Annuale 1997

Associazione ANDRIA: Coordinamento per la Promozione di una Assistenza Appropriata in Ginecologia e Ostetricia

Introduzione

Questo quaderno trae origine dalla Riunione annuale dell'Associazione ANDRIA 1997. "1985-1997: RACCOMANDAZIONI O.M.S. E CAMBIAMENTI NELLA ASSISTENZA ALLA NASCITA", questo il titolo dell'incontro, si è svolto a Firenze il 22 Novembre 1997 ed è stato il secondo incontro nazionale di questa associazione .

Che cosa è ANDRIA?

ANDRIA è una struttura permanente di confronto fra coloro che, a vario titolo interessati ad una modifica delle pratiche attinenti a gravidanza e nascita, desiderano innanzitutto partecipare ad una riflessione collettiva sul proprio operato. Per produrre nella realtà cambiamenti effettivi e profondi, coniugando la piena adesione al rigore delle evidenze scientifiche con il rispetto degli aspetti emozionali della nascita e dei bisogni di donne e bambini.

Presentazione

Sono trascorsi oltre 25 anni da quando, nel suo ormai storico testo, Archibald Cochrane (1972) scriveva che "All'aumento senza precedenti del numero e del costo delle innovazioni nell'assistenza al parto non è corrisposto... nessun tentativo di valutazione scientifica. L'assistenza medica alla donna gravida... consiste essenzialmente in una serie di metodi di dépistage che, per una curiosa combinazione, si sono sottratti alla valutazione critica rivelatasi tanto utile nelle altre discipline che impiegano metodi analoghi". Nel 1985, l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, al termine di un lavoro di ricerca e discussione durato 7 anni, pubblicò le sue 'Raccomandazioni sulla nascita'. In numerosi paesi europei quelle 'Raccomandazioni' hanno alimentato ed incoraggiato il movimento delle utenti e degli operatori nel loro impegno per la "Umanizzazione della nascita", La rivendicazione di servizi perinatali che considerino la nascita un evento personale, familiare e sociale piuttosto che esclusivamente medico ha, in numerose occasioni, generato un conflitto fra utenti ed operatori, da un lato, e società scientifiche e mondo accademico ed ospedaliero, dall'altro. Alla pubblicazione, nel 1989, della monumentale opera "Effective care in Pregnancy and Childbirth" di Chalmers, Enkin e Keirse ha fatto seguito "The Cochrane Pregnancy and Childbirth Group", una collaborazione internazionale che coinvolge studiosi di tutto il mondo e che prosegue il lavoro di revisione metanalitica della produzione scientifica. Attualmente queste informazioni sono disponibili come "The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database" e sono progressivamente aggiornate in "The Cochrane Library", utilizzabili su personal computer. Queste iniziative, unitamente allo sviluppo in questi ultimi anni di una nuova disciplina, la 'Evidence Based Medicine - EBM', sembrano fornire una possibilità di raccordo tra esigenze di umanizzazione e scientificità dei trattamenti medici, dal momento che l'umanizzazione degli interventi ostetrici è strettamente legata alla loro appropriatezza. Il terzo millennio che sta per iniziare può essere quindi occasione per il raggiungimento di un proficuo incontro tra queste diverse istanze.

Pietro Lombardo
Consiglio Direttivo
dell'Associazione ANDRIA

1985-1997:

LE RACCOMANDAZIONI O.M.S. 12 ANNI DOPO

Hot topics from W.H.O. recommendations towards the third millennium

Beverley Chalmers¹

In recent decades the extensive use of technology in maternal and child health care coupled with an increasing belief in the superiority of medicalized care during pregnancy, birth and the post-partum period has become a distinctive feature of industrialized countries. In contrast, randomized control trials have generally failed to substantiate this approach as routine practice. Nor have epidemiological data always confirmed the value of a medicalized, technological base for obstetric and neonatal care, with countries adhering to this model frequently reporting poorer maternal child health outcomes than other developed countries endorsing a less medicalized model.

For example, America has consistently continued to apply technology to birth with caesarean section rates reaching the mid twenty percents and remaining in this region with correlated high technological approaches to birth. In some South American regions the caesarean section rates have soared reaching levels of even 90%. Many European countries, including Italy have also retained a high technology approach. Outcome indicators do not always support this with significant maternal and infant health indicators in these countries not always supporting this approach. For example, USA maternal mortality runs at about 14/100 000, that of Italy at 12 /100 000 and that of Canada, with a generally lower rate of intervention at 4.5 / 100 000. The lifetime risk of maternal death in the USA is 1 in 3500, in Italy, 1 in 5300 and in Canada 1 in 7700. Scandinavian countries in general show a lower level of lifetime risk of maternal mortality ranging from 1 in 7300 (Norway), 6000 (Sweden) and 5800 (Denmark) with rates of 6-9 per 100 000 occurring

In 1985 the WHO published recommendations for obstetric care in The Lancet which suggested that such interventions as shaving, enemas, episiotomies, inductions, analgesia or anaesthesia, fetal monitoring other than by auscultation, supine delivery or lithotomy position, caesarean sections, leaving mothers alone during delivery, not involving mothers in their health care decisions, separating mothers and babies after delivery, not promoting

¹ PhD, Maternal Infant Reproductive Health Research Unit at The Centre for Research in Women's Health
University of Toronto, 790 Bay Street, Toronto, Ontario, M5G 1N8, Canada

breastfeeding and others should not be used routinely or in some instances at all. Some few years later these guidelines were confirmed by randomized control trials integrated into Effective Care in Pregnancy and Childbirth (1989) and later the Cochrane Collaboration databases with an almost one to one correlation (Chalmers, 1992). This again confirms that routine shaving, enemas, episiotomies, supine delivery, lack of a support person in labour, separation of mother and baby after delivery and many other fairly routinely applied technologies are not beneficial and may even be harmful. Yet many countries continue to use these interventions either frequently or routinely. Trends in effective care in pregnancy and childbirth continue to endorse the negative value of routine intervention in these processes. While all pregnancies should be watched vigilantly, none should be interfered with without medical justification.

If anything, movements worldwide, supported by WHO are towards lowering the rate of routine intervention and increasing the vigilance afforded all pregnancies. In addition, directions to be followed in this context involve more human monitoring of birth rather than technological assessment. It is preferable, for example to use auscultation with a fetal stethoscope rather than electronic fetal monitoring for healthy women: it is preferable to have one to one care with a supportive companion at delivery rather than to use electronic means of monitoring progress in labour. Appropriate rates of interventions are decreasing rather than increasing: for example WHO suggests that the necessary Caesarean section rate, considering both maternal and fetal outcomes is probably in the region of 5% in most facilities. In high risk referral centres this estimate might increase to about 15%. Higher caesarean section rates are probably indicative of inappropriate use of technology. (WHO Safe Motherhood Conference, Sri Lanka, October 1997)

Notwithstanding the above it is also clear, according to WHO, that previous estimates of 'risk' in pregnancy have proved extremely unreliable. Despite our long term use of classifications of women into high or low risk groups we remain unable to predict with any degree of accuracy who will develop complications of pregnancy and birth. WHO are now recommending abandoning the traditional risk assessment techniques or at least using them with skepticism. Rather they are advocating an approach of increased awareness for all pregnancies but without any unnecessary interventions being applied under the guise of 'preventative care'.

Finding the appropriate balance between effective use of technology as opposed to its routine use is a significant challenge facing the next decade of obstetric care

Unfortunately a similar model, of overmedicalization coupled with the application of technology whenever available or possible, has filtered through to developing countries so that the model of hospitalized birth, together with medicalized care, has become established as the gold standard to achieve. At last, however, we are questioning the efficacy of this approach: implementing it in practice does not always achieve the results hoped for or expected and alternatives have to be developed and sought.

Underlying this move towards medicalized care of pregnant women and their offspring, has been a pervading belief in the medical model as superior to the social model of health. Caring for the biological component of maternal and child health (through the specialized and usually technologically based methods available to us to do so) has been accompanied by neglect of the so called 'softer' sides of care: concern for the women and her feelings, hopes, wishes, expectations and needs. People have been neglected while their bodies have not. The

whole person as an emotional, thinking, spiritual as well as physiological being has been regarded piecemeal by the prevailing health care systems with the bulk of care being directed towards biological health and the remaining dimensions of our lives (cognitive, emotive and spiritual) being sadly neglected. The time is ripe, in fact over-ripe, to rectify this balance and to consider health care in the fullest sense. This is not a new idea: it is embodied in the WHO definition of health accepted in the WHO Constitution of 1948 and not even considered as news in medical and academic circles then. For whatever reason, we have paid lip service to this component of our health care service and rectifying this has become the challenge of the next decade as well.

What indications are there that this 'new' approach, of integrated medical and social models of care, will be any better than a high technology approach? Evidence in favour of this is emerging in many areas: studies of the value of supportive companions in labour have shown with remarkable strength, cross-cultural validity and consistency the power of this social intervention in reducing the negative outcomes of a technologized and medicalized birth setting; studies of the beneficial outcomes associated with midwifery care as compared to specialized obstetric care for healthy childbearing women, have been embarrassing for adherents to the medicalized birthing model; studies of the remarkable impact of skin-to-skin contact for neonatal intensive care newborns (amongst others) have revolutionized this hitherto unassailable bastion of high-tech care: the controversial findings of meta-analyses of randomized control trials on effective care in pregnancy and childbirth have stunned obstetric circles; and the growing re-birth of breastfeeding worldwide, driven by the WHO-UNICEF Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI), is restructuring maternity hospitals worldwide as well as reminding us that medicalization and technology has not always been in the best interests of either mothers or their babies.

If we acknowledge that we are unwittingly erring in our well meant attempts to offer medical care then a series of questions must be addressed by us before we embark on the next ten years of intervention. It is my hope that this presentation will begin to raise these questions and to provide challenges to us regarding our efforts which we must plan to consider and overcome before doing more harm than good in the future. As a start we need to think about:

- What is the real evidence for routine use of technology and medicalization in maternal and child health care? Can we adequately determine when technology is truly beneficial and when it leads to more harm than good? What do we need to institute to achieve this?
- Why have attempts to disseminate the knowledge regarding appropriate technology for pregnancy and birth, and to adopt these findings in practice, often resulted in marked resistance, or failed, in the past decade?
- Are we identifying and targeting the stakeholders (such as Industry) who might oppose change to a less technologized and medicalized model of maternity and child health care?
- Do existing systems of health care (including reimbursement packages, status structures in society) serve to perpetuate the status quo? and if so, how do we counter these?
- Is it acceptable to have, as exists in reality, a two tiered system of health care with regard to appropriate technology in birth (for developing and developed countries)? Should there be two models of ideal care in the two settings or one model for both? Is the problem to be addressed not only the strengthening of appropriate, acceptable and sustainable maternity and newborn care services and systems in developing countries but the appropriate application of medicalization and technology in developed countries as well?

As these often serve as the gold standard for development should we not be ensuring that the model they offer is a good one and a universal one in principle?

- Are academic institutes accepting and integrating the latest research findings so that at least the newer graduates of medicine, nursing, and midwifery as well as other health care providers, might hope to emerge with alternate ways of thinking
- What information is carried in medical, midwifery and nursing textbooks for example, regarding appropriate technology for pregnancy, birth and post-partum care? How is the time lag between research evidence reports and textbook inclusion affecting our efforts to disseminate newer ideas?
- Are our educational institutes structured in a way that facilitates the advocacy of both a medical and social model of obstetric and neonatal health care? How many medical schools teach social and cultural components of care as an integral component of medicine, obstetrics and neonatology and how many simply pay lip service to this?
- Is dissemination of information regarding appropriate technology in maternity and child health care through the traditional academic channels sufficient? They appear to be consistent in their failure to influence behaviour and medical care. How else are we going to effect change in care-givers practice? Should we be looking to social and psychological models of behaviour change rather than to cognitive models only?
- Are we addressing the issue of what constitutes skilled attendance at delivery, as advocated by the Safe Motherhood program of WHO in developing and developed countries adequately? Endorsing a model of midwifery care in developed countries in particular, and considering methods of cooperation between traditional birth attendants and professional care givers to ensure appropriate use of medicalization and technology for safe birth in developing countries requires sensitive consideration. Traditional birth attendants offer emotional and psychological support as well as spiritual protection. While their ability to care for the medical components of a complicated delivery is limited these other components of care cannot be ignored and could be combined with western trained midwifery or obstetrics in the care of women at birth. On the other hand, it may be argued that highly skilled obstetricians whose training is directed towards the care of obstetric complications may not be the ideal birth attendant for the health and normal delivery. Midwives or family physicians may be better attendants. We need to improve our efforts to achieve both these goals?
- Are we integrating women and their families in health care service decisions?, in education?, in research?, and in health promotion programs? If not, why not? and how can we change this?
- How well have we addressed issues of equity regarding access to appropriate medicalization and technology for birth? How do financial considerations, for example, influence who receives differing types of care? To what extent does remuneration of health care providers and or health care services influence the quality of care provided? Should there be greater awareness regarding such influences? Are there some models offering appropriate financing of health care systems available which do not negatively influence equal access to appropriate pregnancy and birth care or should we be seeking them?
- Who currently make decisions about appropriate technology and medicalization of birth and should these decision makers be expanded to include a wider range of representatives through consultation and collaboration?
- Are we integrating information into school curricula regarding safe motherhood and safe care both before and during pregnancy, birth and parenthood? What are we teaching our children and youth about medicalization and technological use regarding birth and babies?

- Are we working with the media sufficiently in our attempts to influence change regarding appropriate use of technology and medical services? For example, Madonna recently breastfed her baby: did we capitalize on this to promote breastfeeding among teenagers?
- Are international aid interventions consistent in the models which they advocate regarding appropriate use of technology and medicalization of birth or is conflicting evidence being brought to international communities by the many agencies advocating change?
- Should the UN Agencies address the issues of targeting Professional Associations and Educational Institutes regarding the adoption of appropriate technology for pregnancy and birth worldwide as well
- How are we monitoring the appropriate use of technology and medicalization of birth worldwide? Are the currently available indicators of health sufficient to assess the impact of this level of functioning or are alternative indicators needed to address this issue? How should we evaluate the appropriate use of technology worldwide?

Many of the above are controversial issues. Addressing them will be disturbing. But while caution, care and sensitivity will be required before acting on any of them, failure to consider them and to institute programs which might hope to resolve the problems inherent in them will constitute a significant error of omission. We owe it to women and babies worldwide to recognize our limitations and to work towards their resolution.

I hope that this presentation will offer an opportunity to raise these and other issues of concern to the success of obstetric care for the next decade, in both the industrialized and the developing world, with regard, at least, to the use of appropriate technology and overmedicalization in pregnancy, birth and newborn care.

TRADUZIONE

Negli ultimi decenni l'uso estensivo della tecnologia nella salute della madre e del bambino registra una crescente tendenza ad una medicalizzazione della gravidanza, della nascita e del periodo post-parto ed è divenuta una caratteristica distintiva delle nazioni industrializzate. In contrasto, controlli randomizzati si sono generalmente rilevati fallimentari allorché questa pratica viene utilizzata a modo di "routine".

L'adozione di una base tecnologica medicalizzata per la cura ostetrica e neonatale, anche se non vi sono dati epidemiologici già confermati, fa rilevare che nazioni più povere che presentano modelli meno medicalizzati forniscono cure alla madre ed al bambino più soddisfacenti.

Per esempio l'America ha continuato ad applicare la tecnologia alla Nascita con tassi di tagli cesari del 20% di media in ossequio ad un approccio più tecnologico.

In alcune regioni sudamericane i tassi di incidenza di tagli cesarei hanno toccato livelli anche del 90%. Molte nazioni europee, compresa l'Italia, hanno registrato un alto approccio tecnologico.

Gli indicatori che si rilevano non supportano sempre questa tendenza. Vi sono migliori indicatori di salute materna ed infantile in quelle nazioni che non affrontano sempre il

problema con questo tipo di approccio.

Per esempio, la mortalità materna negli Stati Uniti è di 14/100.000, mentre quella italiana è di 12/100.000 e quella del Canada, con un minore tasso di interventi, è del 4-5/100.000.

Il rischio di morte per la madre negli Stati Uniti è di 1/3.500, in Italia di 1/5.300 e in Canada di 1/7.700. Le nazioni scandinave in generale mostrano un livello più basso di rischio di mortalità materna, che si aggira su 1/7.300 in Norvegia, 1/6.000 in Svezia e di 1/5.800 in Danimarca, con tassi che vanno dal 6 al 9 per 100.000.

Nel 1985 l'OMS ha pubblicato raccomandazioni per la cura ostetrica su "The Lancet", che hanno suggerito che interventi come la rasatura, l'enteroclisma, l'episiotomia, l'induzione, l'analgesia e l'anestesia, il monitoraggio fetale che non sia l'ascultazione, il parto supino o la posizione di 'litotomia', gli interventi di Taglio Cesareo, il lasciare le madri sole durante il parto, senza coinvolgerle nelle decisioni riguardanti la loro salute, la separazione della mamma dal bambino dopo il parto, la mancata promozione dell'allattamento al seno ed altre cose, sono metodi che non avrebbero dovuto essere usati in modo abituale o, in certi casi, non si sarebbero dovuti adottare affatto.

Alcuni anni dopo queste linee-guida furono confermate da prove di controllo randomizzato, parte integrante into "Effective Care in Pregnancy and Childbirth (1989)" e più tardi nelle banche-dati dell'Istituto Cochrane con una correlazione di quasi uno a uno

(Chalmers, 1992). Questo conferma ancora che la rasatura di routine, i clisteri, le episiotomie, il parto in posizione supina, la mancanza di persone nel travaglio, la separazione della mamma dal bambino dopo il parto e molte altre pratiche abituali di tipo tecnologico non sono benefiche e possono essere dannose. Tuttavia molte nazioni continuano a ricorrere a questi interventi di frequente o di 'routine'. Le tendenze nella cura efficace ed efficiente della gravidanza e del parto, continuano a sanzionare il valore negativo degli interventi 'routinari' in questi processi. Mentre tutte le gravidanze dovrebbero essere controllate in modo vigile ed attento, nessuna dovrebbe subire interferenze senza una giustificazione medica.

Se non altro, movimenti a carattere mondiale sostenuti dall'OMS, tendono alla diminuzione dei tassi di intervento 'routinario' e all'aumento della vigilanza su tutte le gravidanze. Inoltre le disposizioni da seguire in questo contesto implicano un maggior monitoraggio umano anziché un'assistenza tecnologica nella nascita. E' preferibile, per esempio, impiegare l'auscultazione con lo stetoscopio fetale anziché il monitoraggio fetale elettronico per donne sane. E' preferibile avere un'assistenza "uno a uno" con una assistente di supporto anziché usare mezzi elettronici di monitoraggio per controllare il progresso nel travaglio. Livelli appropriati di intervento stanno diminuendo piuttosto che aumentare: per esempio l'OMS suggerisce che i livelli di tagli cesarei necessari, considerando gli esiti sia per la madre che per il bambino, sia probabilmente in ragione del 5 per cento nella maggioranza dei casi. In centri specialistici per casi ad alto rischio questa stima potrebbe crescere intorno al 15%. Quote più alte di cesarei indicano probabilmente un utilizzo inadeguato della tecnologia. (Conferenza dell'OMS sulla Maternità Sicura, Sri Lanka, Ottobre 1997).

Nonostante quanto sopra esposto, è anche chiaro, secondo l'OMS, che le precedenti stime di rischio nella gravidanza si sono mostrate estremamente inaffidabili.

Nonostante il nostro inveterato uso di classificazione in gruppi di donne ad alto rischio e gruppi di donne a basso rischio, rimaniamo nella impossibilità di predire con un certo grado di accuratezza chi svilupperà complicazioni nella gravidanza e nella nascita e chi no.

L'OMS sta ora raccomandando di abbandonare le tecniche tradizionali di accertamento riguardo ai rischi o, almeno, di usarle con un certo scetticismo. Piuttosto, si richiede un

approccio improntato a maggiore consapevolezza per tutte le gravidanze, ma senza interventi non necessari, spesso applicati a guisa di 'cure preventive'.

Il trovare il giusto equilibrio tra uso appropriato della tecnologia e un uso "routinario" della stessa, rappresenta una sfida significativa che il prossimo decennio di cure ostetriche dovrà affrontare.

Sfortunatamente il modello di "supermedicalizzazione", con l'utilizzo di tecnologie ogni qualvolta esse siano disponibili o possibili, è stato filtrato dai paesi in via di sviluppo, cosicché il modello della nascita ospedalizzata, insieme alle cure mediche, è divenuto un 'non plus ultra' da raggiungere.

Tuttavia, noi stiamo ragionando sulla validità di un simile approccio: lo sviluppo di questo sistema, in pratica, non sempre consente di raggiungere i risultati sperati o previsti e si devono ricercare e sviluppare delle alternative.

Sottolineando questa tendenza verso cure medicalizzate per le donne gravide e la loro prole, è stata opinione dominante che il modello medicalizzato fosse un modello superiore di salute sociale. Prendersi cura della componente biologica della salute della mamma e del bambino (attraverso i nostri metodi specializzati e solitamente basati sulla tecnologia da noi utilizzabili) è andato di pari passo con l'abbandono delle cosiddette cure 'leggere' cioè: riguardo per la donna ed i suoi sentimenti, speranze, desideri, aspettative e necessità.

Le persone sono state messe da parte, mentre i loro corpi non lo sono stati. L'intera persona come essere con emozioni, pensieri, stato psicologico e insieme spirituale sono stati considerati in modo frammentario visto il prevalere del sistema di cure sanitarie, la maggior parte di cure essendo dirette verso la salute biologica, mentre le restanti dimensioni della nostra esistenza (sfera cognitiva, emotiva e spirituale) sono state tristemente neglette. I tempi sono maturi, anzi più che maturi per correggere questo bilancio e per considerare la cura della salute nel suo senso più pieno. Questa non è una idea nuova: è contenuta nella definizione di salute dell'OMS accertata dalla Costituzione dell'OMS del 1948 e non è mai stata considerata come una novità anche nei circoli medici ed accademici. Per una qualche ragione abbiamo dato pieno consenso formale a questa componente del nostro servizio sanitario ed anche il fatto di correggerlo deve essere una sfida per il prossimo decennio.

Quali indicazioni ci sono che questo nuovo approccio di modelli sociali e medici di cura integrati siano qualcosa di meglio anziché un approccio altamente tecnologico? Si sono riscontrate evidenze in favore di questo in molti settori: si sono rivelati di una considerevole importanza studi sul valore di assistenti, di supporto nel travaglio. Studi interculturali danno validità ed assistenza al potere di questo intervento sociale per ridurre i risvolti negativi di un ambiente di nascita in un contesto medicalizzato e tecnologicizzato; studi sui positivi risultati associati alla cura della Ostetrica (o Levatrice tradizionale), paragonati a quelli di una ostetricia specializzata per donne sane partorienti, sono stati di imbarazzo per i sostenitori degli schemi della nascita medicalizzata: studi sulla notevole efficacia del contatto 'pelle a pelle' per neonati in una intensiva cura neonatale hanno rivoluzionato, tra gli altri, questo fin qui inaccessibile bastione della cura di alta tecnologia: i risultati controversi di meta-analisi di prove di controllo randomizzate sulla cura efficace nella gravidanza e nel parto hanno stupito gli ambienti ostetrici; l'allattamento al seno in aumento in tutto il mondo guidato dall'iniziativa dello "Ospedale amico dei bambini" dell'OMS e UNICEF a favore dell'infanzia sta ristrutturando gli Ospedali per la maternità in tutto il mondo ed inoltre ci rammenta che la medicalizzazione e la tecnologia non sono mai state di maggiore ausilio per le madri ed i loro bambini.

Se noi riconosciamo che stiamo sbagliando, senza volerlo, nei nostri tentativi miranti ad ottenere buoni risultati nell'offerta di cura medica, allora una serie di domande deve da noi essere rivolta prima che ci imbarchiamo negli interventi del prossimo decennio. E' mia speranza che questa relazione comincerà a suscitare interrogativi e ad offrirci sfide circa gli sforzi che noi dobbiamo progettare di considerare e superare prima di recare più danno che vantaggio in futuro.

Come partenza dobbiamo pensare a:

- Quale è la vera evidenza a favore dell'uso di routine della tecnologia e della medicalizzazione nella cura della madre e del bambino? Possiamo determinare adeguatamente i casi in cui la tecnologia è veramente benefica e quando essa porta più danno che vantaggio? Quale principio ci occorre seguire per raggiungere questo?
- Perché i tentativi di diffondere la conoscenza riguardo una appropriata tecnologia per la gravidanza e la nascita –e l'adozione in pratica di tali ritrovati - hanno spesso dato luogo a notevole resistenza o sono falliti nello scorso decennio?
- Stiamo noi identificando e prendendo di mira gli interessati –per esempio l'industria- che potrebbero opporsi al cambiamento verso una forma di cura della madre e del bambino meno tecnologizzata e medicalizzata?
- Gli esistenti sistemi sanitari (inclusi rimborsi, strutture statali, ecc.) servono a perpetuare lo status quo? E, in tal caso, come ci opponiamo?
- E' accettabile avere, come è nella realtà, un sistema posto su due livelli di cura della salute con riguardo ad una appropriata tecnologia della nascita per paesi sviluppati e paesi in via di sviluppo? Ci dovrebbero essere due modelli di cura ideale nei due contesti o un modello solo per entrambi? Il problema deve essere indirizzato non solo a rafforzare servizi e sistemi sanitari appropriati accettabili e sostenibili a favore della maternità e dell'infanzia in paesi in via di sviluppo e anche in quelli sviluppati con una appropriata applicazione della medicalizzazione e della tecnologia? Poiché questi spesso servono come modelli ottimali per lo sviluppo, non dovremmo assicurarci che il modello che essi offrono sia buono ed universale per principio?
- Le Istituzioni universitarie stanno accettando e integrando i più recenti ritrovati, così che almeno i più freschi laureati in medicina, pediatria e ostetricia, come pure altri addetti a provvedere alla salute possano sperare di laurearsi con nuovi modi di pensare?
- Quale informazione è portata dai testi di medicina, ostetricia e pediatria, per esempio, circa una appropriata tecnologia sanitaria per la gravidanza, il parto ed il post-parto? Quante scuole di medicina insegnano elementi sociali e culturali come componenti integrali della medicina, dell'ostetricia e della neonatologia e quanti lo fanno solo a parole?
- La diffusione dell'informazione circa una appropriata tecnologia nella salute della madre e del bambino, data attraverso i tradizionali canali accademici è sufficiente? Di quanto il ritardo tra la relazione della ricerca effettiva rispetto alla sua inclusione nei testi influisce sui nostri sforzi per diffondere idee più nuove?
- I nostri Istituti di istruzione sono strutturati in modo da facilitare la promozione sia dei moduli di cura medica che di quelli sociali nell'ostetricia e nella cura neonatale?
- E' sufficiente la diffusione di informazioni riguardanti una appropriata tecnologia nella cura della madre e del bambino attraverso i tradizionali canali accademici? Sembra che essi siano fermi nel loro non riuscire a influenzare comportamenti e cure mediche. Come altrimenti effettueremo cambiamenti nella pratica di coloro che prestano le cure? Dovremmo aspettarci che cambino i modelli sociali e psicologici di comportamento

- piuttosto che cambino solo quelli cognitivi?
- Stiamo indirizzando i problemi di quanto costituisce una qualificata assistenza al parto come raccomandato dal Programma dell'OMS per una Maternità Sicura in paesi in via di sviluppo e in quelli sviluppati, in maniera corretta? Sottoscrivere un modello di cura a livello di levatrice in paesi sviluppati in particolare e considerare metodi di cooperazione tra assistenti tradizionali alla nascita e fornitori di cure professionali per assicurare un appropriato utilizzo della medicalizzazione e della tecnologia per una nascita sicura in paesi in via di sviluppo, richiede considerazione e sensibilità. Coloro che assistono il parto in modo tradizionale offrono conforto emotivo e psicologico e protezione spirituale. Mentre la loro abilità nel prendersi cura delle componenti mediche di un parto complicato è limitata, queste altre componenti della assistenza non possono essere ignorate e potrebbero combinarsi con l'occidentale ben addestrata ostetricia nel curare le donne al parto. D'altra parte si può arguire che le ostetriche altamente qualificate, il cui tirocinio è indirizzato verso la cura delle complicazioni di ostetricia, possono non essere le ideali assistenti nei casi di pareti normali e sani. Levatrici o medici di famiglia possono essere migliori assistenti. Dobbiamo migliorare i nostri sforzi, per raggiungere entrambi questi scopi?
 - Stiamo mettendo le donne e le loro famiglie a parte delle decisioni riguardanti il servizio sanitario? L'istruzione? La ricerca? I programmi di promozione sanitaria? E, se non lo facciamo, perché e come possiamo cambiare questo?
 - Come abbiamo affrontato i problemi di equità circa l'accesso ad una appropriata medicalizzazione e tecnologia natale? Come possono le considerazioni finanziarie influenzare chi riceve diversi tipi di cure? In quale misura la ricompensa a chi offre cure sanitarie o servizi sanitari influenza la qualità delle cure prestate? Dovrebbe esserci maggiore consapevolezza circa tali influenze? Esistono modelli che offrono un appropriato finanziamento a sistemi sanitari che non influenzano negativamente un uguale accesso alla cura appropriata della gravidanza e della nascita oppure dovremmo cercarli?
 - Coloro che correntemente prendono decisioni su di una adeguata tecnologia e medicalizzazione della nascita dovrebbero comprendere un ambito più ampio di rappresentanti attraverso la consultazione e la collaborazione?
 - Stiamo integrando le informazioni nei programmi di studio su una maternità ed una cura sicura sia prima che durante la gravidanza, la nascita e la genitorialità? Cosa insegniamo ai nostri bambini ai giovani sull'impiego della medicalizzazione e della tecnologia riguardo la nascita ed i bambini?
 - Lavoriamo con mezzi di diffusione sufficientemente, nei nostri tentativi di influenzare cambiamenti riguardo un uso appropriato della tecnologia e dei servizi medici? Per esempio, Madonna di recente ha nutrito al seno la sua bambina: abbiamo messo in evidenza questo fatto per promuovere la nutrizione al seno fra i nostri giovani?
 - Gli interventi internazionali di aiuto sono costanti in questi schemi di promozione circa un appropriato uso della tecnologia e della medicalizzazione della nascita o l'evidenza conflittuale è portata di fronte alla comunità internazionale da molti enti che sollecitano il cambiamento?
 - Gli Enti delle Nazioni Unite dovrebbero indirizzare i risultati delle proposte delle Associazioni Professionali e degli Istituti di Istruzione riguardo l'adozione di appropriate tecnologie per la gravidanza e la nascita in tutto il mondo.
 - Come stiamo monitorando l'appropriato uso della tecnologia e della medicalizzazione della nascita in tutto il mondo? Sono gli indicatori della salute correntemente utilizzabili sufficienti ad accertare l'impatto di questo livello di funzionamento o sono necessari indicatori alternativi per indirizzare i risultati? Come dovremmo valutare l'appropriato uso

della tecnologia in tutto il mondo?

Molti problemi proposti sono controversi. Affrontarli sarà motivo di contrasto. Ma mentre cautela, cura e sensibilità saranno richiesti prima di agire in qualsiasi di tali problemi, il non considerarli e stabilire programmi che potrebbero sperare di risolvere i problemi ad essi inerenti, costituiranno un significativo errore di omissione. Di fronte alle donne e ai bambini di tutto il mondo abbiamo l'obbligo di riconoscere le nostre limitazioni e di lavorare verso la loro soluzione.

Spero che questo rapporto, offrirà l'opportunità di sollevare questi ed altri problemi di interesse per il successo della ostetricia per il prossimi decennio, sia nel mondo industriale che in quello in via di sviluppo, con riguardo, almeno, all'uso di un appropriata tecnologia e supermedicalizzazione nel trattamento della gravidanza, della nascita e dei genitori.

BIBLIOGRAFIA

Chalmers, B. Appropriate technology for birth revisited. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 1992, 79, 709-710

Chalmers, I., Enkin, M and Kierse, M. *Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford University Press, Oxford, 1989.

WHO. Appropriate technology for birth. *The Lancet*, August 24, 1985.

Attuazione in Italia delle *Raccomandazioni dell' O.M.S.* Dati disponibili e proposte per migliorare il sistema informativo sui dati perinatali.

Vittorio Basevi, Gianfranco Gori e Luigi Cerrone

1. Una delle citazioni maggiormente ricorrenti nella letteratura sulla qualità dell'assistenza è l'articolo in cui Richard Smith, direttore del *British Medical Journal*, ha fornito la stima approssimativa della proporzione di interventi medici fondati su solide prove di efficacia, valutandola attorno al 15% [1].

In numerose occasioni, agenzie internazionali, nazionali/regionali o istituzioni scientifiche hanno indicato quando e quali indagini diagnostiche, trattamenti medici o tecnologie risultino efficaci alla luce della valutazione scientifica, quando e quali risultino invece inefficaci o inappropriati, tracciando così le linee guida per una assistenza medica efficace.

Per migliorare la qualità dell'assistenza ostetrica, promuovendo gli interventi efficaci ed appropriati, nel 1985, l'Ufficio regionale per l'Europa dell'*Organizzazione mondiale della sanità* (OMS), al termine di un lavoro di ricerca e discussione durato 7 anni, pubblicò le sue "raccomandazioni" sulla nascita [2]. Alla stesura di queste raccomandazioni, accanto ai medici, parteciparono anche ostetriche, infermieri-e, epidemiologi, statistici, amministratori sanitari, sociologi, psicologi, antropologi, economisti ed utenti. La composizione di questo gruppo di studio, rappresentativo delle diverse professionalità e dei bisogni variamente coinvolti nell'assistenza alla gravidanza ed al parto, costituisce un valido modello di approccio comunitario ad un rilevante aspetto di salute pubblica.

Proprio la composizione interdisciplinare del gruppo di studio, che negli intenti avrebbe dovuto fornire una garanzia nei confronti dei rischi rappresentati dagli interessi settoriali e di ruolo, ha rappresentato invece il pretesto più utilizzato per invalidare il contenuto delle raccomandazioni dell'OMS. I detrattori del documento, infatti, hanno spesso rifiutato di applicare le raccomandazioni formulate dall'OMS sostenendo che esse non erano sostenute dall'evidenza scientifica, ma motivate dall'interesse di modificare il sistema sanitario di assistenza alla nascita. Per i detrattori, infatti, l'aver sottratto il compito di redarre le linee guida dell'assistenza ostetrica per il "nord del mondo" all'esclusiva responsabilità dei medici, estendendolo ad altre professionalità ed agli utenti dei servizi sanitari, ha prodotto un documento tanto meno vincolante quanto più fornisce indicazioni divergenti dalle pratiche prevalenti. Sarebbe anzi proprio il divario fra la pratica in atto e le raccomandazioni formulate dall'OMS la dimostrazione della non scientificità del documento dell'OMS.

2. La pubblicazione, alla fine degli anni ottanta, della monumentale opera di Chalmers, Enkin e Keirse *Effective care in pregnancy and childbirth* [3] fornisce una risposta esaustiva e,

speriamo, definitiva a queste osservazioni. Questo lavoro è stato definito dal *Medical Journal of Australia* il più importante libro apparso in ostetricia "da quando William Smellie scrisse nel lontano 1752 il 'Trattato sulla teoria e la pratica ostetrica". Ugualmente rilevante è stato giudicato dal *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. (Può essere interessante sapere che, invece, il *Journal of Obstetrics and Gynecology* lo ha recensito negativamente, rallegrandosi solo del fatto che "il prezzo dei due volumi fosse sufficientemente caro da impedire alla maggior parte dei giovani ginecologi di acquistarlo e farsi così troppe idee confuse".)

Il testo contiene la revisione metanalitica di *tutti* gli studi clinici randomizzati controllati (RCT), pubblicati e *non*, sull'uso della tecnologia nell'assistenza in gravidanza e perinatale. La tabella 1, da [4], illustra le raccomandazioni OMS e le confronta con le conclusioni del lavoro di Chalmers e coll. Come si può rilevare, le raccomandazioni dell'OMS sono in accordo con le evidenze desumibili dagli studi di epidemiologia clinica ostetrica. Gli aggiornamenti apparsi successivamente hanno sostanzialmente confermato le conclusioni di questo intervento, pubblicato da Beverly Chalmers nel 1992.

Attualmente, infatti, un gruppo collaborativo ("*The Cochrane pregnancy and childbirth group*"), composto da ricercatori di numerosi paesi, prosegue il lavoro di revisione metanalitica della produzione scientifica. Queste informazioni sono disponibili come "*The Cochrane pregnancy and childbirth database*" [5] e vengono progressivamente aggiornate in "*The Cochrane Library*" [6], utilizzabili su personal computer. "*The Cochrane Library*" viene aggiornato quattro volte l'anno ed è disponibile con un impegno economico modesto.

Nuovamente, nel 1996, sulla base delle reviews pubblicate in *Effective care in pregnancy and childbirth* ed in *The Cochrane pregnancy and childbirth database*, un *Technical working group* del *Maternal and newborn health/Safe motherhood unit* e *Family and reproductive health* dell'OMS ha pubblicato un report [7]. Questo documento identifica gli obiettivi dell'assistenza alla nascita fisiologica, indipendentemente dal paese o dalla regione geografica ed indipendentemente dalla sede, dalle caratteristiche o dal livello del luogo in cui avviene il parto. Il documento richiama esplicitamente le raccomandazioni del 1985, rilevando come numerose delle procedure giudicate per la loro frequenza inappropriata dal precedente rapporto vengano comunemente e ampiamente utilizzate, nonostante la crescente importanza attribuita alla cosiddetta *Medicina delle prove di efficacia (MePE)*. Il documento del 1996 riesamina, alla luce delle conoscenze attuali, il ruolo delle diverse procedure nell'assistenza al parto fisiologico. Viene definito normale il parto che "inizia spontaneamente, a basso rischio all'inizio del travaglio e che si mantiene tale per tutto il travaglio di parto. Il feto viene espulso spontaneamente, in presentazione di vertice, fra la 37.a e la 42.a settimana completa di età gestazionale. Dopo la nascita madre e figlio godono di buona salute. Inoltre, alcune di queste raccomandazioni si applicano anche all'assistenza di gravide ad alto rischio, dal momento che molte hanno un decorso normale del travaglio di parto." Lo scopo dell'assistenza nel parto fisiologico viene definito come "raggiungere l'obiettivo di madre e figlio in buona salute con il livello minore di intervento compatibile con la sicurezza. Questo approccio implica che nel parto fisiologico deve esistere una valida motivazione per interferire con la evoluzione naturale." Esaminando la questione del luogo dove partorire, il documento afferma che "una donna dovrebbe partorire in un luogo che le dia la sensazione di essere sicura ed *al livello più periferico nel quale sia possibile assicurare una assistenza appropriata e sicura*" (il corsivo è nostro). Il documento del 1996 riesamina, alla luce delle conoscenze attuali, il ruolo delle diverse procedure nell'assistenza al parto

fisiologico, distinguendole in quattro categorie in base alle loro appropriatezza, efficacia ed al loro rapporto rischio/beneficio. La categoria A include le procedure di provata efficacia e che dovrebbero essere promosse; la B le procedure per le quali esistono prove di rischio od inefficaci e che dovrebbero essere abbandonate; la C le procedure per le quali non esistono prove sufficienti a raccomandarle e che dovrebbero, quindi, essere utilizzate con cautela fino a quando ulteriori ricerche ne stabiliranno l'efficacia; la D le procedure che sono frequentemente utilizzate in maniera inappropriata.

3. L'evidenza desumibile dalla ricerca scientifica, tuttavia, nonostante risulti ampiamente disponibile e facilmente accessibile, trova ancora enormi difficoltà ad essere riconosciuta ed adottata.

In Italia nel 1987 e nel 1990 vennero svolte due indagini fra i responsabili delle cliniche ostetriche e ginecologiche, delle divisioni ospedaliere e delle case di cura dotate di strutture per l'assistenza alla nascita per valutare in che misura le diverse procedure di assistenza alla nascita fossero state conformate alle raccomandazioni dell'OMS [8].

Nel 1987 furono inviati 903 questionari e si ottennero 163 risposte, pari al 18.05%; nel 1990 furono inviati 876 questionari e si ottennero 146 risposte, pari al 16.67%.

Nel 1990 si registrarono tassi di induzione del travaglio superiori al 10% nel 56,8% degli ospedali; soltanto nel 25,3% degli istituti era consentito alla donna assumere qualsiasi posizione nel corso del travaglio; nel 58,3% degli ospedali i tassi di episiotomia risultavano superiori al 60%; nel 68,5% degli ospedali la frequenza degli interventi di taglio cesareo era superiore al 15%; il parto avveniva in posizione obbligatoriamente litotomica nell'86,3% dei casi; il rooming-in era attuato nel 28,7% degli ospedali.

Gli autori della ricerca conclusero che parziali modifiche dei comportamenti assistenziali in accordo con le raccomandazioni dell'OMS erano avvenute solo quando ciò non richiedeva una profonda implicazione culturale ed organizzativa (rooming-in, libertà di movimento, ad esempio); non fu possibile rilevare invece alcun adeguamento quando la richiesta non si allineava con gli interessi o con le convinzioni degli operatori (tasso di tagli cesarei, frequenza di induzione del travaglio, ecc.).

Nel 1991 venne condotto uno studio in tutte le 14 divisioni ostetriche in attività nel Friuli Venezia Giulia. Gli autori della ricerca inviarono a tutti i primari un questionario che, a distanza di un mese, compilarono personalmente nel corso di interviste dirette [9].

I risultati dello studio, illustrati in tabella 2, mostrano la frequenza elevata di ricorso a procedure assistenziali di non provata efficacia (clistere, tricotomia, posizione supina obbligata in travaglio, episiotomia). Nella regione considerata, quindi, le raccomandazioni dell'OMS ed i risultati della ricerca scientifica risultarono ampiamente disattesi.

4. L'aspetto probabilmente più rilevante, per il quale disponiamo di dati relativamente più recenti, raccolti da tutto il territorio nazionale ed elaborati centralmente, è rappresentato dalla frequenza con la quale si ricorre, in Italia, all'intervento di taglio cesareo (TC). Negli anni 1980-1994 si è assistito, in Italia, ad un costante incremento nel ricorso al TC, cresciuto dall'11,2% al 24.9% (percentuale di nati vivi da TC). I dati più recenti disponibili sulla frequenza di TC nel nostro paese, riferiti al 1994 e registrati per regione di nascita del

neonato, variano dal 17,2% di Friuli Venezia Giulia al 22,5% di Basilicata [Istituto Superiore di Sanità, non pubblicato].

Non sono disponibili strumenti di rilevazione in grado di stabilire la proporzione appropriata di TC. Esiste una marcata variabilità nel ricorso al TC fra diversi paesi, fra diverse aree geografiche all'interno dei medesimi paesi e fra ospedali di uguale livello all'interno della stessa area geografica, che non può essere spiegata con differenze di popolazione e suggerisce l'esistenza di incertezza all'interno della comunità ostetrica circa le indicazioni al taglio cesareo. Suggerisce inoltre che altri fattori (quali ad esempio il livello socioeconomico della donna, l'influenza per le denunce di malpractice, le aspettative della donna, la gestione pubblica, convenzionata o privata dell'ospedale) "possano talvolta avere più peso di fattori strettamente ostetrici nella decisione di ricorrere all'intervento" [10].

Il ricorso inappropriato all'intervento di TC comporta conseguenze di particolare rilievo: applicando un tasso di TC pari a 24.9, come quello registrato nel 1994, alla stima Istat di 530.488 nati vivi nel 1996, nel medesimo anno avremmo registrato circa 132.000 interventi di TC. Ipotizzando come corretto, secondo le raccomandazioni della OMS, un tasso di TC compreso fra 10 e 15%, nel 1996 in Italia fra 53.000 e 79.000 gravide avrebbero subito un intervento di TC ingiustificato.

Può essere utile ricordare come mortalità e morbosità materna e neonatale risultino superiori nell'intervento di TC, anche *elettivo*, rispetto al parto vaginale [11, 12, 13]. Nel 1991, inoltre, il costo per ogni punto in più di nascite con taglio cesareo rispetto al parto vaginale venne valutato in circa 5 miliardi di lire all'anno [14].

5. Esiste dunque un profondo divario fra le indicazioni contenute nelle raccomandazioni OMS, scaturite da studi di epidemiologia clinica, ed i comportamenti assistenziali adottati in gravidanza e durante il parto. In altra sede abbiamo cercato di individuare almeno alcune delle ragioni di questo divario [15]. In questa occasione prenderemo in considerazione una modalità attraverso la quale, in letteratura, si ipotizza la possibilità di modificare le pratiche cliniche, adeguandole alle prove di efficacia disponibili.

In un numero di *Milbank Quarterly* in buona parte dedicato a significato e potenzialità del progetto sotteso ad *Effective care in pregnancy and childbirth* Jonathan Lomas [16] ha scritto:

“Una rassegna della evoluzione delle modalità di trasferimento della ricerca nella pratica assistenziale clinica mostra due fasi distinte, ed una terza che comincia ad apparire all'orizzonte. All'inizio, il modello predominante è stato quello della *diffusione passiva*, con una lunga storia di - ed un assoluto rispetto per la - indipendenza del medico. Più recentemente ha fatto la sua comparsa un modello di *disseminazione attiva*, nel quale l'informazione viene sintetizzata ed attivamente trasmessa ai medici. Ultimamente, un terzo modello, *l'implementazione coordinata*, ha sottolineato la necessità non solo di disseminare, ma anche di monitorare e favorire l'utilizzo locale dell'informazione sintetizzata.”

(I corsivi sono nostri. Implementare deriva dal latino *implere*, adempiere, e significa rendere operante, attivo)

I modelli di diffusione passiva e di disseminazione attiva restano iscritti in un quadro tradizionale di formazione permanente ed aggiornamento professionale che non si è dimostrato efficace nel trasferimento dell'informazione scientifica. Il terzo modello, invece, considera l'informazione proveniente dalla ricerca scientifica come una merce e, quindi, si adopera a renderla accessibile al potenziale acquirente, il clinico. Ma l'informazione scientifica si trova, nel mercato, in competizione con altre fonti di informazione; quindi, oltre ad essere elaborata, sintetizzata e disseminata, deve anche essere compiutamente inserita in una rete ambientale in grado di influenzare positivamente il medico, spingendolo ad adottare i risultati della ricerca nella sua pratica clinica. Elementi costitutivi di questa rete sono i pazienti, individualmente ed attraverso le loro organizzazioni ed i loro movimenti; gli amministratori, soprattutto attraverso la destinazione delle risorse e la pubblicizzazione dei dati di cui dispongono; il potere politico e gli organismi governativi, con indirizzi di programmazione che privilegino modalità di assistenza di provata efficacia ed istituendo forme, anche economiche, di incentivazione; le associazioni professionali mediche, attraverso raccomandazioni e direttive.

6. Un intervento coordinato di agenzia pubblica, finalizzato alla promozione di un accesso più consapevole al consumo di prestazioni ed attuato attraverso un programma di promozione culturale (*empowerment*) dell'opinione pubblica in materia sanitaria, è quello realizzato dalla Sezione sanitaria del Dipartimento delle opere sociali del Canton Ticino nella prima metà degli anni ottanta. Questa agenzia, a partire dal 1982, ha studiato la frequenza di tutte le operazioni, in specie le più comuni, effettuate nel Cantone. Scopo della ricerca era di misurare l'incidenza della chirurgia sulla popolazione, di seguire negli anni l'evoluzione dell'attività chirurgica e di "pianificare, se necessario, interventi d'informazione pubblica allo scopo di migliorare sia la trasparenza di questo mercato dominato dall'offerta come pure l'adozione di un 'consenso cosciente' da parte della popolazione suscettibile di essere sottoposta ad interventi chirurgici di tipo elettivo" [17]. La ricerca evidenziò, fra l'altro, tassi di isterectomia in Canton Ticino in aumento e, nel 1982, doppi di quelli registrati nella regione inglese delle West Midlands, presa a confronto, e quattro volte superiori a quelli di 7 province del sud della Norvegia, con tassi territoriali all'interno del Cantone correlati con la densità di ginecologi e di letti operatori. Questi risultati furono largamente pubblicizzati dal febbraio all'ottobre 1984 dai quotidiani, dalla radio e dalla televisione della Svizzera Italiana, nella quale la diffusione di informazione e di notizie, in specie concernenti la realtà cantonale, ha un tasso di "penetrazione" tra i più alti del mondo. Dopo la diffusione di queste informazioni e durante gli anni 1984 e 1985 i tassi operatori per 100.000 donne diminuirono (- 25,8%) in modo statisticamente significativo, mentre nel Cantone Berna, la regione di controllo presa a confronto, dove nessuna informazione su questo tema era stata data all'opinione pubblica, i tassi annui d'isterectomia rimasero costanti (+ 1%). Nel medesimo periodo i tassi annui operatori per 100.000 donne di età compresa tra i 35 ed i 49 anni diminuirono del 33,2% ed il numero annuo di isterectomie per ginecologo diminuì del 33,3% (nel Cantone Berna, contemporaneamente, non si registrò nessuna diminuzione). La caduta del tasso operatorio iniziò due mesi dopo che l'informazione su questo tema fu data per la prima volta all'opinione pubblica del Cantone. Gli autori di questo studio concludono che "l'informazione pubblica sui tassi operatori indigeni e sulla necessità di sottoporsi a una certa procedura chirurgica elettiva è, da sola, suscettibile di modificare le pratiche e i comportamenti professionali e, di conseguenza, influenzare i tassi operatori".

Questo studio mostra come diffondere criticamente l'informazione fra il pubblico possa condurre, anche attraverso una azione di "disturbo" del tradizionale rapporto medico-paziente, a profonde modifiche delle pratiche mediche.

7. Informare il pubblico e rendere edotti gli amministratori sulle caratteristiche dell'assistenza offerta appare quindi, in determinate condizioni, un intervento efficace nel favorire la modificazione delle procedure mediche. E' possibile ipotizzare una funzione permanente di diffusione dei dati e di coinvolgimento, da versanti diversi, di politici, amministratori ed utenti nell'assistenza ostetrica?

Per diffondere le informazioni esistono sostanzialmente due diverse possibilità, che non si escludono vicendevolmente e possono anzi integrarsi reciprocamente.

7.1. La prima è rappresentata dalla pubblicizzazione dei dati di ogni punto nascita. Si dovrebbe cioè favorire o disporre come obbligatoria la pubblicazione, da parte di ogni singola unità operativa, di un *rapporto annuale* nel quale siano evidenziati le caratteristiche della popolazione assistita, le modalità del parto nei parti singoli e multipli, i risultati conseguiti distintamente nella assistenza alle gravidanze fisiologiche, alle donne in condizioni di rischio, ai precedenti TC, nelle induzioni del travaglio, i tassi di ricoveri neonatali e di mortalità perinatale. Anche il protocollo o le linee guida adottati dalla struttura dovrebbero venire esplicitamente descritti. Si tratta di una modalità ampiamente diffusa nelle istituzioni di altri paesi ed adottata anche in alcune realtà isolate italiane [18, 19, 20]. In altre situazioni sono stati le utenti stesse a raccogliere i dati, sintetizzandoli in pubblicazioni destinate ad essere distribuite, diffuse fra le donne per fornire loro uno strumento di scelta informata, quindi consapevole, quando – come in una grande città – esiste la possibilità di rivolgersi a strutture ospedaliere con caratteristiche non completamente sovrapponibili [21].

I dati elaborati rappresentano, da un lato, una sintesi destinata a soddisfare il legittimo diritto delle donne ad essere informate. Nello stesso tempo costituiscono materiale di discussione per gli incontri periodici di tutto il personale, una occasione importante di formazione ed aggiornamento permanente, oltre che sede di verifica interna della qualità dell'assistenza (audit) per i casi sentinella (mortalità perinatale ed asfissia neonatale) e per le gestioni cliniche considerate discutibili [18]. Il *report* costituisce inoltre un consistente strumento di confronto culturale con esperienze cliniche diverse.

7.2. L'altra via maestra per la diffusione dell'informazione potrebbe essere la organizzazione di un sistema regionale o, in sua assenza, centralizzato di raccolta ed elaborazione di dati perinatali.

Un sistema informativo sul fenomeno della natalità e della mortalità perinatale ed infantile in grado di elaborare tassi di mortalità rischio specifici ed in grado di provvedere al *linkage* individuale tra le informazioni relative alla nascita ed alla morte è possibile, come dimostra l'esperienza maturata, ad es., dall'Osservatorio epidemiologico regionale del Lazio, senza ricorrere a strumenti informativi sostanzialmente diversi da quelli attualmente ufficialmente disponibili [22]. Trattamenti meno elaborati dell'informazione sono stati effettuati, negli anni passati, dalle regioni Toscana, Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia [23].

La tab. 3 mostra come la maggior parte dei dati perinatali proposti come set minimo dalla *National Perinatal Epidemiology Unit* di Oxford possa essere desunta dal certificato di assistenza al parto (Cedap) e dalle schede ISTAT di morte nel primo anno di vita e come, per i dati mancanti, si possano prevedere modifiche ed integrazioni non impegnative od onerose.

[24]

Commento:

Non è questa la sede per indicare i singoli passaggi necessari alla organizzazione di un sistema informativo al livello prescelto, che abbiamo visto possibile ed in funzione in alcune realtà locali, quanto indicare le possibilità di utilizzo di tale sistema. La nostra proposta è la creazione di una Agenzia indipendente per la raccolta e la elaborazione dei dati perinatali, il monitoraggio delle caratteristiche dell'assistenza in gravidanza e neonatologica, la valutazione dell'appropriatezza e dell'efficacia dei trattamenti offerti, la valutazione dell'impiego di tecnologia, la elaborazione, la disseminazione, l'implementazione e l'aggiornamento di linee guida. Le esperienze di riferimento sono rappresentate da *Perinatal Epidemiology Unit* di Oxford (UK) e da *Maternal and Reproductive Research Unit* (Ontario, Canada), che sono sostanzialmente nuclei di valutazione su cui convergono utenti, ostetriche, ostetrici, epidemiologi ed amministratori e che sono finanziati con fondi provenienti dal Servizio sanitario nazionale. Questo tipo di finanziamento è molto importante perché rende i ricercatori di tali nuclei di valutazione indipendenti sia dal mondo accademico, più proiettato alla investigazione di fenomeni rari e, non di rado responsabile di distorsioni attribuibili alla *presunzione di competenza*, sia dagli interessi della industria, maggiormente proiettata a favorire un allargamento dei mercati piuttosto che a valutazioni oggettive di efficacia [25].

L'Agenzia indipendente raccoglie tutte le informazioni sui servizi di assistenza alla gravidanza ed all'infanzia del Paese. Ogni unità operativa presente viene codificata ed identificata, da un lato, mediante indicatori di qualità [26] (disponibilità, attività e confortevolezza) dell'assistenza ospedaliera: numero di letti per stanza di degenza, numero di bagni per stanza, numero di personale medico, ostetrico ed infermieristico presente per turno di lavoro, presenza od assenza di *rooming-in*, modalità di allattamento in puerperio, servizio di assistenza domiciliare in puerperio, esistenza di protocollo scritto di assistenza alla nascita. Dall'altro lato con indicatori di qualità (efficacia) dell'assistenza perinatale: tasso di natimortalità e mortalità perinatale ed infantile, tasso di nascita di feti attribuiti alle diverse classi di peso, tasso di parti operativi e cesarei, proporzione di interventi ostetrici praticati (uso di farmaci, utilizzo di ossitocici, induzione del travaglio, episiotomia, ecc.).

Il monitoraggio di questi indicatori costituisce la base informativa sulla quale le strutture periferiche o, quando non individuate, la struttura centrale, possono preparare una pubblicazione periodica con informazioni dettagliate sui diversi requisiti e sulle diverse pratiche dei reparti ostetrici, da diffondere fra gli operatori, gli utenti e gli amministratori. In questo modo le donne possono scegliere e gli operatori territoriali (consultoriali, distrettuali, delle associazioni, medici di base) possono indicare il luogo più opportuno nel quale recarsi per l'assistenza alla gravidanza ed al parto. Inoltre, indirettamente, il confronto fra le diverse strutture ospedaliere può influenzare gli amministratori (per gli aspetti gestionali e strutturali) e le équipes (per quelli professionali) a migliorare i propri standards di assistenza alla nascita.

La pubblicizzazione e la diffusione dei dati e la discussione che ne consegue necessitano del supporto dei media locali e regionali e della disponibilità delle sedi della comunità (distretto, sedi comunali) e degli operatori: medici specialisti, di base e di comunità, associazioni di utenti, associazioni di volontariato.

(Questo intervento riprende in parte, con profonde modifiche, un precedente articolo [15])

BIBLIOGRAFIA

1. Smith R. Where is the wisdom. The poverty of medical evidence. *Br Med J* 1991; 303:798-9.
2. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; ii:436-7.
3. Chalmers I, Enkin M, Keirse MJNC, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford: Oxford University Press; 1989.
4. Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99:709-710.
5. Enkin M, Keirse M, Renfrew M, Neilson J eds. *Pregnancy and childbirth module. Cochrane Database of Systematic Reviews*. Published through Cochrane updates on disk. Oxford: Update Software; Spring 1993.
6. *The Cochrane Library* [on CD-ROM]. London: Update Software; 1997.
7. WHO. *Care in normal birth: a practical guide*. Report of a Technical working group. Publication no. WHO/FRH/MSM/96.24. Geneva: The Organization; 1996.
8. Gori G, Stabile T, Scandellari E et al. Confronto fra due indagini condotte negli ospedali italiani nel 1987 e nel 1990 riguardo ai livelli di applicazione delle raccomandazioni OMS sulla nascita. In: Biscontin S, Righetti A, eds, *Per una ecologia della nascita*. Atti del convegno. Pordenone; 1991. p. 77-104.
9. Cerrone L, Biscontin S, Davanzo R. Indagine su procedure e pratiche ostetriche nel travaglio e parto fisiologici negli ospedali del Friuli - Venezia Giulia. In: Biscontin S, Righetti A, eds, *Per una ecologia della nascita*. Atti del convegno. Pordenone; 1991. p. 105-24.
10. Lomas J, Enkin M. Variations in operative delivery rates. In: Chalmers I et al eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Vol. 2. Oxford: Oxford University Press, 1989; p. 1182-1195.
11. Petitti DB. Maternal mortality and morbidity in cesarean section. *Clin Obstet Gynecol* 1985; 28:763-769.
12. Miller JM. Maternal and neonatal morbidity and mortality in cesarean section. *Obstet Gynecol Clin North America* 1988; 15:629-638.
13. Harper V, Hall M. Trends in caesarean section. *Current obstetrics and gynaecology* 1991; 1:158-165.
14. Fara GM, Signorelli C, Cottarussa MS. Uso e abuso di cesarei (Letter). *Il Medico d'Italia* 1993; 168:17.
15. Basevi V, Cerrone L, Gori G. Resistenze al cambiamento delle procedure mediche in ostetricia. Ruolo dei media e medicina di comunità. *Epid Prev* 1994; 18:194-199.
16. Lomas J. Retailing research: increasing the role of evidence in clinical services for childbirth. *The Milbank Quarterly* 1993; 71:439-475.
17. Domenighetti G, Luraschi P, Casabianca A et al. Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. *Lancet* 1988; ii:1470-1473. (Trad. it.: Misura dell'effetto dell'informazione al pubblico sui tassi di incidenza dell'isterectomia nel Cantone Ticino (1977-1986). *Epid Prev* 1993; 17: 145-152).
18. Regalia AL et al. *Attività di sala parto e assistenza neonatale. Rapporto annuale 1996 e Linee guida di assistenza. Ospedale S. Gerardo Monza*. Monza: Clinica ostetrica ginecologica, Istituto di scienze biomediche, Università degli studi di Milano, Divisione di patologia neonatale, Ospedale S. Gerardo Monza; 1997.

19. Meregalli V, Colombo P. *Assistenza al travaglio e parto. Rapporto annuale 1993*. Dipartimento materno infantile. Verano Brianza: Ospedale di Carate Brianza; 1994.
20. Ospedale S.Chiera, Trento. *Consuntivi e contingenza*. Available from URL: <http://doit.it/Partosoft/stat/mainstat.htm>.
21. Unione Donne Italiane. *Nascere far nascere. Indagine sulla assistenza al parto negli ospedali di Genova*. S.Martino di Sarsina (Fo): Macro edizioni; 1994.
22. Bertollini R. Organizzazione di un sistema informativo a livello di USL e di Regione. In: Società Italiana di Pediatria. *Guida alla raccolta e alla elaborazione di dati perinatali*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1987; p. 45-57.
23. Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia. Direzione Regionale della Sanità. Il parto cesareo in Friuli Venezia Giulia. *Fogli di informazione sui servizi sanitari*1995; 1.
24. Casadei AM. Dati ed informazioni da utilizzare in prima istanza. In: Società Italiana di Pediatria. *Guida alla raccolta e alla elaborazione di dati perinatali*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 1987; p. 39-43.
25. Gori G. In: *La nascita. Luoghi comuni, luoghi obbligati, prospettive. Atti del convegno, Roma 23.01.97*. Roma, 1997; p. 21-30.
26. Morosini PL. Indicatori di qualità. *Epid prev* 1983; 19-20:101-111.

Changing Childbirth

Lesley Page²

Introduction

Colleagues, ladies and gentlemen. I am honoured and delighted to be invited to address your meeting. The mission of your Association 'to disseminate the knowledge of an evidence based obstetrics and gynaecology' is very close to my heart, and has been an interest of mine for many years. Today I should like to talk about evidence based maternity care in the context of the changes which are happening in Britain. These changes are based on the policy document Changing Childbirth. Changing Childbirth, published by the Department of Health in England in 1993 called for a fundamental reform of the maternity services. This change was to encompass 'a set of universal standards that all woman want from their maternity care. They want a service that is flexible and responsive to their individual needs, which acknowledges the role of their partners and which communicates effectively. They want improved information that allows them to make informed choices. Above all, women and their partners want a service that is respectful, personalised and kind, which gives them control and makes them feel comfortable in the sense of being at ease in the environment of childbirth and having confidence in their care'(1).

The ideas and principles of Changing Childbirth have a universal appeal, and carry a resonance for people in all parts of the world. The idea that maternity services should provide care which is women centred, - concentrating on meeting the needs of the women for whom the service is intended- is a simple one, but difficult to put into practice.

It requires change in the culture of care, and change in the structure of care. Today, after I have explored some of the main principles of Changing Childbirth I will describe briefly the

² The Centre for Midwifery Practice, The Wolfson Institute of Health Sciences
Thames Valley University, Queen Charlotte's Hospital
Goldhawk Rd., London W 6 OXG

development and evaluation of One-to-One Midwifery Practice, which was implemented to put the principles of Changing Childbirth into practice. This project has been highly successful, One-to-One Midwifery is a practical form of care, which we hope will be replicated in other places. Then finally, I shall talk about the way such a model helps bring evidence into practice. To put it into a nutshell, my paper will revolve around a trusting relationship between parents and professionals as a foundation for well informed decisions about care.

Changing Childbirth

Principles of Good Maternity Care

Changing Childbirth is based on three fundamental principles:

1. *The woman must be the focus of maternity care. She should be able to feel that she is in control of what is happening to her and able to make decisions about her care, based on her needs, having discussed matters fully with the professionals involved.*
2. *Maternity services must be readily and easily accessible to all. They should be sensitive to the needs of the local population and based primarily in the community.*
3. *Women should be involved in the monitoring and planning of maternity services to ensure that they are responsive to the needs of a changing society. In addition care should be effective and resources used efficiently. (page no 8).*

These principles, of woman centred care, inform the organisational aims and indicators of success which are very explicit in the report. There is not enough time to list all these aims for change, but the indicators of success give an idea of the kind of practical changes involved in 'Changing Childbirth'.

They are as follows:

Within 5 years

1. All women should be entitled to carry their own notes.
2. Every woman should know one midwife who ensures continuity of her midwifery care - the names midwife.
3. At least 30% of women should have the midwife as the lead professional.
4. Every woman should know the lead professional who has a key role in the planning and provision of her care.
5. At least 75% of women should know the person who cares for them during their delivery.
6. Midwives should have direct access to some beds in all maternity units.
7. At least 30% of women delivered in a maternity unit should be admitted under the management of the midwife.

8. The total number of antenatal visits for women with uncomplicated pregnancies should have been reviewed in the light of the available evidence and the RCOG guidelines.
9. All front line ambulances should have a paramedic able to support the midwife who needs to transfer a woman to hospital in an emergency.
10. All women should have access to information about the services available in their locality. You will see from this that the need to utilise the skills of midwives fully is an important part of the changes proposed.

The social nature of pregnancy and birth

Changing Childbirth arose from a country which, to all intents and purposes, has successful maternity services. The perinatal mortality rate is low and constantly decreasing. British Midwifery enjoys the reputation of being a world leader. The discontent, of the public and professionals alike, which led to the House of Commons Select Committee Report on the Maternity Services (2). and then Changing Childbirth (1). might seem paradoxical. Yet, the apparent success of the maternity services has been bought at a price. Maternity Services have become highly centralised in acute care hospitals, intervention rates are high, technology is used routinely, liberally and without discrimination. Care has become highly fragmented. Birth has become a medical event, without recognition of the complex nature and processes of pregnancy and giving birth. Being born and giving birth, becoming mother and father, is one of the most dramatic and powerful transitions of human life. It is a critical sensitive transition, a time in which the future life of the family can be affected powerfully, for better or for worse, by the care provided. The forward to Changing Childbirth gives a sense of this transition as the journey of pregnancy and birth, and recognises the need to take a long term view of the health and happiness of the baby and family in these words:

'Pregnancy is a long and very special journey for a woman. It is a journey of dramatic physical, psychological and social change; of becoming a mother, of redefining family relationships and taking on the long term responsibility for caring and cherishing the new born child. Generations of women have travelled the same route, but each journey is unique.'

Maternity services should support the mother, her baby and her family during the journey with a view to their short term safety but also their long term well being. They should help women to enjoy pregnancy and childbirth as positive life enhancing experiences. No-one has a greater interest in a healthy baby and a happy outcome than the pregnant woman herself, and the Expert Group believes the care should be planned and provided not only around her, but more importantly in partnership with her.'
(1. page 11-111).

Woman Centred Care- the One-to-One relationship.

No one model of care was seen as right for implementing the principles of Changing Childbirth in practice. In fact a number of different organisations of care have been tried in all parts of the United Kingdom. However a number of characteristics are crucial to such a change. These are: a shift of care to the community, the full use of midwives skills, having

midwives who are attached to individual women rather than wards and departments, and the provision of good information and involvement of women in discussions about their care.

The One-to-One Midwifery Project (3). was set up with these principles in mind. The One-to-One organisation is a very simple one. Each woman has a named midwife who is responsible for her and provides most of her care. The midwife meets the woman in her own home to get to know her and take her history. After that antenatal visits are undertaken mainly at home, and sometimes in the hospital or surgery. The midwife is on call for labour and birth, and visits the mother and baby in hospital and at home in the early days of life.

Each midwife works with a partner, so that she can take time off. The midwife partners are arranged in groups and each group is expected to undertake peer review of practice, so that they are encouraged to develop professionally. Each midwife takes care of 40 women and families each year. The project started in November 1993 and cares for 800 families a year.

We undertook a comparative study of 1400 women to evaluate the effects of One-to-One Practice. This was a very comprehensive evaluation, and I can only give a summary of the findings here. The full report is available for those who wish to consider the results more carefully.

- Women's responses to their care

Continuity of care was a high priority with women in both groups
Women in the One-to-One group had more positive responses to care, the experience of pregnancy and birth, and were more confident about mothering.
The majority of women had a midwife they knew well for labour and birth, in most cases this was the named midwife.

- Clinical standards

There was no reduction in clinical standards in the new service

- Clinical outcomes

There was a statistically significant reduction in the use of analgesia and epidurals, and in episiotomies in the One-to-One group. There was a higher rate of intact perineums.

- Use of economic resources

The use of resources was not increased in the One-to-One Group.

- Midwives responses

Midwives express intense satisfaction with this form of practice and would not want to return to conventional, ward based practice.

Involving women in making decisions about their care

Providing care in this One-to-One relationship makes it much easier to put into practice the principles of evidence based care. Sackett and others (4) describe the process of evidence based care as one in which four sources of information are taken into account in making decisions. These are:

- The values of the client
- The clinical history and the clinical examination
- Evidence or information
- The context of care

My interest in evidence based care arose when I worked in this way in Canada. Because of my commitment to, and sense of loyalty to individuals I was caring for, I became more intensely concerned with making sure their care was effective and appropriate for them as individuals. The publication of *Effective Care in Pregnancy and Childbirth* (5), and later the *Cochrane Library*(6) and the *MIDIRS informed choice leaflets* (7) were like a godsend, and saved many hours in the library(8).

Working with the mother and her family through the whole experience of pregnancy and birth makes the process of involving women in decisions about their care far easier. It becomes possible when working in this way to discuss issues over time, at the right time, and in the right place, which is often the woman's own home. It becomes possible to provide information and give time for it to be digested. It is also far easier in this situation, for the woman to ask questions. The situations faced by doctors and midwives in the maternity services are not easy, and decisions can often be very complex (ref). Having a known and trusted carer, a friend in the system who is available throughout the process enables appropriate decisions to be made (9).

There is a backlash against evidence based care (10). Yet it seems to me that the key to a healthy future is in a maternity service where women and professionals know and trust each other, in which they discuss decisions about care on the basis of their personal situation and the evidence. Evidence based care is an essential aspect of our covenant with families to give them the best possible start in life. A start which protects not only their physical health, but also their personal and family integrity, and happiness.

Thank you for listening.

TRADUZIONE

Introduzione

Colleghi, Signore e Signori,
sono onorata e contenta di essere stata invitata a parlare nel vostro convegno. La missione della vostra Associazione riguardo alla disseminazione di una "Ostetricia e Ginecologia" basata sulle prove scientifiche è molto vicina al mio sentire ed è stato anche uno dei miei interessi per molti anni.

Oggi dovrei parlarvi della assistenza alla Maternità basata sulle prove nel contesto dei cambiamenti che stanno avvenendo in Gran Bretagna. Questi cambiamenti sono basati sulle scelte "politiche" sancite dal documento Changing Childbirth.

Changing Childbirth, pubblicato dal Dipartimento di Sanità in Inghilterra nel 1993 impegnava tutti ad una fondamentale riforma dei servizi di Maternità. Questo cambiamento doveva partire dall'individuazione di standard universali, che tutte le donne vogliono trovare nell'assistenza alla maternità. Vogliono un servizio che sia flessibile e risponda ai loro diversi bisogni individuali.

Vogliono una migliore informazione che permetta loro di fare scelte informate. Soprattutto le donne ed i loro compagni vogliono un servizio che sia rispettoso, personalizzato e gentile, che dia a loro il controllo e che le faccia sentire a loro agio nell'ambiente della nascita, rafforzando la loro fiducia.

Le idee ed i principi della Changing Childbirth esercitano un'attrazione universale e possono avere risonanza in tutte le parti del mondo. L'idea che i servizi di Maternità dovrebbero essere basati sulla donna, impegnandosi a soddisfare i suoi bisogni, è una idea semplice, ma difficile da mettere in pratica richiedendo un cambiamento di cultura dell'assistenza e di struttura. Oggi, avendo io approfondito alcuni dei principali principi della Changing Childbirth, descriverò lo sviluppo del programma "Pratica ostetrica 1-1 (One to one - Una per una)", che ha permesso di realizzare nella pratica i principi della Changing Childbirth. Il progetto ha avuto un grande successo.

Si tratta di una forma praticabile, che speriamo possa essere replicata in altri paesi. Poi parlerò di come tale modello aiuti a mettere in pratica l'evidenza scientifica. Per essere più precisa parlerò della relazione di fiducia fra genitori e professionisti, che è fondamentale per poter fare delle scelte ben informate riguardo all'assistenza.

Changing Childbirth.

Principi di buona assistenza alla Maternità.

Tre sono i principi fondamentali:

1. La donna deve essere al centro dell'assistenza. Dovrebbe sentire di avere il controllo degli avvenimenti che le succedono, dovrebbe sentirsi in grado di prendere decisioni, basate sui suoi bisogni, avendo discusso ogni cosa con i professionisti coinvolti.

2. I servizi di Maternità devono essere prontamente e facilmente accessibili a tutti. Dovrebbero essere sensibili ai bisogni della popolazione locale e basati prioritariamente nella comunità (sul territorio).

3. Le donne dovrebbero essere coinvolte nel monitoraggio e nella programmazione dei servizi sanitari per assicurarsi che rispondano ai bisogni di una società che cambia. Inoltre l'assistenza dovrebbe essere efficace e le risorse dovrebbero essere usate con efficienza.

Da questi principi discendono gli obiettivi organizzativi e gli indicatori di successo che sono molto espliciti nel rapporto. Non c'è tempo sufficiente per elencare tutti gli obiettivi di cambiamento, ma gli indicatori di successo danno un'idea dei cambiamenti pratici che la Changing Childbirth comporta. Sono i seguenti:

1. Tutte le donne hanno il diritto di tenere e presentare le proprie note con le proprie preferenze.

2. Ogni donna dovrebbe conoscere un'ostetrica, che sia in grado di garantire la continuità della sua assistenza.
3. Almeno il 30% delle donne dovrebbe avere un'ostetrica come professionista principale per la sua assistenza.
4. Ogni donna dovrebbe disporre di un professionista principale che abbia un ruolo chiave nel programmare l'assistenza.
5. Almeno il 75% delle donne dovrebbe conoscere per tempo la persona che la assisterà durante il parto.
6. Le ostetriche dovrebbero avere l'accesso diretto ad alcuni letti nei reparti di maternità.
7. Almeno il 30% delle donne che partoriscono nelle maternità dovrebbero essere ricoverate e gestite dall'ostetrica.
8. Il numero totale di visite prenatali per donne con gravidanza fisiologica dovrebbe essere vagliato alla luce delle evidenze disponibili e delle linee guida del RCOG (Royal College of Obstetrics and Gynecology).
9. Tutte le ambulanze per l'emergenza dovrebbero avere personale paramedico in grado di supportare l'ostetrica che ha bisogno di trasferire la donna in ospedale.
10. Tutte le donne dovrebbero avere accesso alle informazioni sui servizi disponibili nella loro zona.

Potete notare da questi punti che la necessità di utilizzare pienamente le doti dell'ostetrica è una parte importante del cambiamento proposto.

La natura sociale della gravidanza e del parto

Il documento Changing Childbirth ha avuto origine in un paese, che sotto tutti i punti di vista ha servizi apprezzati di maternità. Il tasso di mortalità perinatale è basso e cala costantemente. L'assistenza ostetrica britannica è ritenuta la migliore al mondo. Perciò lo scontento del pubblico e dei professionisti, che ha provocato prima il Rapporto della apposita Commissione Parlamentare (2)

e poi la Changing Childbirth, può sembrare paradossale. Eppure per l'apparente successo dei servizi per la maternità si è dovuto pagare un prezzo. I servizi di maternità sono stati molto centralizzati in ospedali per acuti, i tassi degli interventi sono alti, la tecnologia è usata di routine, senza freno e senza discriminazione. L'assistenza è diventata molto frammentata. La nascita è diventata un evento medico, senza che venga riconosciuta la natura complessa della gravidanza e del parto. Nascere e partorire, diventare madri e padri, sono eventi drammatici e potenti che cambiano la vita. E' una transizione critica e delicata, un momento in cui la vita futura di una famiglia può essere influenzata in bene o in male dall'assistenza ricevuta.

Il seguito della Changing Childbirth dà il senso di questo cambiamento, riconoscendo il bisogno di guardare lontano alla salute ed alla felicità del bambino e della famiglia:

“La gravidanza è un viaggio lungo e speciale per la donna. E' un viaggio che comporta un

cambiamento fisico, psicologico e sociale; per diventare madre, per ridefinire le relazioni familiari e per prendersi per un lungo tempo la responsabilità di aver cura e di amare il bambino. Generazioni di donne hanno fatto la stessa strada, ma ogni viaggio è unico.

I servizi di maternità dovrebbero dare supporto alla madre, al suo bambino ed alla sua famiglia guardando alla sicurezza, ma anche al loro benessere futuro. Dovrebbero aiutare le donne a vivere la gravidanza ed il parto come positive esperienze di crescita. Nessuno ha più interesse della donna stessa ad avere un bambino sano ed un felice esito, ed il Gruppo di Esperti ha scritto e crede che l'assistenza dovrebbe essere programmata e praticata non solo per lei, ma soprattutto con la sua partecipazione.”

(1. pagine 11-111)

Ci possono essere diversi modelli di assistenza per mettere in pratica i principi della Changing Childbirth. In effetti diversi tipi di organizzazione sono stati provati in varie parti della Gran Bretagna. Tuttavia alcune caratteristiche sono cruciali per ottenere il cambiamento auspicato. Queste sono:

uno spostamento dell'assistenza verso la comunità (il territorio),
la piena utilizzazione dell'abilità delle ostetriche,
che le ostetriche siano dedite alle singole donne piuttosto che alle corsie od ai reparti,
che si informino bene le donne, coinvolgendole nella discussione sul tipo di assistenza.

Il progetto “Una per una” fu pensato ed organizzato in base a questi principi. L'organizzazione è molto semplice. Ogni donna ha una ostetrica nominata per lei, che si occupa di lei. L'ostetrica incontra la donna a casa sua per conoscerla e per raccogliere la sua storia. Dopo di ciò le visite prenatali vengono fatte più spesso a casa, e talvolta in ospedale od in ambulatorio. L'ostetrica è reperibile per il travaglio ed il parto, e fa visita alla madre ed al bambino in ospedale ed a casa nei primi giorni di vita.

Ogni ostetrica lavora con una collega per poter avere del tempo libero. Le colleghe-partner sono organizzate in gruppi ed ogni gruppo si incontra per rivedere la pratica e migliorando insieme la propria professionalità. Ogni ostetrica si prende cura di 40 donne (e famiglie) ogni anno. Il progetto è partito nel Novembre del 1993 e si occupa di 800 famiglie all'anno.

Abbiamo intrapreso uno studio comparativo di 1400 donne per valutare gli effetti della pratica “Una per una”. E' stata una valutazione molto approfondita e posso dare qui solo un breve resoconto dei risultati. Il rapporto completo è disponibile per chi vorrà valutare i risultati più attentamente.

Le risposte delle donne al tipo di assistenza

La continuità dell'assistenza era tenuta in grande conto in entrambe i gruppi di donne. Ma il gruppo di donne con assistenza “Una per una” ha dato risposte più positive essendo più soddisfatte dell'assistenza stessa oltre che dell'esperienza della gravidanza e del parto; inoltre erano più sicure di saper fare le madri. La maggior parte delle donne ebbero durante il travaglio ed il parto l'assistenza di una ostetrica che bene conoscevano e che spesso era l'ostetrica nominata per loro.

Standard clinici

Non c'è stata riduzione degli standard clinici con il nuovo servizio

Esiti clinici

Ci fu una riduzione statisticamente significativa dell'uso di analgesia e di epidurali, e di episiotomie nel gruppo "Una per una". Ci fu un tasso più elevato di perineei integri.

Uso di risorse economiche

I costi non furono maggiori nel gruppo "Una per una"

Le risposte delle ostetriche

Le ostetriche esprimono una intensa soddisfazione con questo tipo di pratica e non vogliono tornare alla pratica convenzionale, basata sul lavoro in corsia.

Coinvolgere le donne nelle decisioni che le riguardano

Prestare assistenza con una relazione "Una per una" facilita molto l'applicazione dei principi dell'assistenza basata sulle prove. Sackett e altri hanno detto che per prendere decisioni corrette bisogna tener conto di quattro fonti di informazione:

I valori dell'utente

La storia clinica e l'esame clinico

Le prove scientifiche e l'informazione disponibile

Il contesto dell'assistenza

Il mio interesse nella assistenza basata sulle prove è nato da quando ho lavorato in questo modo in Canada. Proprio partendo dalla mia dedizione e dal senso di lealtà che mi legavano alle persone ho voluto essere sempre più certa che l'assistenza fosse efficace ed appropriata a loro come individui. La pubblicazione di "Effective Care in Pregnancy and Childbirth (5), e poi la Cochrane Library (6) ed i dépliant di MIDIRS sulle scelte informate (7) furono come una benedizione e mi fecero risparmiare del tempo che avrei dovuto trascorrere nella libreria (8).

Lavorare con la madre e con la sua famiglia in tutto l'arco dell'esperienza della gravidanza e del parto rende molto più facile prendere decisioni per la sua assistenza. In questo modo diventa possibile discutere le cose con calma, al momento giusto e nel posto giusto, che spesso è la sua stessa casa. Diventa così possibile dare informazioni e dare il tempo per digerirle. E' inoltre molto più facile per la donna fare domande. Le situazioni affrontate dai medici e dalle ostetriche nei servizi di maternità non sono facili e le decisioni possono essere spesso molto complesse (ref). Avendo a disposizione una operatrice conosciuta e di fiducia durante tutta l'esperienza si possono prendere decisioni appropriate.

C'è una reazione contro la assistenza basata sulle prove (10). Eppure mi sembra che per favorire la salute nel futuro si debba partire da servizi per la maternità dove donne e professionisti si conoscano e si fidino gli uni degli altri, in cui discutano e prendano le decisioni sulla base della loro personale situazione e delle prove.

L'assistenza basata sulle prove é un aspetto essenziale del nostro patto con le famiglie per dare loro la migliore partenza per le vita futura. Un inizio in grado di proteggere non solo la salute fisica, ma anche la loro integrità personale e familiare, e la felicità

BIBLIOGRAFIA

1. Cumberlege J. Changing Childbirth. The Report of the Expert Maternity Group. London: HMSO; 1993.
2. Winterton N. Second Report on the Maternity Services by the Health Services Select Committee. London: HMSO; 1992.
3. McCourt C, Page L. Report on the Evaluation of One-to-One Midwifery. London: Centre for Midwifery Practice, Thames Valley University; 1996.
4. Sackett D J, Rosenberg W M C, Gray J A M, Haynes R B, Richardson S S. Evidence Based Medicine: What it is and What it isn't. British Medical Journal 1996; (312):71-72.
5. Chalmers I, Enkin M, Kierse J N C. Effective Care in Pregnancy and Childbirth. Oxford: Oxford University Press, 1989.
6. Cochrane Library. Oxford: Update Software; 1996
7. MIDIRS and the NHS Centre for Reviews and Dissemination. Informed Choice Leaflets. Bristol: MIDIRS; 1997.
8. Page LA. Evidence based maternity care: science and sensitivity in practice. The National Childbirth Trust Journal 1997.
9. Page LA, Phillips J, Drife, J O. Changing Childbirth: Changing Clinical Decisions. British Journal of Midwifery 1997; 5(4):203-6.
10. Page LA. The Backlash Against Evidence-Based Care. Birth 1996; 23(4).

**IL FASCINO DISCRETO DELLA TECNOLOGIA.
TENDENZE DILAGANTI IN
TRAVAGLIO:
ParteA - L'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO
CON GEL DI
PROSTAGLANDINE**

L'uso delle prostaglandine: indicazioni, benefici,rischi.

A.L.Regalia, A. Arreghini, G.V. Limonta Ghezzi, F.Pasta, A.Zanini

La decisione di porre fine alla gravidanza è una delle vie più drastiche per intervenire sulla storia naturale della stessa. Le motivazioni di questa scelta possono essere vitali per la madre o per il feto, come essere semplicemente "di comodo", funzionali cioè all'organizzazione sanitaria nel suo complesso, o ad un suo componente in particolare (vuoi medico o ostetrica).

L'uso dell'induzione del travaglio di parto, come molte altre procedure ostetriche, ha subito variazioni notevoli nel tempo e nello stesso periodo nei luoghi. A metà degli anni '70, ad esempio, la percentuale di induzione variava dal 10% in Norvegia al 40% in Inghilterra; all'interno della stessa Inghilterra le percentuali regionali variavano dal 20 al 50%. Globalmente nei Paesi industrializzati la scelta di indurre il travaglio ha subito un notevole incremento alla fine degli anni '60 fino a metà degli anni '70, è stata sottoposta ad una revisione critica e si è drasticamente abbassata negli anni '80, sta di nuovo incrementando negli anni '90 con il diffondersi dell'uso delle prostaglandine.

Rivisitando la letteratura medica si nota una netta differenza tra il decennio degli anni '70 e il decennio attuale sugli articoli pubblicati sul metodo dell'induzione: considerando l'ossitocina negli anni '70 e le prostaglandine negli anni '90 come i farmaci "indicatori" dell'induzione si

ritrovano pochi studi per ottimizzare tempi e dosi dell'uso dell'ossitocina negli anni '70, molti studi clinici controllati sull'uso delle prostaglandine (>50). Peraltro, viceversa, in entrambi i periodi pochi sono gli studi che valutano la validità della scelta di per sé di interrompere la gravidanza e l'appropriatezza delle indicazioni.

Nella mia relazione farò quindi riferimento alle conoscenze attuali relative alle prostaglandine e alle conoscenze attuali relative alle indicazioni all'induzione, nelle quali le prostaglandine giocano una parte considerevole.

Le ricerche sulle Prostaglandine.

I numerosi studi pubblicati sono di piccole dimensioni e differiscono al loro interno per la formulazione del farmaco utilizzato, i dosaggi impiegati, la modalità di somministrazione (Tab. 1), gli intervalli tra somministrazioni, le caratteristiche delle pazienti arruolate, gli indicatori di successo utilizzati (Tab. 2).

Tab. 1 - INDUZIONE CON PROSTAGLANDINE VS OSSITOCINA

Modalità di somministrazione confrontate nei trials

CON AMNIORESSI	SENZA AMNIORESSI
PgE2 e.v. vs ox e.v.	PgE2 ev vs ox e.v.
PgE2 per os vs ox e.v.	PgF2α e.v. vs ox e.v.
PgE2 per os vs ox per os	PgE2 per os vs ox e.v.
Pg F2α vaginale vs ox e.v.	PgE2 per os vs ox per os
	PgE2 endocervicale vs ox e.v.
	PgE2 vaginale vs ox per via nasale
	PgE2 vaginale vs ox e.v.

Tab. 2- INDICATORI DI SUCCESSO UTILIZZATI NELLE RICERCHE SULLE PG

- Intervallo di tempo tra induzione e inizio dell'attività contrattile
 - Intervallo di tempo tra induzione e parto
 - Attivazione del travaglio durante la maturazione
 - Frequenza fallimento dell'induzione
 - Frequenza parti operativi
 - Outcome neonatale
(Apgar a 1 e 5 minuti, necessità di rianimazione neonatale, necessità di ricovero nella patologia intensiva, comparsa di convulsioni neonatali) *
- Gli outcome neonatali sono riportati in pochi trials e non sono mai stati considerati principali indicatori di successo

Avendo a disposizione studi poco numerosi e con una tale eterogeneità di modalità di somministrazione utilizzate e/o di indicatori di successo individuati è evidente come sia abbastanza difficile trarre delle raccomandazioni sufficientemente validate sul loro impiego. Si può comunque ragionevolmente affermare che allo stato attuale delle conoscenze esiste una buona evidenza che l'utilizzo delle Prostaglandine a condizioni cervicali sfavorevoli, cioè

con punteggio di Bishop <4, riduca l'incidenza di parti operativi. I dati sono invece insufficienti per valutare il beneficio di questa metodica di induzione sul neonato.

A condizioni cervicali sfavorevoli non esiste evidenza su quale sia la modalità di somministrazione migliore tra via endocervicale e via vaginale in funzione della parità e dell'indicazione all'induzione.

Nei confronti dell'ossitocina le prostaglandine sembrano ridurre l'incidenza di parto operativo e aumentare la probabilità che il parto si concluda per via vaginale entro tempi ragionevoli dall'inizio dell'induzione. Questo secondo effetto potrebbe dipendere dall'aumentata mobilità della donna che la somministrazione vaginale o cervicale delle prostaglandine favorisce rispetto all'uso dell'ossitocina per via endovenosa.

La Consensus Conference italiana.

Nell'aprile del 1996 un gruppo di lavoro di esperti italiani sull'argomento hanno stilato delle raccomandazioni sull'impiego delle prostaglandine, vie di somministrazione, dosaggi e intervalli tra le somministrazioni e indicazioni.

Viene suggerito di utilizzare la dose di 0,5 mg di PGE₂ per la via intracervicale, riservando questa via alle donne con un punteggio di Bishop <5, il dosaggio di 1 o 2 mg per la via vaginale. Questi dosaggi possono essere ripetuti dopo 6-12 ore in funzione delle variazioni del punteggio di Bishop ottenuto, e/o in funzione delle caratteristiche dell'attività contrattile provocata. In caso di rottura pretravaglio delle membrane, in attesa di studi clinici controllati, si consiglia di utilizzare, se il punteggio di Bishop è <8, solo la metodica intravaginale.

Sulle indicazioni si afferma che "le indicazioni alla maturazione cervicale e all'induzione del travaglio di parto comprendono tutte quelle situazioni in cui l'ostetrico per cause materne e/o condizioni fetali si trova nella necessità di indurre il travaglio e in cui il parto per via vaginale non è controindicato e/o pericoloso". Le principali indicazioni sono riportate nella Tabella 3.

Tab. 3- INDICAZIONI ALL'USO DELL'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

(Consensus Conference 1996)

- Gravidanza oltre il termine (> 41 settimane)
- Oligoidramnios (AFI < 6 cm o falda max < 3 cm)
- Ipertensione indotta dalla gravidanza, preeclampsia o ipertensione cronica
- Difetto di crescita intrauterino con l'esclusione dei casi con flusso diastolico assente o reverse
- Colestasi
- Diabete gestazionale o preesistente alla gravidanza

Sono oggetto di studio l'impiego delle prostaglandine nella rottura pretravaglio delle membrane e nelle donne precesarizzate.

Si può osservare come se da una parte vengono individuate delle condizioni ostetriche specifiche di rischio, dall'altra sono lasciate sufficientemente generiche le definizioni del rischio stesso, consentendo quindi un ampio margine di applicazione ai singoli Centri.

Infatti se l'oligoidramnios ha una definizione precisa (prescindendo dalla variabilità di lettura della stessa immagine ecografica tra diversi operatori), nella categoria "ipertensione indotta dalla gravidanza" non ulteriormente specificata possono confluire situazioni cliniche che variano dall'occasionale riscontro a termine di una pressione arteriosa di 140/90 (evento

molto frequente, tanto che da alcuni autori viene considerato parafisiologico) a situazioni in cui la pressione ha invece stabilmente dei valori $\geq 150/100$. Così pure nella categoria del "difetto di crescita intrauterino" possono essere rappresentate situazioni che variano da modeste deflessioni della crescita fetale a termine con peso neonatale $>2800g$ a difetti di crescita più severi.

Dal gruppo di esperti non è quindi stata effettuata un'operazione di definizione più accurata di quali siano le condizioni che richiedono l'interruzione della gravidanza, ma si sono volutamente lasciate generiche le categorie per le quali il parto vaginale è da considerarsi necessario e non pericoloso.

Considerazioni sulle indicazioni

Sebbene l'eterogeneità della letteratura non consenta di individuare precisamente quali siano le indicazioni per le quali la pratica dell'induzione del travaglio risulti più vantaggiosa del proseguimento della storia naturale della gravidanza, alla luce delle conoscenze attuali si possono viceversa ragionevolmente identificare le indicazioni per le quali non esiste una giustificazione scientifica o che possono essere considerate discutibili (Tabelle 4 e 5).

Tab. 4 - INDICAZIONI ATTUALI DA PROSCRIVERE

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Induzione del travaglio nella gravidanza fisiologica < 41+ settimane • Induzione del travaglio in presenza di oligoidramnios = AFI<8 o<7 • Induzione del travaglio nella donna precesarizzata come indicazione di per se • Induzione del travaglio "di comodo" per il medico/ "figlio prezioso" |
|---|

A giustificazione del giudizio di inappropriatezza espresso nella tabella 4 ci si deve riferire per quanto riguarda la gravidanza oltre il termine ai recenti studi clinici controllati sull'argomento che hanno sottolineato come non esista un vantaggio ad indurre il travaglio prima della 41+ settimane, mentre per la categoria oligoidramnios al dibattito internazionale sulla sua definizione che varia sotto il valore soglia di 5 o 6.

La pratica comune in molti Centri italiani di ricorrere all'induzione del travaglio a termine di gravidanza nella donna precesarizzata al fine dichiarato di poter monitorare più adeguatamente/intensivamente il travaglio in questa categoria di donne a rischio di danni uterini e di evitare eccessive sovradistensioni arrivando a 42 settimane, è una pratica che non viene riportata in letteratura. Nella stessa vengono invece sottolineati i rischi che il travaglio indotto può determinare per l'integrità della cicatrice uterina.

Il dibattito sull'inopportunità di effettuare delle induzioni "di comodo" attualmente non è più vivace come negli anni '70: sembra peraltro ragionevole considerare valide ancora oggi le motivazioni che avevano portato allora a stigmatizzare questa abitudine se utilizzata di routine.

La pratica di avere un comportamento clinico diverso nelle gravidanze nelle quali il figlio viene considerato "prezioso" (successivo ad aborti ripetuti, prodotto di una fecondazione artificiale, di madre attempata,...), la cui percentuale si aggira nei diversi Centri italiani intorno al 5-8%, è purtroppo una pratica corrente che determina un alto tasso di interruzione della gravidanza presso il termine vuoi medica che chirurgica. L'inappropriatezza di questa scelta medica non può che riferirsi a considerazioni altre da quelle mediche: l'accezione del figlio inteso principalmente come prodotto sociale, tipica della nostra società sviluppata, ha modificato al tal punto il comportamento medico da far perdere di vista banali considerazioni di ordine medico-legale (se l'esito di una gravidanza preziosa è più "garantita" interrompendo artificialmente la storia naturale della stessa a termine, dovrebbero essere perseguiti tutti i medici che non danno la stessa opportunità a tutte le gravide portatrici di figli "normali"), o di ordine etico (si formalizza l'esistenza di feti di serie A e di serie B), o deontologico.

Tab. 5 - INDICAZIONI ATTUALI DISCUTIBILI

- Induzione del travaglio in presenza di ipertensione lieve a termine
- Induzione del travaglio in presenza di macrosomia
- Induzione del travaglio in presenza di iposviluppo lieve
- Induzione del travaglio su richiesta esplicita della donna

Analizzando molto sinteticamente le indicazioni definite discutibili per quanto riguarda l'ipertensione lieve si rimanda al dibattito che considera questa condizione come para-fisiologica a termine; per la macrosomia esiste un consenso nell'interruzione della gravidanza solo quando il peso fetale previsto è $\geq 4500g$, escludendo i figli di madre diabetica; nell'iposviluppo i problemi aperti riguardano la definizione (diversa se riferita al 5° percentile o al grado di allontanamento dal tasso di crescita individuale), il valore dei test diagnostici (ruolo del Doppler cerebrale, ruolo dello score biofisico), l'epoca gestazionale. Viene infine considerata discutibile l'induzione effettuata su richiesta esplicita della donna in quanto il confine tra libertà di scelta individuale e condizionamento iatrogeno è molto ambiguo e sembra pertanto opportuno valutarlo con criticità.

Considerazioni sulla gestione clinica

L'introduzione delle prostaglandine, ha significativamente ridotto il tasso di fallimento dell'induzione e ha ridotto la necessità di ricorso al parto operativo addominale in presenza di condizioni cervicali sfavorevoli. Una mancata riduzione del tasso di tagli cesarei e un eccesso di fallimenti dell'induzione del travaglio possono quindi indirettamente essere considerate come misura di inappropriato uso delle prostaglandine in un Centro. Nei Centri con una buona dimistichezza nell'uso del farmaco si osserva infatti che il tasso di cesareo nei travagli indotti non è significativamente più elevato rispetto al tasso di taglio cesareo nella stessa condizione ostetrica quando il travaglio insorge spontaneamente; nella Tabella 6 e 7 sono riportati ad esempio i risultati che si sono osservati negli anni 1992-1996 presso la Clinica Ostetrico Ginecologica di Monza, Clinica dove dal 1985 sono state impiegate, prima in fase sperimentale e successivamente di routine, le prostaglandine.

Tab.6 - MODALITA' DI INSORGENZA DEL TRAVAGLIO IN PRESENZA DELLE PRINCIPALI CONDIZIONI DI RISCHIO 1992-1996

	TC elettivo		travaglio spontaneo		travaglio indotto		totale n
	n	%	n	%	n	%	
LA tinto 1	14	3.6	221	56.2	158	40.2	393
LA tinto 2-3	21	4.9	242	57.1	161	38	424
oligo-anidramnios	95	13.3	116	16.3	502	70.5	713
segni biofisici di sofferenza fetale	133	39.5	85	25.2	119	35.3	337
iposviluppo	159	33	147	30.6	175	36.5	481
EG > 42 sett.	11	2.8	86	21.8	297	75.4	394
PROM > 24 h	0	0	234	36.8	402	63.2	636
PIH	34	10.5	107	33.1	182	56.3	323
pre-eclampsia	96	43.6	27	12.3	97	44.1	220
ipertensione cronica	9	18	15	30	26	52	50

diabete pre-gestazionale	8	34.8	6	26.1	9	39.1	23
diabete gestaz. insulinodipendente	7	18.9	15	40.5	15	40.5	37
diabete gestaz. non insulinodipendente	9	10.6	44	51.8	32	37.6	85
colestasi	5	4	23	18.4	97	77.6	125
ipertensione	21	14	67	44.7	62	41.3	150

Nota: Le categorie non sono mutuamente esclusive.

Negli ultimi 5 anni la conduzione del travaglio nelle categorie di rischio sopra elencate non è cambiata in modo sostanziale negli anni ed è quindi stato possibile raggruppare i risultati del quinquennio in modo da poter ragionare su dei dati più numerosi e quindi verosimilmente meno casuali. Escludendo la pre-eclampsia, situazione di per sé di alto rischio per il benessere materno e fetale nel gruppo dei casi sottoposti a TC elettivo sono maggiormente rappresentate le situazioni con più fattori di rischio associati (ad esempio presenza di iposviluppo associato a Doppler e/o score biofisico e/o NST patologico). In alcune categorie (vedi oligo-idramnios o epoca gestazionale ≥ 42 settimane o colestasi) l'alta frequenza di ricorso all' induzione del travaglio dipende dal fatto che queste categorie sono state considerate indicazioni assolute di interruzione della gravidanza, rappresentando quindi l'insorgenza spontanea del travaglio una misura indiretta di storia naturale del rischio o di inadeguata sorveglianza della gravidanza.

Tab. 7 - FREQUENZA DI TAGLIO CESAREO PER FATTORE DI RISCHIO (in funzione della modalità di insorgenza del travaglio) 1992-1996

	% TC Elettivi	% TC sui travagli spontanei	% TC sui travagli indotti	% complessiva di TC
LA tinto 1	3.6	6.3	18.3	16
LA tinto 2-3	4.9	4.5	14.9	13
oligo-anidramnios	13.3	7.7	10.2	21.7
segni biofisici di sofferenza fetale	39.5	11.8	22.7	50.4
iposviluppo	33	2.7	7.9	36.8
EG ≥ 42 sett.	2.8	9.3	10.8	15.7
PROM > 24 h	0	6	8.9	7.9
PIH	10.5	5.6	8.8	17.3
pre-eclampsia	43.6	14.8	9.3	49.5
ipertensione cronica	18	0	7.7	22

diabete pre-gestazionale	34.8	0	33.3	47.8
diabete gestaz. insulinodipendente	18.9	0	26.7	29.7
diabete gestaz. non insulinodipendente	10.6	0	18.7	17.6
colestasi	4	4.3	7.2	10.4
iperpiressia	14	11.9	16.1	26

Nota: i valori percentuali non possono venire sommati lungo le righe, essendo calcolati sul totale dei TC elettivi, dei travagli insorti spontaneamente o dei travagli indotti rispettivamente in ogni categoria di rischio.

Non tutte le categorie sono necessariamente costituite da popolazioni omogenee. Per alcune categorie le probabilità di taglio cesareo sono diverse in funzione delle modalità di insorgenza del travaglio. Nel caso dell'iposviluppo, ad esempio, il gruppo sottoposto ad induzione non può per definizione essere considerato analogo a quello nel quale il travaglio è insorto spontaneamente: nel primo sarà ragionevolmente maggiore la gravità dell'iposviluppo, e sarà più frequente l'eventuale compresenza di ipertensione o di un'altra patologia associata. Nel percorso dell'induzione del travaglio di un feto iposviluppato può - per le caratteristiche specifiche del travaglio indotto - più facilmente comparire un'alterazione cardiocografica di quanto non accada in un travaglio insorto spontaneamente. Inoltre ovviamente le condizioni cervicali sono diverse nel travaglio spontaneo e nel travaglio indotto. Per ogni categoria può comunque essere interessante verificare con quale frequenza il parto avvenga in ultima analisi per via addominale o valutare se la scelta effettuata in alcune categorie di rischio di effettuare un travaglio di prova e non adire direttamente alla via addominale "paghi" in termini di risparmio di tagli cesarei, a parità di buoni esiti neonatali. Globalmente si può infine osservare come le prostaglandine abbiano permesso di ammettere alla prova di travaglio situazioni cliniche che in loro assenza probabilmente sarebbero state sottoposte a taglio cesareo elettivo.

Il tasso di fallimento dell'induzione, inteso come mancata insorgenza di attività contrattile valida, non dovrebbe superare il 2% dei travagli indotti con le prostaglandine. Percentuali di molto superiori sottopongono la donna agli effetti collaterali del farmaco senza alcun vantaggio. Le cause principali di eccesso nel fallimento dell'induzione sono riportate nella Tabella 7.

Tab. 7- CAUSE ECCESSO FALLIMENTI DI INDUZIONE

- Somministrazione endocervicale inadeguata (*senza speculum*)
- Interruzione delle applicazioni in assenza di peggioramento della condizione clinica *
- Induzione con Pg senza successiva induzione con amnioressi ± ossitocina

* c/o H S.Gerardo di Monza 1992-1996 il 20-25% delle donne ha necessitato di ≥ 3 applicazioni

Effetti collaterali gravi

La maggior parte della prostaglandina E2 è metabolizzata localmente in metaboliti meno attivi e la quota residua entra nella circolazione sistemica e viene inattivata nei polmoni e nel fegato.

Gli effetti collaterali più frequentemente riportati sono fenomeni gastroenterici di nausea, vomito e diarrea, modesta iperpiressia, ipercinesia/ ipertono uterino.

Presso il Centro di Farmacovigilanza negli ultimi tre anni sono pervenute queste segnalazioni relative all'uso del Prepidil gel (PGE2) che è opportuno conoscere.

Tab. 8 - EFFETTI COLLATERALI GRAVI DEL PREPIDIL GEL (PGE2) PERVENUTI AL CENTRO DI FARMACOVIGILANZA

- 5 casi di ipercinesia/ipertono/tetania uterina di cui 2 seguiti da grave emorragia e DIC
- 1 caso di reazione anafilattica e successiva DIC grave
- 2 casi di rottura d'utero
- 3 casi di atonia uterina ed emorragia di cui 2 seguiti da DIC

In 5 casi sugli 11 riportati è stata eseguita un'isterectomia

E' da notare come in 5 casi non sia stata riportata l'indicazione dell'induzione, in 2 casi l'indicazione era da proscrivere ("inerzia uterina a termine"), in 2 casi vi è stato un sovradosaggio del farmaco.

Sicuramente i casi riportati al Centro di Farmacovigilanza non rappresentano tutti i casi gravi che si sono verificati negli ultimi anni nell'utilizzo di questo farmaco, in quanto non è ancora invalsa in Italia l'abitudine di segnalare di routine tutti gli effetti collaterali gravi o rari dei farmaci impiegati in Ospedale (l'autrice di questa relazione è ad esempio a conoscenza di almeno altri 3 casi gravi conclusi con un'isterectomia totale che sono molto probabilmente da mettere in relazione all'uso delle prostaglandine).

L'allarmismo non è utile e forse in questo caso nemmeno giustificato, ma certo pare per lo meno azzardata la frase di Calder del 1991 riportata in diversi articoli su tema che afferma che: "L'utilizzo delle prostaglandine nell'induzione del travaglio è un intervento meno invasivo dell'utilizzo dell'ossitocina, consente un travaglio più fisiologico, meno medicalizzato, meno doloroso e non limita la mobilità della gestante". Siamo forse all'inizio di un nuovo filone lessico-culturale- new age che colloca accanto al "taglio cesareo dolce", riferito al taglio cesareo secondo Stark, l'"induzione naturale"?

L'utilizzo delle prostaglandine nell'induzione del travaglio è un intervento meno invasivo dell'utilizzo dell'ossitocina, consente un travaglio più fisiologico, meno medicalizzato, meno doloroso e non limita la mobilità della gestante.

Calder 1991

Nell'ostetricia del 3° millennio offriremo l'INDUZIONE NATURALE e il CESAREO DOLCE?

INDUZIONE CON PROSTAGLANDINE VS OSSITOCINA

Modalità di somministrazione confrontate nei trials

CON AMNIORESSI

PgE2 e.v. vs ox e.v.

PgE2 per os vs ox e.v.

PgE2 per os vs ox per os

Pg F2α vaginale vs ox e.v.

SENZA AMNIORESSI

PgE2 ev vs ox e.v.

PgF2α e.v. vs ox e.v.

PgE2 per os vs ox e.v.

PgE2 per os vs ox per os

PgE2 endocervicale vs ox e.v.

PgE2 vaginale vs ox per via nasale
PgE2 vaginale vs ox e.v.

CARATTERISTICHE DELLE RICERCHE SULLE PG

Numerosi studi di piccole dimensioni

Impiego di differenti - formulazioni del farmaco

- dosaggi
- modalità di somministrazione
- intervalli tra somministrazioni
- caratteristiche delle pazienti
- indicatori di successo

INDICATORI DI SUCCESSO UTILIZZATI NELLE RICERCHE SULLE PG

Intervallo di tempo tra induzione e inizio dell'attività contrattile

Intervallo di tempo tra induzione e parto

Attivazione del travaglio durante la maturazione

Frequenza fallimento dell'induzione

Frequenza parti operativi

Outcome neonatale (Apgar a 1 e 5 minuti, necessità di rianimazione neonatale, necessità di ricovero nella patologia intensiva, comparsa di convulsioni neonatali)³

Le indicazioni alla maturazione cervicale e all'induzione del travaglio di parto comprendono tutte quelle situazioni in cui l'ostetrico per cause materne e/o condizioni fetali si trova nella necessità di indurre il travaglio e in cui il parto per via vaginale non è controindicato e/o pericoloso.

Consensus Conference 1996

Allo stato attuale delle conoscenze esiste una buona evidenza che l'utilizzo delle Prostaglandine a condizioni cervicali sfavorevoli (Bishop score <4) riduca l'incidenza di parti operativi.

I dati sono insufficienti per valutare il beneficio di questa metodica di induzione sul neonato.

INDUZIONE DEL TRAVAGLIO CON PG VS OSSITOCINA

Nei confronti dell'ossitocina le prostaglandine sembrano ridurre l'incidenza di parto operativo e aumentare la probabilità che il parto si concluda per via vaginale entro tempi ragionevoli dall'inizio dell'induzione.

Questo secondo effetto potrebbe dipendere dall'aumentata mobilità della donna che la somministrazione vaginale o cervicale delle prostaglandine favorisce rispetto all'uso dell'ossitocina per via endovenosa.

³ Gli outcome neonatali sono riportati in pochi trials e non sono mai stati considerati principali indicatori di successo

A condizioni cervicali sfavorevoli non esiste evidenza su quale sia la modalità di somministrazione migliore tra via endocervicale e via vaginale in funzione della parità e dell'indicazione all'induzione.

INDICAZIONI ALL'USO DELL'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

(Consensus Conference 1996)

Gravidanza oltre il termine (> 41 settimane)

Oligoidramnios (AFI < 6 cm o falda max < 3 cm)

Ipertensione indotta dalla gravidanza, preeclampsia o ipertensione cronica

Difetto di crescita intrauterino con l'esclusione dei casi con flusso diastolico assente o reverse

Colestasi

Diabete gestazionale o preesistente alla gravidanza

Sono oggetto di studio l'impiego delle prostaglandine nella rottura pretravaglio delle membrane e nelle donne precesarizzate.

INDICAZIONI ATTUALI DA PROSCRIVERE

- Induzione del travaglio nella gravidanza fisiologica < 41+ settimane
 - Induzione del travaglio in presenza di oligoidramnios definito come AFI <8 o <7
 - Induzione del travaglio nella donna precesarizzata come indicazione di per se
 - Induzione del travaglio "di comodo" per il medico/ "figlio prezioso"
-

INDICAZIONI ATTUALI DISCUTIBILI

- Induzione del travaglio in presenza di ipertensione lieve a termine
 - Induzione del travaglio in presenza di macrosomia
 - Induzione del travaglio in presenza di iposviluppo lieve
 - Induzione del travaglio su richiesta esplicita della donna
-

EFFETTI COLLATERALI GRAVI DEL PREPIDIL GEL (PGE2) PERVENUTI AL CENTRO DI FARMACOVIGILANZA

- 5 casi di ipercinesia/ipertono/tetania uterina di cui 2 seguiti da grave emorragia e DIC
 - 1 caso di reazione anafilattica e successiva DIC grave
 - 2 casi di rottura d'utero
 - 3 casi di atonia uterina ed emorragia di cui 2 seguiti da DIC
- In 5 casi sugli 11 riportati è stata eseguita un'isterectomia

In 5 casi non è stata riportata l'indicazione dell'induzione

In 2 casi l'indicazione era da proscrivere: "inerzia uterina a termine"

In 2 casi vi è stato un sovradosaggio del farmaco

CAUSE ECCESSO FALLIMENTI DI INDUZIONE

- Somministrazione endocervicale inadeguata (*senza speculum*)
 - Interruzione delle applicazioni in assenza di peggioramento della condizione clinica⁴
 - Induzione con Pg senza successiva induzione con amnioressi \pm ossitocina
-

⁴ c/o H S.Gerardo di Monza 1992-1996 il 20-25% delle donne ha necessitato di ≥ 3 applicazioni

INDICATORI DI USO INAPPROPRIATO DELLE PROSTAGLANDINE

Mancata riduzione del tasso di tagli cesarei
Eccesso fallimenti dell'induzione
Eccesso di tagli cesarei d'urgenza per sofferenza fetale acuta

Il FALLIMENTO DELL'INDUZIONE, definito come mancata insorgenza di attività contrattile valida, non dovrebbe superare il 2% dei travagli indotti con Pg.
Percentuali di molto superiori sottopongono la donna agli effetti collaterali del farmaco senza alcun vantaggio.

**Parte B - IL CONTROLLO DEL DOLORE
IN TRAVAGLIO DI PARTO:**

SOLO UNA QUESTIONE DI ANALGESIA PERIDURALE?

Il dolore nel parto

di Barbara Grandi

In un recente studio svedese sull'esperienza della nascita è stato analizzato un questionario riempito dalle donne prima della dimissione dall'ospedale. Sono state evidenziate 6 variabili significative: 3 incidono positivamente sulla soddisfazione: 1) il sostegno dell'ostetrica e la sua sensibilità nel rispondere ai bisogni della partoriente, 2) le aspettative positive per la nascita, 3) il sentirsi coinvolti e partecipi, l'essere in controllo, soggetti attivi. Interferiscono invece con la soddisfazione, 4) la lunghezza del parto, 5) il dolore, 6) gli interventi ostetrici (taglio cesareo, vacuum, forcipe, episiotomia)

Un dato interessante che vi appare è che il 28% delle donne intervistate ha vissuto in modo positivo il dolore. Non vuol dire che il dolore sia loro piaciuto, ma probabilmente positivo nel senso della soddisfazione nell'essere riuscite a gestirlo. Si possono avere un dolore fortissimo e un'esperienza positiva, oppure poco dolore e un'esperienza negativa. (Waldenstrom 1996)

Se ci interessano dunque la soddisfazione, l'autostima e la fiducia in se stessi, il senso di competenza, come espressione globale della positività dell'esperienza delle donne, il dolore rappresenta solo uno degli aspetti che possono influenzare questi esiti. Si può dunque avere un'esperienza vissuta come ricca, potente, emozionante, gratificante, eppure dolorosa. Eliminare il dolore può significare anche togliere una componente importante potenzialmente positiva.

Possiamo dunque chiederci: il dolore può avere un suo spazio, un suo senso, un suo valore nell'esperienza del parto?

Nel mondo dei mammiferi esso avverte la femmina della necessità di trovarsi una "cuccia" adatta, e segnala al partner o agli altri del branco la sua vulnerabilità in quel momento e il suo bisogno di protezione. Anche per il mammifero donna ha un senso: viene spinta dal dolore a muoversi, a sperimentare posizioni diverse che lo attutiscano, ma che mutano anche la relazione fra la testa e il bacino, e che possono quindi essere più protettive verso il bambino. Il dolore oltre ad un significato biologico ha un suo significato culturale. Nelle società naturali il dolore veniva "cercato" nei rituali di iniziazione ed era un veicolo per ottenere il cambiamento.

Il processo del parto rappresentava una prova della maturità della donna, aiutava la transizione da ragazza ad adulta, analoga a quelle che dovevano compiere gli uomini per dimostrare coraggio in battaglia e nella caccia e capacità di prendere decisioni in caso di difficoltà.

Ma anche oggi forse la donna ha bisogno di un rito di passaggio, di un'esperienza forte, autentica, vissuta nel suo corpo, per prepararsi all'enorme cambiamento che diventare madre comporta. La donna attraverso il dolore, la stanchezza, la fatica, incontra se stessa e i propri limiti, ma anche la propria potenza, la propria forza, necessarie per assumersi nuove responsabilità, per nascere come madre. Impara ad avere fiducia in se stessa e, divenendo consapevole della propria forza, avrà un atteggiamento diverso per il resto della sua vita rispetto al dolore, alla malattia, alla fatica e alle situazioni difficili.

Forse il dolore aiuta la donna a separarsi dal bambino, ad accettare e a desiderare questa separazione. Quante volte ci hanno urlato durante la fase espulsiva: "basta, fatelo uscire, tiratelo fuori!". Il dolore è il mezzo con cui la natura costringe la donna a lasciare uscire il piccolo dall'utero verso il mondo esterno.

Senza il dolore l'esperienza può essere vissuta come monca, impoverita, incompleta. L'aspetto sensoriale del parto, il corpo a corpo tra madre e bambino, si incidono per sempre nella memoria della donna e forniscono un senso di coesione col bambino, l'impressione di essere soggetto attivo nella maternità e le permettono di riconoscere come proprio il figlio che nasce. L'esperienza propriocettiva fa da supporto alle immagini, ai suoni, alle voci e alla formazione dei simboli nella costruzione della memoria ed ha, probabilmente, un suo ruolo fondamentale nella facilitazione del legame col bambino.

Molto possiamo fare per rendere il dolore vivibile, tollerabile, accettabile, non eccessivo.

Oggi ancora non abbiamo totalmente compreso per la loro estrema complessità i meccanismi ormonali e nervosi coinvolti nel parto. Nella fenomenologia del dolore vi è una interrelazione tra sistema nocicettivo e antinocicettivo affidata a molecole sia di tipo peptidico (encefaline ed endorfine) che non peptidico (come l'adrenalina) che possono coesistere e influenzarsi vicendevolmente.

Tutte le situazioni che fanno aumentare la paura e lo stress agiscono sul sistema limbico attivando la risposta del simpatico che facilita la trasmissione degli impulsi dolorosi e ne potenzia la percezione.

Se si protegge la fisiologia del parto si permette ai meccanismi endogeni di difesa di dispiegare al meglio le loro possibili azioni: conosciamo abbastanza bene le beta-endorfine, la cui liberazione si accresce in accordo con lo stress fisiologico e psicologico della donna. Esse innalzano la soglia del dolore, e aumentano le possibilità che nella donna, in uno stato di coscienza particolare, possano prendere il sopravvento comportamenti istintivi che la portano ad assumere posizioni e movimenti che facilitano la progressione del travaglio. Dopo il parto l'alto livello di endorfine, sia nella madre che nel neonato, permette di acuire la sensibilità al contatto reciproco, facilitando l'innamoramento fra i due. La sua mancata liberazione potrebbe interferire nello svolgersi della relazione iniziale tra madre e bambino.

L'efficacia di alcuni mezzi non farmacologici per la riduzione del dolore del travaglio è oggi ampiamente dimostrata.

Ci è sembrato giusto affidare a una ostetrica un intervento su questo aspetto, perchè è soprattutto lei la figura chiave che può aiutare la donna a gestire il dolore e a renderlo più accettabile.

Da sempre alcune donne esperte, in culture a noi lontane nel tempo e nello spazio, hanno aiutato le partorienti a superare il problema del dolore: dobbiamo trarre utili insegnamenti da queste pratiche e passarle al vaglio di studi controllati, per poi diffonderne l'uso nei casi di provata utilità.

Riteniamo dunque utile, noi di Andria, sollevare qui il tema dell'importanza di evitare la diffusione di modalità assistenziali che prevedano di eliminare in modo indiscriminato il dolore del parto.

L'analgesia peridurale, l'unica forma veramente efficace di controllo del dolore, va considerata un intervento maggiore a tutti gli effetti: medicalizza anche il parto più fisiologico, e non è priva di rischi!

Il tema è molto delicato e ci costringe a una riflessione seria.

Benchè sia nella linea di Andria rispettare al massimo le scelte delle persone, in modo che ognuna possa potenziare le sue risorse, possa sentirsi controllata, possa quanto più muoversi in un suo individuale progetto, per far nascere suo figlio, tuttavia, per quanto riguarda alcune scelte, che oggettivamente mettono lei e il suo bambino in una situazione di

accertato maggior rischio, secondo i parametri di una medicina basata sull'evidenza, riteniamo che essa, da sola, non possa scegliere.

Ci riferiamo per esempio al ricorso al taglio cesareo e alla peridurale, che non devono essere praticati su semplice richiesta della donna.

Vogliamo opporci alla opinione diffusa di quelli che banalizzano questo intervento, proclamando che non ha più senso provare dolore nel parto nel 2000.

In un ottica di successo aziendale alcuni ospedali oggi si specializzano offrendo alle donne il "parto indolore" e non sempre le donne che vi accorrono sanno che vi sono dei rischi aggiuntivi, che il periodo espulsivo può essere prolungato di diverse ore, che il ricorso ad un parto operativo è più alto, ecc.

Attivare un servizio di analgesia peridurale per il parto pone in molti piccoli ospedali dei problemi non indifferenti di costi, con la necessità di aumentare notevolmente il personale medico. Per giustificare la spesa sostenuta si è portati a incentivare le prestazioni. Assumere nuovi anestesisti per tre epidurali al mese non avrebbe senso... ma per trenta sì!

In alcuni ospedali e cliniche questo è divenuto un optional a pagamento. Evidentemente questa discriminante non ci soddisfa, perchè se è vero che in certe situazioni un parto troppo doloroso può divenire un'esperienza devastante per una donna, e l'epidurale in questo caso può trovare giustificazione, o può evitare il ricorso al taglio cesareo, non si vede perchè questa possibilità sia offerta solo a chi può permettersela.

Si afferma che non ha senso il dolore se un parto è svuotato del suo contenuto emotivo, impoverito, asettico, delegato: non può che traumatizzare e lasciare cicatrici profonde. Se la donna si trova in un ambiente estraneo, tra sconosciuti che con lei si rapportano senza umanità, se non capisce quello che le succede e cosa viene fatto sul suo corpo, la paura, l'ansia e il disorientamento, possono intensificare il dolore, causare stress e inibire le contrazioni uterine efficaci. Invocare in questi casi il ricorso all'epidurale per uscire da un incubo rappresenta comunque una soluzione di ripiego.

Evidentemente quello che bisogna fare è mettere in discussione le pratiche assistenziali in certe strutture ospedaliere.

Vorrei concludere richiamandomi ancora ad una raccomandazione dell'O.M.S. che dice:

"...durante il travaglio deve essere evitata la somministrazione routinaria di analgesici e anestetici a meno che essi non siano specificamente richiesti per correggere o prevenire una complicazione".

BIBLIOGRAFIA

Waldenstrom et al .The childbirth experience: a study of 295 new mothers. Birth 1996; 23(3):144-153.

Analgesia peridurale in travaglio: indicazioni, rischi e benefici

Pietro Lombardo, Tullia Todros, Maria Antonietta Cau⁵

Nella sofferenza legata al travaglio di parto possono essere riconosciute due principali componenti: quella fisica, dolorosa, dovuta agli stimoli nocicettivi delle contrazioni miometriali e trasportata dalle fibre nervose fino al telencefalo, e quella psicologico-emotiva, tipicamente cerebrale, dovuta alla paura dell'ignoto, di un evento ineluttabile che potrebbe essere portatore di fatiche superiori alle proprie forze o di fatti terribili. Durante il travaglio, le due componenti possono influenzarsi positivamente a vicenda, nel senso che un intenso disagio emozionale di solito determina un forte abbassamento della soglia personale del dolore e che l'impatto del dolore fisico delle contrazioni può contribuire a sostenere la presenza di un disagio psicologico.

I metodi proposti nel tempo per alleviare la sofferenza del travaglio sono numerosi⁽¹⁾. Negli ultimi decenni, si è avuta la diffusione di una cultura dell'analgesia, cioè della lotta alla componente fisica della sofferenza con metodi farmacologici o strumentali. Però parallelamente è andata diffondendosi una cultura della demedicalizzazione del parto⁽²⁾, basata su modalità di assistenza che promuovono la fisiologia della nascita e che favoriscono metodi naturali di sollievo dalla sofferenza quali il supporto psicologico, il massaggio e le pratiche di rilassamento⁽³⁾.

Fra i metodi che combattono il dolore fisico, l'analgesia peridurale (AP), già di largo uso in alcuni Paesi⁽²⁾, negli ultimi anni si sta diffondendo anche in Italia⁽²⁾. Spesso, essa è proposta come soluzione delle ansie e dei timori che le donne possono avere verso il dolore del parto, senza una precedente disamina del tipo di efficacia che può avere e degli inconvenienti e rischi che possono derivare dal suo impiego. La frequenza del suo utilizzo è variabile a seconda della condotta assistenziale del reparto e della disponibilità di medici anestesisti esperti nell'eseguire la metodica.

L'AP è effettuata mediante l'inserzione di un cateterino flessibile nello spazio peridurale lombare, attraverso cui viene somministrato un anestetico locale che agisce sui nervi che trasmettono il dolore provocato dalle contrazioni uterine. L'effetto analgesico si verifica entro 10-20 minuti dalla somministrazione del farmaco. In letteratura sono riportati diversi schemi farmacologici a seconda del farmaco utilizzato, del dosaggio, del metodo di somministrazione e del

⁵ Unità di Medicina Materno-Fetale

Dipartimento di Discipline Ginecologiche e Ostetriche, Università degli Studi di Torino

momento di inizio dell'effetto analgesico rispetto al periodo del travaglio o alla dilatazione della cervice uterina⁽⁵⁻⁶⁾. L'anestetico più utilizzato è la bupivacaina. Molte volte è aggiunto un oppiaceo come il fentanile al fine di ridurre la dose di anestetico.

In queste pagine, vengono analizzati i benefici, le indicazioni, gli inconvenienti e i rischi dell'utilizzo dell'AP in base ai dati della letteratura e si esprime il nostro parere sulle sue indicazioni in ostetricia.

BENEFICI

Fra le metodiche di riduzione del dolore fisico del travaglio, l'AP è la più efficace⁽⁶⁾. Circa 80% delle donne che hanno avuto tale tipo di analgesia riferiscono grande beneficio, rispetto a circa il 60% di quelle che hanno avuto petidina per via intramuscolare⁽⁷⁾. Inoltre, circa 88% delle donne che hanno ricevuto beneficio dall'AP vi ricorrerebbe in successiva gravidanza⁽⁸⁾.

INDICAZIONI NEL TRAVAGLIO NORMALE

Gli Autori favorevoli ad una condotta fisiologica, non interventistica, del parto propongono un utilizzo selezionato dell'AP⁽³⁾. Esiste quest'arma formidabile, efficace sul dolore fisico; è quindi logico servirsene quando è necessario; ma non per abolire il parto come esperienza fondamentale nella vita della donna⁽⁹⁾. Il dolore del travaglio è dovuto ad una funzione fisiologica, indispensabile per la sopravvivenza individuale e di specie⁽²⁾; non causa di per sé morbilità o mortalità, perciò non deve essere trattato sistematicamente come se fosse patologico. Secondo il nostro gruppo, che lavora condividendo tale tipo di condotta ostetrica, le principali indicazioni all'AP nel travaglio normale sono:

- i casi nei quali, per patologie internistiche, è necessario evitare lo stress del travaglio, ad es. in donne con insufficienza cardiaca o respiratoria o a rischio di accidente neurovascolare,
- i casi in cui la donna vive con estrema ansia e paura l'attesa del dolore del parto,
- i casi nei quali la donna in travaglio, pur ricevendo un supporto costante da parte del personale di assistenza, ha una sofferenza fisica che percepisce come intollerabile.

Altri Autori propongono invece di offrire, a tutte le donne in gravidanza, la possibilità di ricevere l'AP per il travaglio⁽⁵⁾. Sovente gli operatori, favorevoli a questa proposta, presentano l'AP come il mezzo migliore per evitare l'inutile sofferenza del parto, per vincere una natura dispensatrice di dolore, quindi come una conquista della civiltà progredita. A supporto, alcune volte viene enfatizzata la scelta consapevole della donna⁽¹⁰⁻¹¹⁾. La donna dovrebbe essere informata sui benefici e sui rischi dell'AP prima della costrizione del travaglio, in modo che possa esprimere una richiesta cosciente di analgesia prima, all'inizio o durante il travaglio stesso. In Gran Bretagna, dove da parte sia degli operatori che delle donne apertamente si dichiara di volervi fare ricorso il meno possibile⁽²⁾, l'offerta di routine dell'AP, effettuata in modo informato, ha condotto ad un suo progressivo incremento fino a raggiungere il 25% dei parti⁽⁴⁾.

INCONVENIENTI

L'esecuzione dell'AP, in un travaglio peraltro a decorso fisiologico, trasforma quel parto in uno a rischio aumentato a causa della maggiore frequenza di interventi medici⁽¹²⁾. La donna in travaglio fisiologico è di solito assistita direttamente solo dall'ostetrica; la sua professionalità ed il suo costante supporto emotivo sono determinanti per il buon esito di un parto senza fattori di rischio specifici⁽¹³⁾. Il medico ginecologo, informato della regolarità del decorso, interviene direttamente nell'assistenza alla donna solo nel caso insorgano fattori di rischio, patologie o situazioni borderline. Un travaglio trattato con AP deve invece essere

assistito direttamente dall'ostetrica e da due medici: l'anestesista per il governo dell'effetto analgesico rispetto alle percezioni della donna ed all'andamento delle fasi del travaglio, il ginecologo per l'aumentato ricorso a metodiche acceleranti il travaglio, il conseguente monitoraggio intensivo del benessere fetale e per l'aumentato rischio di parti operativi. L'interazione fra i tre operatori che lavorano sulla stessa donna in travaglio, ormai diventata "paziente", è da codificare con attenzione affinché i singoli ruoli non interferiscano negativamente sull'esito del parto.

Inoltre, l'AP può privare la donna del senso di successo, di affermazione personale e sociale che proviene dall'essere riuscita senza grandi artifici a vivere l'esperienza del travaglio. Nella donna, che ha attraversato l'esperienza del parto nella sua complessità, resta il senso di aver portato a compimento un'impresa che a tratti può esserle sembrata superiore alle proprie forze. Questa prova rende la donna più forte. Nei momenti difficili della vita, potrà ricordare che le è stato possibile andare "oltre", senza ricorrere a soluzioni onnipotenti che eliminano d'un colpo il dolore⁽²⁾.

Infine, la donna deve essere informata che l'AP può sollevarla solo dal dolore fisico delle contrazioni. Infatti, essa ha di solito scarsa influenza sulla componente psicologico-emotiva della sofferenza in travaglio, sulla paura dell'ignoto, sul timore di complicanze per sé, per il bambino e di conseguenza per il resto della famiglia⁽²⁾.

UTILIZZO IN CONDIZIONI DI RISCHIO PER IL PARTO

L'AP può essere raccomandata per ridurre il dolore del parto nelle donne pre-eclamptiche, nelle quali sembra ottenere una significativa riduzione della pressione arteriosa⁽¹⁴⁾. Si ottiene anche un miglioramento del flusso delle arterie uterine materne, non però delle arterie ombelicali fetali⁽¹⁵⁾.

Essa è stata inoltre proposta in condizioni nelle quali potrebbe diventare necessario intervenire rapidamente in analgesia nel periodo espulsivo del travaglio, come in caso di feto in presentazione podalica⁽¹⁶⁻¹⁷⁾ o di gravidanze gemellari⁽⁶⁾.

RISCHI MATERNI E NEONATALI

Secondo la principale meta-analisi degli studi clinici controllati e randomizzati (*randomized controlled trials*, RCT) sull'argomento⁽¹²⁾, esiste chiara evidenza che l'AP sia più efficace degli altri metodi analgesici confrontati nel ridurre il dolore del parto (vedi tabella). Essa però rivela significativa utilità solo nel primo stadio del travaglio; mentre non dimostra maggiore efficacia nel secondo stadio (periodo espulsivo del feto); dove inoltre determina un prolungamento della durata rispetto ai controlli. Infatti, l'American College of Obstetricians and Gynecologists, che definisce prolungato un periodo espulsivo >2 ore nelle donne nullipare e >1 ora nelle donne multipare, aumenta rispettivamente a 3 e a 2 ore il limite di normalità quando il travaglio avviene in AP⁽¹⁸⁾. Il trattamento del dolore con AP, rispetto agli altri metodi analgesici confrontati negli RCT (vedi tabella), è inoltre associato a riduzione della mobilità della donna, maggiore impiego di ossitocina, maggiore probabilità di incorrere in parto strumentale o in taglio cesareo per distocia⁽¹²⁾.

Tabella. Confronto fra analgesia peridurale ed altri metodi analgesici secondo la meta-analisi degli studi clinici controllati e randomizzati⁽¹²⁾.

	Odds Ratio	CI 95%
Dolore nel I stadio del travaglio	0,20	0,09- 0,45
Dolore nel II stadio del travaglio	0,92	0,41- 2,08
Prolungamento del II stadio	4,55	1,49-14,29
Riduzione della mobilità	10,00	3,45-25,00
Impiego di ossitocina	4,35	2,44- 7,69
Forcipe o ventosa, se analges peridur nel II stadio	3,70	2,50- 5,56
Taglio cesareo per distocia	3,70	1,49- 9,09

Un'altra meta-analisi, che include sia RCT che studi non randomizzati, associa fortemente l'AP all'incremento dei tagli cesarei⁽¹⁹⁾.

Numerosi altri effetti indesiderati sono riportati in letteratura: perdita della sensazione vescicale che può condurre alla necessità della cateterizzazione, ipotensione arteriosa con necessità dell'uso di efedrina, prurito nei casi in cui è stato aggiunto un oppiaceo all'analgesico locale, ipertermia materna che può determinare tachicardia fetale e quindi falso allarme del benessere fetale, analgesia monolaterale cui consegue la necessità di ripetere la procedura di applicazione dell'AP, lesione della dura madre che può determinare cefalea intensa e prolungata, lombalgia persistente, disturbi neurologici minori persistenti quali parestesie ed astenia agli arti inferiori, ecc.⁽⁵⁻⁶⁾.

I casi di morte materna o di danni neurologici gravi e permanenti quali la paralisi sono rari⁽²⁰⁾. Le complicazioni maggiori sono il risultato di un danno ischemico cerebrale da crisi ipotensiva o da arresto respiratorio o di un danno spinale traumatico, di un ematoma o ascesso peridurale⁽⁵⁾. In 1/4000 casi si presentano complicanze che mettono a rischio la vita della donna⁽⁶⁾.

I risultati di alcuni studi indicano che l'incremento dell'uso di ossitocici e dei parti operativi dovrebbe ridursi utilizzando l'AP a basso dosaggio⁽²¹⁻²³⁾ o con inizio dell'effetto analgesico a dilatazione cervicale ≥ 5 cm⁽²⁴⁻²⁵⁾. In questi casi però anche il beneficio sul dolore del travaglio dovrebbe risultare ridotto rispetto a quello ottenuto con un maggiore dosaggio o con un inizio più precoce in travaglio.

Secondo la meta-analisi degli RCT, l'uso dell'AP in travaglio non produce un incremento del rischio di esiti neonatali, quali il basso indice di Apgar e l'acidosi delle arterie ombelicali, rispetto alle altre metodiche analgesiche confrontate⁽¹²⁾. Un RCT sugli effetti a lungo termine non ha evidenziato differenze comportamentali in bambini a cinque anni di età nati da madri trattate con AP al parto, rispetto ai controlli⁽²⁶⁾.

Studi non randomizzati suggeriscono un peggior accoglimento del bambino da parte della madre e un minor successo dell'allattamento al seno nelle donne che hanno ricevuto l'AP. Però, in tali studi, le donne che hanno scelto l'AP potrebbero essere state influenzate da altri fattori a passare meno tempo con il proprio bambino e ad aver un rapporto meno soddisfacente con lui rispetto alle donne del gruppo di controllo⁽⁵⁾.

LIMITI DEGLI STUDI E IMPLICAZIONI PER LA RICERCA

Gli RCT sono gli studi che forniscono la maggior evidenza scientifica di un trattamento clinico. Quelli inclusi nella meta-analisi che confronta l'AP rispetto ad altre metodiche analgesiche interessano complessivamente un numero piccolo di donne (solo 825), sono

stati condotti con regimi farmacologici diversi, valutano solo alcuni esiti materni e neonatali e confrontano l'AP solo con altre metodiche di analgesia, per lo più con narcotici endovena⁽¹²⁾. Sarebbe quindi utile promuovere RCT, che:

- confrontino gli schemi farmacologici di AP più comuni, al fine di individuare quello con maggior efficacia terapeutica e minor severità di effetti indesiderati sull'andamento del travaglio e sugli esiti materni ed infantili a breve e a lungo termine,
- indaghino se in caso di pre-eclampsia, presentazione podalica o gravidanze gemellari l'AP migliora gli esiti materni ed infantili a breve e a lungo termine
- confrontino tali esiti nei casi trattati con AP rispetto ai casi assistiti con un metodo che utilizzi il supporto costante da parte dell'ostetrica e la promozione della fisiologia del parto.

CONCLUSIONI

L'AP sta godendo una notevole popolarità sui mass media e fra molti operatori. Non va però dimenticato che essa è una metodica invasiva con la quale è possibile provocare, seppur raramente, gravi danni^(6, 20) e con la quale di frequente si può provocare un incremento dei parti pilotati e di quelli operativi^(12, 19).

In un recente rapporto, basandosi sulla letteratura più significativa, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si esprime a favore di un utilizzo appropriato, quindi restrittivo rispetto alla routine, dell'AP in travaglio. Fra le modalità di assistenza il cui utilizzo deve essere incoraggiato perchè supportato da chiare evidenze di utilità, l'OMS pone invece il supporto emotivo alla donna in travaglio da parte del personale di assistenza, la possibilità per la donna di assumere posizioni libere e di muoversi, il monitoraggio dell'avanzamento del travaglio mediante l'uso del partogramma e i metodi non invasivi di sollievo dal dolore quali il massaggio e le tecniche di rilassamento⁽³⁾.

Presso l'Unità di Medicina Materno-Fetale, in accordo con le raccomandazioni della OMS^(3, 27-28), si persegue una politica di promozione della fisiologia ostetrica e di umanizzazione dell'assistenza. L'interferenza medica sull'andamento naturale dei parti è riservata al trattamento delle condizioni di rischio e delle patologie ed è effettuata secondo le procedure ostetriche di efficacia dimostrata⁽²⁹⁾. Nell'assistenza al parto, si cerca di fornire ad ogni donna un supporto professionale ed emozionale da parte di una ostetrica *one-to-one*, costantemente per tutta la durata del travaglio⁽¹³⁾, favorendo la spontaneità dei suoi comportamenti e posizioni, usando il partogramma ed effettuando il livello di trattamenti più basso possibile compatibilmente con la sicurezza clinica⁽³⁾.

Secondo il nostro gruppo, previa un'attenta valutazione di benefici, rischi, inconvenienti e stato della ricerca, l'utilizzo dell'AP in travaglio è un'importante opportunità di sollievo dal dolore, da praticare però in casi selezionati oppure nei travagli abortivi, dove la donna ha una soglia di sopportazione del dolore molto bassa ed esiste una profonda sofferenza psicologico-emotiva. La via peridurale è inoltre la metodica di scelta in caso parto cesareo, in considerazione dei vantaggi materni e perinatali rispetto all'anestesia generale⁽³⁰⁾. Quindi, le indicazioni per un utilizzo appropriato dell'AP in ostetricia sono: parto cesareo, travaglio abortivo, fobia del travaglio, motivi medico-internistici che sconsigliano lo stress del travaglio, sofferenza fisica intollerabile in travaglio.

Nel triennio 1995-97, l'AP è stata praticata come segue:

parti spontanei:	circa 1000 all'anno, di cui 0,5% in peridurale
parti cesarei:	circa 270 all'anno, di cui 25% in peridurale
interruzioni terapeutiche di gravidanza:	circa 70 all'anno, di cui 85% in peridurale

Presso il nostro ospedale, la possibilità di poter disporre dell'AP è aumentata nel tempo grazie ad una maggiore presenza di medici anestesisti esperti nell'eseguire la procedura di inserimento del cateterino peridurale. Per cui, negli ultimi sei mesi il ricorso all'AP è stato rispettivamente 0,5%, 50% e 95%.

Comunque venga proposta per il travaglio, sia in modo selezionato che di routine, l'AP pone problemi organizzativi rilevanti:

- la possibilità di ottenere la metodica dovrebbe essere assicurata per tutto l'arco della giornata e per tutti i giorni dell'anno, almeno per l'anestesia dei tagli cesarei
- durante il travaglio, non si dovrebbe ricorrere all'AP per supplire a carenze dell'organizzazione ostetrica, ad es. quando non si riesce a fornire un costante supporto assistenziale perchè le ostetriche sono poche rispetto alle donne in travaglio, oppure perchè devono eseguire il lavoro di corsia o quello amministrativo⁽³¹⁻³²⁾
- i costi del parto aumentano: negli Stati Uniti il costo diretto della procedura è \$ 500-2500; cui bisognerebbe aggiungere i costi dovuti al maggior carico di lavoro medico e i costi dovuti all'incremento dei parti operativi con il conseguente incremento della morbilità infettiva e dei giorni di ricovero⁽⁵⁾.

BIBLIOGRAFIA

1. Cosmi EV, Perdukaris AG, Turi A, Di Renzo GC. L'analgia in ostetricia. In: Candiani GB, Danesino V, Gastaldi A. La clinica ostetrica e ginecologica. MASSON 1992; p 643-58.
2. Bestetti G, Vegetti Finzi S. "Senso" del nascere e del mettere al mondo: l'analgia nel dolore del parto. *Nascere* 1997; 71, 2: 7-10.
3. WHO. "Care in normal birth: a practical guide" Report of a technical working group. WHO/FRH/MSM/96.24, Geneva.
4. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Epidurals as a % of total patients delivered, 1993. In: Annual statistical return report taken from the 1993 statistics. London: RCOG, 1995, p 11.
5. Thorp AJ, Breedlove G. Epidural analgesia in labor: an evaluation of risks and benefits. *Birth* 1996; 23, 2: 63-83.
6. Midirs. Informed choice for professionals. Epidural pain relief during labour. MIDIRS 1997; 6: 1-8.
7. Philipsen T, Jensen NH. Maternal opinion about analgesia in labour and delivery. A comparison of epidural blockade and intramuscular pethidine. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1990; 34: 205-210.
8. Chamberlein G, Wraight A, Steer P, eds. Pain and its relief in childbirth. The results of a national survey conduct by the National Birthday Trust. Edimburgh: Churchill Livingstone, 1993.
9. Weiss-Rouanet J. Alleato...nemico...il dolore. *Nascere* 1995; 65, 2: 8-12.
10. Midirs. Informed choice for women - Epidurals for pain relief in labour. MIDIRS 1997; 6.
11. Health Education Authority. New pregnancy book. London: Health Education Authority, 1996, p 89.

12. Howell CJ. Epidural vs non-epidural analgesia in labour. The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database 1995; issue 2, Oxford. Available from BMJ Publishing Group, London.
13. Hodnett ED. Support from caregivers during childbirth. The Cochrane Pregnancy and Childbirth Database 1995; issue 2, Oxford. Available from BMJ Publishing Group, London.
14. Neri A, Nitke S et al. Lumbar epidural analgesia in hypertensive patients during labour. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1986; 22: 1-6.
15. Ramos-Santos E, Devoe LD et al. The effects of epidural anesthesia on the Doppler velocimetry of umbilical and uterine arteries in normal and Hypertensive patients during active term labor. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 20-26.
16. Chada YC, Mahmood TA et al. Breech delivery and epidural analgesia. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 96-100.
17. Thorp JA. Malpresentations and special situations. In: Creasy RK, Boylan PC, eds. *Labor and delivery*. Boston: Blackwell Science, 1996.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. Dystocia. ACOG Technical bulletin no. 137, December 1989.
19. Morton SC, Williams MS et al. Effect of epidural analgesia for labor on the cesarean delivery rate. *Obstet Gynecol* 1994; 83: 1045-52.
20. Bogod D. Advances in epidural analgesia for labour: progress versus prudence. *Lancet* 1995; 345: 1129-30.
21. Chestnut DH, Laszewski LJ et al. Continuous epidural infusion of 0.0625% bupivacaine - 0.0002% fentanyl during the second stage of labor. *Anesthesiology* 1990; 72, 4:613-618.
22. Morgan BM, Kadim MY. Mobile regional analgesia in labour. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 839-841.
23. Collis RE, Davies DWL. Randomised comparison of combined spinal-epidural and standard epidural analgesia in labour. *Lancet* 1995; 345: 1413-16.
24. Thorp JA, Hu DH et al. The effect of intrapartum epidural analgesia on nulliparous labor: a randomized, controlled, prospective trial. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 169: 851-858.
25. Lieberman E, Cohen A et al. The association of epidural anesthesia with cesarean section in low risk women. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 276.
26. Bratteby LE. Short and long-term effects on the infant of obstetric regional anesthesia. *Acta Anaesthesiol Scand* 1983; 27, 78: 36.
27. WHO. Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985; ii, August 24: 436-37.
28. Chalmers B. WHO appropriate technology for birth revisited. *Br J Obstet Gynaecol* 1992; 99: 709-10.
29. Enkin MW, Keirse MJNC, Renfrew MJ, Neilson JP eds. *Pregnancy and Childbirth Module of the Cochrane Database of Systematic Reviews* 1995. Available from BMJ Publishing Group, London.
30. Enkin MW, Keirse MJNC, Chalmers I eds. *L'efficacia delle procedure di assistenza alla gravidanza e al parto*. RED edizioni 1993, p 343.
31. Bradley C, Brewin CR, Duncan SLB. Perceptions of labour: discrepancies between midwives' and patients' ratings. *Br J Obstet Gynaecol* 1983; 90: 1176-79.
32. McNiven P, Hodnett E, O'Brien-Pallas LL. Supporting women in labor: a work sampling study of the activities of labor and delivery nurses. *Birth* 1992; 19, 1: 3-8.

Allié e ennemie, la douleur

Jeanne Weiss-Rouanet ⁶

Le moindre des paradoxes de l'analgésie péridurale est qu'après avoir suscité tant de résistances, elle suscite tant d'engouements. Mon propos n'est pas d'essayer d'éclaircir les raisons de ces résistances, culturelles, morales, religieuses, (ou plus prosaïquement techniques de la part d'anesthésistes qui ne savaient pas les faire).

Mais cet engouement mérite d'être analysé pour en limiter les débordements, pour éviter surtout qu'ils ne masquent les aspects complexes de la douleur, en la réduisant à son seul niveau sensoriel, dans la mesure où seule la douleur physique en est la cible.

Or, nous obstétriciens ou anesthésistes, avons tous été confrontés, à son échec (je ne parle pas d'un échec technique) et déçus que ce geste magique n'ait pas apporté les résultats escomptés. La douleur est abolie et l'accouchement n'avance quand même pas. J'ai envie de dire "heureusement" sinon nous serions restés idiots.

Pour ma part quelques expériences dans ce domaine m'ont bien aidée à réfléchir.

La première se situe au début de ma pratique. C'était une chance!

Il s'agissait d'un couple charmant, léger, tendre, de ceux qui reposent l'équipe mais la dilatation se bloque à trois centimètres. La jeune femme à l'air de s'accommoder des contractions, mais c'est long. Et tous ensemble nous décidons d'utiliser la péridurale pour aider le col à s'ouvrir. Une heure plus tard, toujours trois centimètres. L'idée de la césarienne commence à suindre dans l'équipe. Il est trois heures du matin, j'offre au futur père de partager un café avec moi en salle de garde. Il est journaliste, me questionne dans le style interview. Pourquoi cette stagnation ? Réponse : trois niveaux possibles : des difficultés psycho-affectives, mais je passe, ça n'a pas l'air d'être votre cas ; des obstacles anatomiques ; des ... Il m'arrête : "vous vous trompez. Cet enfant je n'en voulais pas. Je ne me suis pas opposé à ce qu'elle l'ait. Je me suis tenu à l'Écart de cette grossesse. Je ne devais même pas venir aujourd'hui. -- Mais vous êtes là ? -- Oui, on se laisse prendre au charme de

⁶ Médecin anesthésiste, Paris, France

la Maternité des Lilas”. Il revient près d’elle. Que lui a-t-il dit ? En fait dix minutes plus tard elle est à dilatation complète. Et pendant qu’elle pousse, je l’entends lui chuchoter : “ quand je pense que la tante Berthe ne sait pas que tu es en train de mettre au monde MON enfant”. Ce “MON enfant” c’était la permission dont elle avait un besoin absolu pour accoucher. Cette histoire, qui ne doit pas être bien originale pour vous, m’a fait beaucoup réfléchir aux **interdits** qui empêchent les femmes d’accoucher et qui sont sources de beaucoup de douleurs. Lever ces interdits, ouvrir ces barrières entre l’avant et l’après naissance, compose une grande part du travail de l’accouchement. Une femme n’ouvre pas que son col, elle ouvre sa vie.

Les composantes de la douleur

Que dit une femme quand elle dit “j’ai mal” ? Une femme qui accouche n’a pas seulement mal au ventre, elle a mal à toute sa vie, à son couple, à sa difficulté à se reproduire, elle a mal à sa mère, mal partout, mais elle n’a pas forcément mal au ventre.

Au moment où ce symptôme de la douleur, qu’elle soit physique ou morale, s’exprime, c’est un appel. Cet appel, il est fait à l’équipe, il est surtout fait au compagnon : “jusqu’où puis-je compter sur toi ? Je suis dans une difficulté. Est-ce que tu l’entends ? Est-ce que tu vas être participant à la solution de cette difficulté, ou est-ce que tu délègues cette décision aux professionnels ? “

Le type de réponse qui lui est donné, est un renseignement dont la femme a crucialement besoin à cet instant là. Il va s’inscrire comme une mémoire dans le couple. En face de ces situations, l’attitude thérapeutique doit être très, très nuancée, très prudente.

Bien sûr, pour une femme le rêve pourrait-être de couper à l’épreuve de la douleur, ce qui est à mon avis un rêve très mutilant. Cela reviendrait à vouloir couper à une initiation et à refuser la mutation qui en découle. Une femme fait des bonds en avant pendant l’accouchement, elle y est dans une vérité absolue. J’aimerais dire que cette journée est un sas. Jusqu’à la première contraction, il s’agit d’une femme qui n’a jamais eu d’enfant (ou pas cet enfant là) et à la fin de la dernière contraction, quand l’enfant naît, elle devient pour toujours la mère de cet enfant, vivant ou pas. Dans ce sas va se dérouler une phase brève mais très importante de la vie, qui est cette transformation de mère potentielle en mère réelle, avec tout ce que cela bouleverse, nettoie, sollicite. Dans cette initiation, il n’y a pas que l’initiation de la mère, il y a aussi l’initiation du couple qui traverse parfois sa première épreuve en commun. C’est le moment de voir qui est l’autre, de le connaître, de le reconnaître. Cela peut souder ou dessouder un couple.

Les rencontres autour de la douleur

Devant de tels enjeux, l’équipe de la Maternité des Lilas a décidé d’intégrer dans les séances de préparation à la naissance, une séance, consacrée à parler de la douleur. Pour ma part, j’ai toujours fait des entretiens collectifs, le samedi après-midi, afin que les futurs pères puissent être là. Cela prenait plusieurs heures. Je tenais absolument à intégrer les hommes à cet entretien, puisqu’ils seraient présents à l’accouchement. Pendant la grossesse, grâce à la préparation, les femmes progressaient incroyablement dans la connaissance de leurs corps et de leurs émotions, et il était frappant de voir le décalage qui s’instaurait peu à peu entre eux. Si on ne donnait pas au compagnon l’occasion d’aborder le domaine de l’émotion, ils risquaient de devenir des éléments très négatifs le jour de l’accouchement, alors qu’on aurait tellement besoin d’eux.

Il n'est pas anodin pour un homme, d'être à côté d'une femme qui va mettre un enfant au monde. Si ce qu'elle vit est particulièrement difficile, dans le même temps, elle découvre en elle-même des ressources surprenantes, qui lui révèlent des capacités inconnues et en particulier sa force. Beaucoup d'hommes parlent de cette force comme de la grande découverte de cette journée. Certains ont le désir d'aller dans le sens de cette force et vont chercher le moyen de l'aider en apportant leur confiance, en exprimant leur désir. Pour d'autres, elle est presque inacceptable, et les confronte à leur propre incapacité à supporter une éventuelle épreuve similaire. Sous prétexte qu'ils ne voudraient pas "souffrir ça pour eux", ils demandent qu'on l'évite à leur compagne.

Il m'est par exemple arrivé plusieurs fois d'être poursuivie dans les couloirs par un mari un peu agressif qui me disait : "vous allez la laisser souffrir longtemps comme ça ? Qu'est-ce que vous attendez pour lui faire une péridurale ?"

Je n'avais pas reçu de demande de la part de la femme de cet homme. J'allais la voir et lui demandais : "Écoute, je ne savais pas que tu voulais une péridurale. Qu'est-ce qui se passe ? Je suis là." Et cette femme me répondait : "Moi, ça va, mais **lui** ne supporte plus. Je pense qu'il vaudrait mieux une péridurale." Et je comprenais cette femme qui disait elle-même ne pas avoir besoin d'une péridurale, mais qui avait à choisir entre une douleur qu'elle pouvait gérer, à condition d'être aidée, et un homme qui non seulement ne pouvait plus l'aider, mais devenait lui-même insupportable, car il rendait insupportable ce qu'il ne supportait plus. Entre éliminer la douleur et éliminer le compagnon, elle préférait éliminer l'un et garder l'autre, même si celui-ci était devenu insupportable.

Dans ce domaine très délicat j'ai appris à faire attention à ce qui se passait dans un couple avant de me lancer dans la mise en route d'une péridurale.

Durant ces entretiens sur la douleur, j'essayais d'avertir les couples de ce qui les attendait, de les préparer à être ensemble, en face de situation que je leur décrivais. Je leur racontais simplement ce que je vivais jour et nuit, en essayant d'en tirer les lignes de force, pour qu'ils sachent que ce qui allait compter, était leur solidarité, leurs différends, leurs interdits, leurs sexualités, qui est très importante là-dedans, leur refus d'enfant, très important aussi au moment de l'accouchement, refus séparé, refus du couple, ou à l'inverse le grand désir d'enfant quand il est trop investi. Ceci pour qu'au moment où ils allaient rencontrer ces situations qui relèvent du domaine psychique et émotionnel, ils les repèrent comme telles, ils ne les évacuent pas d'emblée en demandant une péridurale comme cela arrive souvent.

Parfois, des mères accompagnaient leur fille à ces entretiens. Il est arrivé qu'à la fin une mère prenne la parole et dise : "J'ai toujours raconté que j'avais eu très mal et que mon accouchement avait été abominable. Maintenant j'ai compris que la seule chose que je voulais ce jour-là, c'était que mon mari soit là, et c'est la seule personne qui n'a pas eu le droit de rentrer. Je suis en train de réaliser que c'était ça ma douleur."

Trouver les sources d'une douleur peut être à l'inverse, comprendre qu'une personne ne doit pas être là. Par exemple, la mère de la femme qui accouche. Si cette mère est encore dans un rapport maternel d'infantilisation, cela peut constituer un empêchement absolu d'accoucher pour sa fille. On voit alors des stagnations inexplicables. Une perfusion est posée pour accélérer les contractions et ça bloque toujours. On en arrive à la péridurale parce que le travail est beaucoup plus douloureux, que la dilatation ne progresse toujours pas. Dans ces situations, il m'est arrivé à plusieurs reprises de proposer à une mère présente de sortir avec moi de la salle de naissance, en essayant de ne pas la blesser, l'une d'entre elles m'a dit : "Je vois bien que vous n'êtes pas contente que je sois là, mais voyez-vous, je l'ai vue naître, j'ai

vu son premier sourire, sa première dent, la mise au pot, l'entrée à l'école, etc. ..." J'ai fini par lui dire : "Mais le premier rapport sexuel, vous-y-étiez ?" Alors, elle a ri. Pendant ce temps-là, sa fille accouchait dans des cris d'orgasmes absolument indécents ! Mais la mère n'avait pas à les entendre. Et oui ! L'accouchement c'est aussi la sexualité.

Mais il n'y a pas que les mères, et j'ai plusieurs exemples où la présence d'accompagnants pesant empêchait toute intimité dans le couple, et par la même constituait une entrave au bon déroulement du travail. Là aussi notre vigilance s'impose.

De l'usage de la péridurale

La péridurale a été une réponse médicale révolutionnaire à la douleur de l'accouchement puisque dans le même temps, elle proposait une réponse à cette douleur et ne privait pas les femmes de leur participation.

Lorsque j'ai acquis cette compétence, au moment d'entrer à la Maternité des Lilas, cette nouvelle technique s'accompagnait souvent du commentaire qu'elle était très dangereuse et que l'on pouvait en rester paralysé. C'était le chiffon rouge des idéologies et des compétences. Quand les médecins ne maîtrisent pas une technique, ils la décrivent. Mais quand ils l'ont acquise, il faut absolument s'en servir. Alors on en arrive à ce qui se passe aujourd'hui pour la péridurale comme pour la procréation médicalement assistée. Quand aux idéologies, on entendait à l'époque tout un discours culpabilisant pour les femmes : "J'ai raté mon accouchement, j'ai demandé une péridurale". J'ai connu des couples où l'homme n'a pas pardonné à sa femme de ne pas avoir réussi à accoucher sans ce secours " tu fais ce que tu veux, mais c'est une fuite devant la douleur".

A l'inverse la précipitation avec laquelle on cherche à abolir toute douleur physique, nous a confrontés à des femmes qui souffrait encore, autrement, et qui ne pouvait plus l'exprimer.

Une petite anecdote. Dans un grand hôpital parisien où on pratiquait beaucoup de péridurale, une femme, dont le lit était un peu dissimulé par une porte, pleurait silencieusement. L'anesthésiste du service, qui me faisait visiter, s'est approchée : "Mais je vous ai fait une péridurale tout à l'heure !" la femme a acquiescé. "Alors pourquoi pleurez-vous ?" Et là j'ai vraiment mesuré qu'on pouvait tout à fait ignorer les raisons profondes des larmes et de la douleur.

L'accouchement est peut-être l'occasion d'aborder à ces zones très ardues, secrètes, en général. Si elles n'ont pas été abordées ce jour-là, toute la vie de l'enfant va être dans cette occultation. C'est aussi une occasion perdue pour la femme. La vérité absolue de ce moment est trop dure pour certaines femmes, qui auraient besoin d'une assistance psychologique plus prolongée et dans d'autres circonstances. Mais pour d'autres, elle va être libératrice. J'en ai des exemples, dont certains sont épouvantables, qui ont permis à des femmes de faire par la suite une démarche prolongée. Je peux vous raconter cette femme que rien ne pouvait faire accoucher et qui a fini par dire que sa mère s'était suicidée le jour de ses premières règles. Toute la féminité de cette femme avait été comme criminalisée, puisque le fait qu'elle devienne femme avait été assez intolérable pour que sa mère se suicide. Elle n'en avait jamais parlé. C'est une histoire épouvantable. D'autres plus légères, sont malgré tout très significatives. Comme celle de cette femme si silencieuse, si tendue, à qui j'avais suggéré de crier (et qui ne s'en était pas privée) et qui me dit deux jours plus tard qu'elle avait l'impression d'avoir **parlé vrai** pour la première fois de sa vie.

A l'opposé, chez certaines femmes la souffrance physique va perturber complètement le déroulement du travail et le transformer en un souvenir abominable, c'est là que la péridurale constitue une arme formidable. Je pense qu'elle doit être à la disposition potentielle de toute

les femmes. A condition qu'elle ne devienne pas une obligation comme s'est en train de se passer dans certains lieux. Ce n'est plus un choix mais une obligation de société !

Aujourd'hui toute femme enceinte s'entend dire de la part du crémier, de l'ami, de la tante, etc... "Tu vas demander une pÉridurale bien entendu" c'est une parole banalisée, très soutenue par le battage médiatique. Mais c'est une parole très pessimiste puisque ça à l'air de vouloir dire d'une part : "Tu vas avoir très mal" ce qui est faux puisque toutes les femmes n'ont pas très mal. Et d'autre part "Tu ne seras pas capable de supporter la douleur". Les femmes qui pensent ne pas en avoir besoin ou ne sont pas sûres que ce soit ce qu'elles désirent, subissent une pression considérable.

Je crois que la chose qu'il faut conserver absolument et jusqu'au dernier moment, c'est la possibilité du **choix** des femmes et non du choix de l'équipe, car en introduisant une geste technique, aussi absolu que la péridurale on peut dévier le chemin qu'un couple était en train de parcourir.

Reste le risque de banalisation de l'évÈnement. Quand une femme a une péridurale trop tôt, quand elle n'a pas eu la sensation des contractions, je dirais même quand elle n'en a pas rencontré la douleur, elle reste dans un état presque quotidien. Le travail psychique qui accompagne le travail obstétrical n'a pas lieu. La séparation d'avec l'enfant qui l'a habitée, la rencontre avec cet enfant qui désormais cohabite avec elle ne va pas être facile parce qu'elle est restée en arrière de la première porte et n'a pas contribué à ouvrir l'autre. C'est ça la grande peine des femmes sous péridurale.

On repère cette frustration dans leurs discours, quand elle disent "il ne sait rien passé" ce qui veut dire "je n'ai rien fait". La directrice d'une école de sages-femmes qui savait ce qu'Était l'accompagnement d'une femme en couches et vouler eveiller ses élèves à un certain risque de la péridurale, racontait cette histoire authentique : une femme quitte la caisse du supermarché en poussant son caddie et oublie derrière elle l'enfant dans sa poussette, la caissière la rappelle et la femme confuse répond : "Oh ! mais, vous savez j'ai eu, une péridurale".

Biensûr certaines personnes continuent à vivre leur histoire même sous péridurale. Mais on voit aussi, ce que j'ai vu, des femmes regarder la télévision, ou faire des mots croisés, en attendant que l'enfant veuille bien arriver. Au moment où l'enfant sonne à la porte, on vient lui ouvrir. Mais est-ce qu'on a eu le temps de s'habiller en mère ?...ça !...

Le fait qu'il ne "se passe rien" contredit l'hyper investissement affectif actuel sur l'enfant, cet enfant qui est voulu, choisi, ce qui était peut-être moins le cas autrefois. Il manque le passage entre l'imaginaire et le réel.

Poser ces interrogations sur la péridurale représente pour moi une réaction contre l'envahissement de la péridurale, dans le contexte parisien, c'est réagir contre une société qui nous pousse à l'uniformité. Et pourtant j'ai aimé la beauté de ce métier qui m'a permis de soulager des douleurs physiques qui plongeaient les femmes dans l'horreur.

Mais une femme qui accouche par ses propres moyens est une femme très forte, très grande. Les femmes le sentent, et sont parfois étonnées d'elles-mêmes. Laisser une femme accoucher seule, l'accompagner sans lui dire tout de suite qu'elle en est incapable, et que par conséquent, elle aura une péridurale, c'est lui reconnaître cette force-là.

 TRADUZIONE

L'ultimo paradosso dell'analgesia peridurale è che, dopo aver suscitato tante resistenze, essa suscita tanto entusiasmo. Il mio proposito non è di tentare di chiarire le ragioni di quelle resistenze (culturali, morali, religiose o più prosaicamente tecniche, da parte di anestesisti che non sapevano farla).

Ma merita di essere analizzato questo entusiasmo, per limitarne le esagerazioni, per evitare soprattutto che mascheri gli aspetti complessi del dolore, riducendolo soltanto al suo livello sensoriale, nella misura in cui solo il dolore fisico è il bersaglio della peridurale.

Ora, noi ostetrici o anestesisti, ci siamo tutti trovati di fronte al suo insuccesso (non parlo di un insuccesso tecnico) e delusi dal fatto che questo "gesto magico" non abbia portato i risultati attesi. Il dolore è abolito ma ugualmente il parto non procede. Mi viene voglia di dire "per fortuna" altrimenti saremmo rimasti incapaci di capire.

Per quanto mi riguarda, alcune esperienze in questo campo mi hanno aiutata molto a riflettere. La prima si situa all'inizio della mia pratica. Si trattava di una coppia deliziosa, dolce, tenera: di quelle persone che fanno rilassare l'équipe; ma la dilatazione si blocca a tre centimetri. La giovane donna sembra sopportare le contrazioni, ma è una cosa lunga. Tutti insieme decidiamo di utilizzare la peridurale per aiutare il collo ad aprirsi. Un'ora dopo, sempre tre centimetri. L'idea del cesareo comincia a farsi strada nell'équipe; sono le tre del mattino, propongo al futuro padre di prendere insieme un caffè nella guardiola. <<E' un giornalista, mi interroga nello stile intervista. "Perché questo arresto?" Risposta: "Tre possibili livelli: difficoltà psico-affettive, ma, sorvolo io, non credo sia il vostro caso; ostacoli anatomici; oppure..." Mi ferma: "Lei si sbaglia. Questo bambino io non lo volevo. Non mi sono opposto al fatto che l'avesse, ma mi sono tenuto a distanza rispetto a questa gravidanza. Non dovevo venire nemmeno oggi". "Ma ora non è qui?" "Sì, ci si lascia coinvolgere dal fascino della Maternità dei Lilla">>. <<Poi torna da lei. "Cosa le avrà detto?". Sta di fatto che dopo dieci minuti è a dilatazione completa>>.

E mentre lei spinge, sento che lui le sussurra: "quando penso che la zia Berta non sa che stai per mettere al mondo il mio bambino". Questo "mio bambino" era il permesso di cui lei aveva un bisogno assoluto per partorire.

Questa storia, che non avrà niente di particolarmente originale per voi, mi ha fatto molto riflettere sui **divieti** che impediscono alle donne di partorire e che sono origine di molti dolori. Togliere questi divieti, aprire queste barriere tra il prima e il dopo nascita, costituisce gran parte del travaglio del parto. Una donna non apre solo il suo collo, apre la sua vita.

Le componenti del dolore

Cosa vuol dire una donna quando dice "Ho male"?

Una donna che partorisce non ha solo male alla pancia, ha male a tutta la sua vita, alla sua coppia, alla sua difficoltà a riprodursi, ha male a sua madre, male dappertutto, ma non ha necessariamente male alla pancia.

Nel momento in cui questo sintomo del dolore, che sia fisico o morale, si esprime, è un richiamo. Questo richiamo è rivolto all'équipe, ma è rivolto soprattutto al compagno: "Fino a che punto posso contare su di te? Sono in difficoltà. Tu lo senti? Sarai partecipe della soluzione di questa difficoltà o deleghi la decisione ai professionisti?"

Il tipo di risposta che le viene data, è un'informazione di cui la donna ha bisogno in modo cruciale in questo momento. Va ad iscriversi come un fatto memorabile nella coppia. Di

fronte a queste situazioni, l'atteggiamento terapeutico deve essere molto, molto delicato, molto prudente.

Certo per una donna, il sogno potrebbe essere di evitare la prova del dolore, ciò che è a mio avviso un sogno molto mutilante. Questo sarebbe voler evitare un'iniziazione e rifiutare la mutazione che ne deriva.

Una donna fa grandi passi avanti durante il parto, si trova in una verità assoluta. Mi piacerebbe dire che quel giorno è come un setaccio. Fino alla prima contrazione, si tratta di una donna che non ha mai avuto figli (o non ha avuto questo figlio) e alla fine dell'ultima contrazione, quando il bambino nasce, diventa per sempre la madre di questo bambino, che viva o no. In questo setaccio scorre una fase breve ma molto importante della vita, che è questa trasformazione da madre potenziale a madre reale, con tutto ciò che questo fatto sconvolge, pulisce, sollecita. In questa iniziazione, non c'è solo l'iniziazione della madre, c'è anche l'iniziazione della coppia, che attraversa talvolta la sua prima prova in comune. E' il momento di vedere chi è l'altro, di conoscerlo, di riconoscerlo. Ciò può saldare o dissaldare una coppia.

Gli incontri sul dolore

Di fronte a tali elementi in gioco, l'equipe della Maternità dei Lilla, ha deciso di integrare nelle sedute di preparazione alla nascita, una seduta consacrata a parlare del dolore. Io mi sono sempre impegnata a fare incontri collettivi il sabato pomeriggio, affinché i futuri padri potessero essere presenti. Questo prendeva diverse ore. Ci tenevo assolutamente ad inserire gli uomini in questo incontro, perché sarebbero stati presenti al parto. Durante la gravidanza, grazie alla preparazione, le donne progredivano incredibilmente nella conoscenza del loro corpo e delle loro emozioni, ed era sorprendente vedere lo scarto che si instaurava a poco a poco tra loro. Se non si dava ai compagni l'occasione di accostare la sfera dell'emozione, rischiavano di diventare elementi molto negativi il giorno del parto, proprio quando ci sarebbe stato molto bisogno di loro.

Non è senza significato per un uomo, essere accanto ad una donna che sta per mettere al mondo un figlio. Se quanto lei vive è particolarmente difficile, nello stesso tempo, scopre in se stessa delle risorse sorprendenti, che le rivelano capacità sconosciute ed in particolare la sua forza. Molti uomini parlano di questa forza come della grande scoperta di quel giorno. Certi hanno il desiderio di andare nel senso di questa forza e cercano il mezzo per aiutarla portando la loro fiducia ed esprimendo il loro desiderio. Per altri essa è quasi inaccettabile e li mette a confronto con la propria incapacità di sopportare un'eventuale prova simile. Col pretesto che non vorrebbero "soffrire questo da parte loro", chiedono che lo si eviti alla propria compagna.

Mi è successo, per esempio, diverse volte, di essere rincorsa nei corridoi da un marito un po' aggressivo che mi diceva: "La lascerete soffrire così per tanto tempo? Cosa aspettate a farle una peridurale?" Non avevo ricevuto la richiesta da parte della moglie di quest'uomo. Andavo a vederla e le chiedevo: "Senti, non sapevo che volessi una peridurale. Cosa succede? Sono qui". E la donna mi rispondeva: "Io vado bene, ma è lui che non sopporta più. Penso che lui preferirebbe una peridurale". E io capivo questa donna che diceva da se stessa di non aver bisogno di una peridurale, ma che doveva scegliere tra un dolore che poteva gestire a condizione di essere aiutata, e un uomo che non solo non poteva più aiutarla, ma che diventava lui stesso insopportabile perché rendeva insopportabile ciò che lui non sopportava più. Tra eliminare il dolore ed eliminare il compagno, preferiva eliminare il primo e tenere l'altro, anche se divenuto insopportabile.

In questo campo molto delicato, ho imparato a fare attenzione a ciò che succede in una coppia prima di lanciarmi ad iniziare una peridurale.

Durante questi incontri sul dolore, cercavo di informare le coppie su quanto le attendeva, di prepararle a stare insieme di fronte alla situazione che io descrivevo loro. Raccontavo loro semplicemente ciò che vivevo giorno e notte, cercando di tirarne fuori gli aspetti significativi, perché sapessero che quello che sarebbe contato era la loro solidarietà, i loro disaccordi, i loro divieti, la loro sessualità che è molto importante in quel contesto, il loro rifiuto di un figlio, molto importante anche nel momento del parto, rifiuto separato, rifiuto di coppia, o all'inverso il grande desiderio di un figlio quando è troppo investito. Questo perché al momento in cui avrebbero incontrato queste situazioni che riguardano la sfera psichica ed emozionale, le potessero riconoscere come tali, non le evacuassero immediatamente domandando una peridurale, come accade spesso.

Talvolta alcune madri accompagnavano le loro figlie a questi incontri. E' capitato che alla fine una madre abbia preso la parola dicendo: "Ho sempre raccontato che avevo avuto molto male e che il mio parto era stato orribile. Ora ho capito che la sola cosa che volevo quel giorno era che mio marito fosse là, mentre è l'unica persona che non ha avuto il diritto di entrare. Sto realizzando ora che era questo il mio dolore".

Trovare le origini di un dolore può essere, al contrario, comprendere che una persona non deve stare là.

Per esempio la madre della donna che partorisce: se questa madre è ancora in un rapporto materno di infantilizzazione, questo può costituire per la figlia un impedimento assoluto a partorire. Si vedono allora degli arresti inesplicabili. Si fa una perfusione per accelerare le contrazioni e questo porta ancora a un blocco. Si arriva alla peridurale, perché il travaglio è molto più doloroso, e la dilatazione non progredisce ancora. In queste situazioni, mi è capitato a più riprese di proporre a una madre presente, di uscire con me dalla sala parto, cercando di non ferirla: una di loro mi ha detto: "Capisco bene che non è contenta che io stia qui, ma, vede, io l'ho vista nascere, ho visto il suo primo sorriso, il suo primo dente, l'inizio della scuola, ecc..." Ho finito per dirle: "Ma al primo rapporto sessuale lei c'era?" Allora ha riso. In quel momento sua figlia partoriva con grida di orgasmo assolutamente indecenti! Ma la madre non doveva sentirle. E sì! Il parto è anche la sessualità.

Ma non ci sono solo le madri ed ho più esempi in cui la presenza pesante di persone accompagnatrici impediva ogni intimità nella coppia e per lo stesso motivo costituiva un ostacolo al buono svolgimento del travaglio. Anche su questo è necessaria la nostra attenzione.

L' uso della peridurale

La peridurale è stata una risposta medica rivoluzionaria al dolore del parto perché proponeva una risposta a questo dolore e nello stesso tempo non privava le donne della loro partecipazione.

Quando ho acquisito questa competenza, nell'entrare alla Maternità dei Lilla, questa nuova tecnica era accompagnata spesso dal commento che era molto pericolosa e che si poteva restarne paralizzati. Quando i medici non padroneggiano una tecnica, la screditano. Ma quando l'hanno acquisita bisogna assolutamente usarla. Allora si arriva a quello che succede oggi per la peridurale come per la procreazione assistita.

All'epoca si sentiva anche tutto un discorso colpevolizzante da parte della donna: "Ho fallito il mio parto, ho chiesto una peridurale". Ho conosciuto delle coppie in cui l'uomo non ha

perdonato alla sua donna di non essere riuscita a partorire senza aiuto: “Fai quel che vuoi, ma la tua è una fuga di fronte al dolore”.

All'inverso, la fretta con cui si cerca di abolire il dolore fisico, ci ha messo di fronte a donne che soffrono ancora, sia pur in modo diverso, e che non possono più esprimerlo.

Un piccolo aneddoto. In un grande ospedale parigino in cui si praticava molto la peridurale, una donna il cui letto era un po' nascosto da una porta, piangeva silenziosamente. L'anestesista di turno che mi faceva visitare il reparto, si è avvicinato: “Ma le ho appena fatto una peridurale! Allora perché piange?” E lì veramente mi sono resa conto che si potevano ignorare del tutto le ragioni profonde delle lacrime e del dolore.

Il parto è forse l'occasione per avvicinarsi a queste zone difficili, in generale, nascoste. Se queste non sono state avvicinate in quel giorno, tutta la vita del bambino si porterà dentro queste zone nascoste. E' anche un'occasione perduta per la donna.

La verità assoluta di questo momento è troppo dura per certe donne, che avrebbero bisogno di un'assistenza psicologica più prolungata e da attuarsi in altre circostanze.

Ma per altre donne diventa liberatrice. Ho esempi di parti, fra cui alcuni terribili, che hanno permesso a delle donne di fare in seguito un lungo cammino. Posso raccontarvi di quella donna che niente poteva far partorire e che ha finito per dire che sua madre si era suicidata il giorno in cui lei ha avuto la prima mestruazione. Tutta la femminilità di questa donna era stata come criminalizzata poiché il fatto che lei stesse diventando donna era stato per la madre intollerabile al punto da farle compiere il suicidio. Non ne aveva mai parlato. E' una storia spaventosa. Altre più leggere, sono comunque molto significative. Come quella di una donna così silenziosa, così tesa, che le avevo suggerito di gridare (e che non si era astenuta dal farlo) e che mi disse due giorni dopo che aveva l'impressione di **aver detto il vero** per la prima volta nella sua vita.

In certe donne al contrario, la sofferenza fisica sconvolge completamente lo svolgimento del travaglio e lo trasforma in un ricordo abominevole; è qui che la peridurale costituisce un'arma formidabile. Penso che debba essere a potenziale disposizione di tutte le donne. A condizione che non diventi un obbligo come sta avvenendo in certi posti: non è più una scelta, ma un'obbligazione societaria!

Oggi, ogni donna incinta si sente dire da parte del lattaio, dell'amica, della zia ecc.... “Chiederai una peridurale naturalmente”; è una parola banalizzata, molto incoraggiata dall'informazione mediatica. Ma è una parola molto pessimista perché ha l'aria di voler dire, da una parte: “Avrai molto male” che è falso perché non tutte le donne hanno molto male; e dall'altra parte: “Tu non sarai capace di sopportare il dolore”. Le donne che pensano di non averne bisogno e che non sono sicure di che cosa vogliono, subiscono una pressione considerevole.

Credo che la cosa che bisogna conservare assolutamente e fino all'ultimo momento, è la possibilità della **scelta** delle donne e non della scelta dell'equipe, perché introducendo un gesto tecnico, così assoluto come la peridurale, si può deviare il cammino che una coppia stava percorrendo.

Rimane il rischio della banalizzazione dell'avvenimento. Quando una donna ha una peridurale troppo presto, quando non ha avuto la sensazione delle contrazioni, direi anche quando non ha incontrato il dolore, resta in uno stato quasi abituale. Il lavoro psichico che accompagna il travaglio non ha avuto luogo. La separazione dal figlio che l'ha abitata, l'incontro con questo figlio che ormai coabita con lei, non sarà facile perché lei è rimasta dietro la prima porta e

non ha contribuito ad aprire l'altra. E' questa la grande pena delle donne sotto peridurale. Si ritrova questa frustrazione nei loro discorsi, quando dicono: "Non è successo niente", che significa "Non ho fatto niente". La direttrice di una scuola di ostetriche che sapeva cos'è accompagnare una donna al parto e che voleva rendere vigili le sue allieve rispetto a un certo rischio della peridurale, raccontava questa storia autentica: una donna lascia la cassa del supermercato spingendo il suo carrello e dimentica dietro di sé il bambino dentro il suo passeggino; la cassiera la chiama e la donna confusa risponde: "Oh! Ma sa, ho avuto una peridurale".

Certo, alcune persone continuano a vivere la loro storia anche sotto peridurale. Ma si vedono anche, io ho visto questo, donne guardare la televisione, o fare parole crociate... aspettando che il bambino arrivi. Al momento in cui suona alla porta, gli si apre. Ma c'è stato il tempo di vestirsi da madre? ... Questo! ...

Il fatto che "non succeda niente", contraddice l'iperinvestimento affettivo attuale sul figlio, questo figlio che è voluto, scelto: ciò che una volta forse avveniva di meno. Manca il passaggio tra l'immaginario e il reale.

Porre questi interrogativi sulla peridurale, rappresenta per me una reazione contro l'invasione della peridurale, nel contesto parigino: è reagire contro una società che ci spinge all'uniformità.

Eppure ho amato la bellezza di questo mestiere che mi ha permesso di alleviare dolori fisici che sprofondavano le donne nell'orrore.

Ma una donna che partorisce con i suoi propri mezzi è una donna molto forte, molto adulta. Le donne lo sentono e sono talora stupite di se stesse.

Lasciare una donna partorire da sola, accompagnarla senza dirle subito che non è capace e che, di conseguenza, avrà una peridurale, è riconoscerle quella forza.

Le strategie dell'ostetrica nel controllo del dolore del parto

Tiziana Landi

Compito dell'ostetrica è proteggere il processo della nascita, potenziare le risorse individuali della donna, facilitare la relazione tra la mamma e il neonato e in generale contribuire a rendere la nascita un'esperienza soddisfacente, di maturazione e di crescita. E' proprio l'esperienza globale quella che la donna ricorderà e influenzerà il suo futuro. Alla soddisfazione contribuiscono diversi fattori (Waldestrom 96), e uno di questi è il dolore. Uno dei lavori più impegnativi e creativi dell'ostetrica è quello di aiutare le partorienti a sentire meno il dolore.

E a viverlo meglio.

Nella percezione del dolore, e nella sua elaborazione a livello corticale, sono coinvolti molteplici fattori legati alla cultura e ai vissuti della donna, al suo carattere e alla sua personalità, alle fantasie corporee evocate in lei dal dolore. Molti elementi quali la durata del travaglio, la stanchezza e la mancanza di sonno, la paura e l'isolamento, la confusione, procedure ostetriche invasive, possono concorrere a rendere più o meno tollerabile il dolore del parto.

L'ostetrica può mettere la donna nelle condizioni di gestire meglio il dolore, creando intorno una atmosfera intima e tranquilla, proteggendo la donna da pratiche inutili e da interventi medici non necessari, sapendo intuire quando la sua costante presenza è importante e quando è meglio mettersi da parte e trovando, di volta in volta, i consigli, i gesti, le parole, i silenzi, le attenzioni più adatti a quella donna in quel momento.

L'ostetrica dovrebbe poter utilizzare tecniche e strumenti per la riduzione non farmacologica del dolore. Molte pratiche sono note da tempo e venivano, e vengono, usate per aiutare le partorienti in culture tradizionali. Esistono ormai studi e ricerche che hanno valutato gli effetti di molte di queste (Simkin 1990). Possiamo agire a vari livelli:

1) Diminuire lo stimolo che causa dolore.

Si ottiene offrendo libertà alle donne: se lasciate libere tendono ad assumere diverse posizioni in travaglio e a cambiarle di frequente e trovano che alcune siano più confortevoli di altre. Muoversi, camminare, accovacciarsi, inginocchiarsi, ruotare il bacino inducono cambiamenti nei rapporti tra bacino e testa fetale. La pressione su certe aree può essere alleviata e la testa può ruotare e scendere nel canale del parto (Carlson 1986, Caldeyro L. Barcia 1979).

Nelle posizioni verticali la parte posteriore del bacino resta mobile e il suo movimento consente al canale del parto di aprirsi e di adattarsi meglio alla forma della testa del bambino. In un recente studio randomizzato si dimostra che le donne soffrono meno se spingono nella posizione accovacciata. (de Jong 1997)

Anche con la contropressione si riduce lo stimolo doloroso. Essa consiste in una costante e intensa forza applicata nella parte bassa della schiena. Spostando il sacro si indurrebbe un più normale e meno doloroso allineamento del sacro all'ileo in contrapposizione alla pressione esercitata dall'occipite fetale sui legamenti sacro iliaci.

2) Fornire una stimolazione sensoriale che competa con la trasmissione dello stimolo doloroso a livello delle corna posteriori del midollo e interferisca con la ricezione corticale del dolore

a) Freddo e caldo

Borse d'acqua calda, compresse calde, borse del ghiaccio offrono controstimoli che competono con la percezione del dolore e, inoltre, riducono lo spasmo muscolare reattivo

b) Idroterapia

Docce, bagni, vasche da idromassaggio sono comunemente usati per rilassare e combattere il dolore e ci si può chiedere come mai non siano più diffusamente utilizzati nei reparti di ostetricia, visto il successo che incontrano fra le partorienti e l'assenza di complicazioni.

Il primo studio randomizzato è quello di Cammu (1993) che dimostra un effetto temporaneo dell'immersione in acqua sul dolore, una accelerata dilatazione del collo dell'utero e un'alta soddisfazione delle donne.

Un recente studio randomizzato canadese (Rush et al., 1996) riferisce, con l'uso dell'acqua, una riduzione della necessità di analgesia farmacologica, ridotto numero di parti operativi e maggior numero di perinei intatti. Rileva, però, una maggior durata del travaglio.

c) Pressione e massaggio

Il contatto e il massaggio sono potenti mezzi di comunicazione non verbale. Vari tipi di contatto sono possibili e affidano alle mani un messaggio di cura, di rassicurazione, di aiuto, facilitando la relazione. Bombardare il sistema nervoso centrale con stimoli innocui e piacevoli ha l'effetto di stornare la percezione del dolore verso altre sensazioni. Il benessere che viene evocato probabilmente dipende anche dal rinforzo delle vie inibitorie che provengono dal sistema limbico.

Nessuna tecnica di massaggio è stata sottoposta a un'accurata indagine scientifica.

d) Agopuntura e Shatsu

L'agopuntura, usata da 2500 anni in Cina, è stata sperimentata anche in Occidente per il dolore del parto negli ultimi decenni. Essa risulta efficace soprattutto quando gli aghi vengono stimolati elettricamente, ma questo rende la procedura lunga e complessa e comporta una riduzione per la donna della libertà di movimento. Gli stessi punti dell'agopuntura vengono stimolati con la digitopressione nello Shatsu, tecnica facile da apprendere, ma purtroppo non ancora valutata scientificamente.

e) Tens

La stimolazione elettrica transcutanea consiste in un apparecchio a batteria che genera impulsi elettrici a basso voltaggio che vengono inviati a due paia di elettrodi collocati sulla schiena, e che producono una sensazione di formicolio di intensità variabile. Gli studi che ne valutano l'efficacia indicano effetti contraddittori, e i risultati non sono conclusivi.

3) Agire sulle vie inibitorie. Si sa che fibre discendenti dalla corteccia e dalla base del cervello (sistema limbico e formazione reticolare, dove originano le risposte più primitive evocate dallo stimolo doloroso) raggiungono le corna posteriori del midollo dove possono modulare l'eccitabilità delle cellule che trasmettono l'informazione sul dolore. In questa modulazione intervengono le endorfine, oppioidi endogeni, che sono implicate nell'inibizione del dolore.

a) Focalizzazione dell'attenzione e distrazione.

Tecniche di rilassamento, visualizzazioni, supporto emotivo, un ambiente confortevole, la presenza accanto di persone che si amano rinforzerebbero le vie inibitorie.

Si può aiutare la donna a non identificarsi col dolore, a guardarlo come qualcosa di separato da sé.

Si può usare il respiro per sciogliere le tensioni che aumentano il dolore.

Si possono privilegiare tecniche che, invece di potenziare le capacità di controllo, aiutano a lasciarsi andare, ad abbandonarsi, permettendo l'espressione del dolore.

Si può insegnare a indirizzare l'energia attivata dal dolore: non la si trattiene, ma la si butta fuori gradualmente, passando dall'urlo al suono modulato, e il grido diventa un canto.

b) Ipnosi

Gli ipnoterapeuti di solito non sono presenti al travaglio e agiscono con tecniche di suggestione post-ipnotica, o insegnando tecniche di autoipnosi in cui la donna entra in uno stato di coscienza alterato con una ridotta consapevolezza del dolore.

Si può ad esempio far immaginare alla donna un luogo piacevole in cui collocarsi, immaginandosi senza dolore.

Si può insegnare a sentire una mano come addormentata e diffondere questa sensazione in altre parti del corpo che vengano toccate da quella mano.

Abbiamo a disposizione solo uno studio randomizzato che valuta gli effetti dell'autoipnosi in travaglio (Freeman et al. 1986), in cui sono stati evidenziati effetti positivi sulla soddisfazione delle donne, ma non sulla riduzione del dolore.

c) Audioanalgesia e musica

Goldstein (1980) ha rilevato che la musica con un particolare significato emozionale può provocare la secrezione di endorfine in molti individui. Lasciarsi trasportare dalle emozioni, dai ricordi suscitati da particolari brani musicali, abbandonarsi a suoni che ricordano i rumori della natura (canto di uccelli, rumore di cascate, di onde sulla spiaggia), possono essere utili durante il travaglio. La musica può aiutare la ritmicità del respiro, del massaggio, delle oscillazioni del corpo e facilitare visualizzazioni e tecniche di ipnosi. La musica, oltre a ridurre lo stress nella donna, può rilassare anche il partner e lo staff del personale che assiste.

Sappiamo bene le difficoltà che può avere un'ostetrica se vuole esprimere appieno le potenzialità del suo ruolo. Spesso non può dedicare alla donna il tempo che vorrebbe, perchè c'è un'altra donna in travaglio che ha bisogno di lei, o esistono altre attività in reparto che non può trascurare.

La medicalizzazione è molto spinta in alcuni ospedali.

La pratica, ad esempio, di lunghi monitoraggi cardiocografici in travaglio, o l'applicazione frequente dell'infusione con ossitocina, rendono difficile alla donna ogni tipo di libertà di movimento e la ricerca di posizioni che ne rendano più facile la tolleranza al dolore.

Dovrebbero essere previste delle forme elastiche di utilizzazione del personale, con possibilità di ricorrere ad ostetriche reperibili se il numero delle partorienti lo richiede. Esistono ormai numerosi studi che valutano gli effetti sul parto della presenza continua del sostegno dell'ostetrica o di una altra figura tecnicamente preparata. La revisione degli studi esistenti (Hodnett, 1994) nella Cochrane Library dimostra che gli effetti sono:

- una ridotta durata del travaglio,
- la diminuita necessità di ricorrere a farmaci per il dolore e a parti operativi per via vaginale,
- un miglioramento degli indici di Apgar.

L'esperienza è stata valutata dalle donne meno stressante. Si sono sentite più controllate e globalmente soddisfatte. I risultati sono ben evidenti, e questo benchè i vari studi si riferiscano ad ospedali molto diversi in varie parti del mondo, con disparità di routine assistenziali.

Dovrebbero essere messi a disposizione per il parto ambienti dove la donna e l'ostetrica possano muoversi in libertà ed esplorare i vantaggi di supporti come cuscini, sgabelli, vasche per il travaglio e il parto in acqua, ecc.

In una review della Cochrane Library che esplora le differenze fra i setting convenzionali e quelli alternativi per il parto, si evidenzia in questi ultimi una ridotta necessità di anestesia e una maggiore soddisfazione della donna.

Infine dovrebbero essere maggiormente diffuse nelle scuole di ostetricia, ed essere materia di continuo aggiornamento per le ostetriche, l'arte e la scienza del supporto in travaglio.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Cammu H, Clasen K, Van Wettere L, Derde MP. "To bathe or not to bathe" during the first stage of labour. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1994; 73:468-472.
- 2) Carlson JM, Diehl JA, Sachtleben-Murrey M, McRae M, Fenwick L, Friedman EA. Maternal position during parturition in normal labor. *Obstet Gynecol* 1986; 68:443-447.
- 3) de Jong PR, Johanson RB, Baxen P et al. Randomized trial comparing the upright and supine position for the second stage of labour. *Br J Obstet Gynecol* 1997; 104: 567-571
- 4) Freeman RM, Macaulay AJ, Eve L et al. Randomised trial of self hypnosis for analgesia in labour. *Br Med J* 1986; 292:657-658
- 5) Goldstein A. Thrills in response to music and others stimuli. *Physiol Psychol* 1980 ; 8:126-129.
- 6) Hodnett ED. Support from caregivers during childbirth. In: Neilson JP, Crowther CA, Hodnett ED et al. *Pregnancy and Childbirth Module of The Cochrane Database of Systematic reviews. The Cochrane Library* 1997 issue 3.
- 7) Lenstrup C, Schantz A, Beerget A, et al. Warm bath during delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1987; 66: 709-712.

- 8) Rush J, Burlock S, et al. The effect of whirlpool baths in labor: a randomized, controlled trial. Birth 1996; 23 (3) :136-143
- 9) Simkin P. Non-pharmacological methods of pain relief during labour in Chalmers I, Enkin M. Keirse M.N.C. Effective care in pregnancy and childbirth . Oxford 1990 Vol 2 : 893-912

Indice

Pag. 2 - Introduzione

Pag. 3 - Presentazione

Pag. 4 - 1985-1997: LE RACCOMANDAZIONI O.M.S. 12 ANNI DOPO

- Pag. 5 - Hot topics from W.H.O. recommendations towards the Third Millennium (Le raccomandazioni dell'O.M.S. verso il Terzo Millennio).
Pag. 15 - Attuazione in Italia delle *Raccomandazioni dell' O.M.S.*
Dati disponibili e proposte per migliorare il sistema informativo sui dati perinatali.
Pag. 24 - Changing Childbirth

Pag. 34 - IL FASCINO DISCRETO DELLA TECNOLOGIA. TENDENZE
DILAGANTI IN TRAVAGLIO:
Parte A - L'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO
CON GEL DI PROSTAGLANDINE

Pag. 35 - L'uso delle prostaglandine: indicazioni, benefici, rischi.

Pag. 46 - Parte B - IL CONTROLLO DEL DOLORE IN TRAVAGLIO DI
PARTO: SOLO UNA QUESTIONE DI ANALGESIA
PERIDURALE?.

- Pag. 47 - Il dolore nel parto
Pag. 50 - Analgesia peridurale in travaglio: indicazioni, rischi e benefici
Pag. 57 - Allié e ennemie, la douleur (Il dolore: alleato e nemico)
Pag. 66 - Le strategie dell'ostetrica nel controllo del dolore del parto

Pag. 70 - Indice



Associazione ANDRIA - Coordinamento per la Promozione di una Assistenza Appropriata in Ginecologia e Ostetricia
con sede c/o Dr.G.Gori, Clinica Ostetrico - Ginecologica dell'Universita' di Bologna,
Via Massarenti 13, 40138 Bologna
C.F. 92048670373

Finito di stampare nel mese di Febbraio 1999
Tipo-Litografia LUGHESE - Lugo di Romagna (Ra)