

to, accoglienza, sono fattori che possono aiutare a trovare dentro di sé le risorse per affrontare questo passaggio con soddisfazione e gioia.

Non è, infatti, un caso se la medicina dell'evidenza ci mostra come il rapporto "one to one" con l'ostetrica, riduca significativamente il ricorso all'analgisia, oltre che al Taglio Cesareo.

Come ostetrici dobbiamo anche riflettere sul fatto che l'analgisia rappresenta un atto medico, con ricadute sul nostro operato, ed effetti dei quali siamo responsabili in prima persona: tutta la letteratura internazionale è concorde nell'indicare il monitoraggio continuo in questi casi, nel segnalare il rischio di ipotensione, di allungamento del periodo espulsivo (2 ore nella pluripara e 3 ore nella primipara secondo l'ACOG), di aumento dei parti operativi (il doppio secondo la revisione della Cochrane), di maggior frequenza di febbre materna.

Inoltre l'introduzione di nuove figure sulla scena del parto, con le quali dobbiamo necessariamente interagire, comporta la costruzione di un rapporto di stretta collaborazione e fiducia nel rispetto dei reciproci ruoli.

Forse, come spesso accade, non esiste una sola soluzione, ma devono coesistere tante possibilità.

L'auspicio è che da questi spunti nasca una discussione seria e non banalizzante, scevra da posizioni preconcepite e da aspettative ancora una volta miracolistiche; una riflessione che serva ad offrire una informazione il più possibile corretta, e che si proponga di mettere la donna in condizione di essere al centro delle proprie scelte, al di fuori da facili semplificazioni.

In fondo, come ci suggerisce il brano riportato all'inizio, la porta da cui si entra nel mondo è anche quella da cui si esce, ed è proprio per questo che ogni parto è così terribilmente bello e misterioso: il nostro compito è dunque accompagnare lungo questo percorso in punta di piedi, mettendo da parte le personali convinzioni e offrendo conoscenze, competenze, ma anche ascolto e rispetto.

Valeria Dubini

Analgesia per il parto: forse la svolta definitiva?

Elsa Margaria, Ivana Castelletti, Vice-presidente SIAARTI

Responsabile Il Servizio di Anestesia e Rianimazione Ospedale S. Anna Torino

Il mese di Febbraio 2005 sarà dedicato dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva, nell'ambito di un programma di formazione nazionale, all'Anestesia in Ostetricia.

Piero della Francesca: Madonna del Parto. 1467 - Affresco nella Cappella del cimitero, Monterchi



Cenni storici

Il dolore del parto è presente fin dalle origini della storia umana. L'analgisia applicata all'ostetricia ha radici antichissime. Si è tentato di alleviare i dolori del travaglio e del parto impiegando le sostanze più disparate: gli antichi testi cinesi parlano dell'uso degli oppiacei, mentre in Europa le donne si affidavano ad "intrugli" di

mandragola, di canapa, di papavero e di cicuta.

L'era della moderna anestesia in ostetricia comincia nel 1847, quando James Young Simpson e Walter Channing pubblicano il loro studio sull'uso del dietiletere durante il travaglio di parto. Il primo ad utilizzare con successo le tecniche di analgesia loco-regionale in campo ostetrico è Soeckel nel 1909, e, Aburel, nel 1931, codifica la tecnica dell'analgesia epidurale continua in travaglio. In seguito vengono compiuti numerosi studi sui meccanismi del dolore durante il parto.

La tecnica di analgesia epidurale lombare continua, sulla quale si basa la moderna pratica anestesiológica, è messa a punto nel 1931 da Achille Mario Dogliotti, a Torino e, negli Stati Uniti, da John Bonica.

Questa branca della medicina incontra forti resistenze socio-culturali: la maledizione di Dio riportata nella Genesi viene ancora invocata dagli ambienti conservatori, ma nel 1956 il papa Pio XII dichiara che la Chiesa non si oppone alla prevenzione del dolore nel travaglio e nel parto.

Dagli anni '60 si assiste ad una rapida evoluzione tecnica e farmacologica dell'analgesia epidurale che ne facilita la diffusione nei paesi anglosassoni prima, e nel resto d'Europa più tardi. In Italia le prime analgesie epidurali vengono effettuate da Mario Tiengo presso la Clinica Mangiagalli di Milano alla fine degli anni cinquanta. All'Ospedale S. Anna di Torino, dove i parti raggiungevano i 20.000/anno, venivano utilizzati, per i parti strumentali, in alternativa all'analgesia inalatoria con N2O, la Ketamina in basso dosaggio per via intramuscolare, e l'Althesin. Le prime analgesie periferiche (sacrali) per il parto risalgono al 1972, la prima proposta di protocolli di analgesia peridurale al 1985.

Caratteristiche del Dolore

Il dolore legato alle contrazioni uterine, anche in fase prodromica, ha l'importante funzione biologica di segnalare l'inizio del travaglio. Le risposte psicologiche, biochimiche e fisiologiche indotte nell'organismo materno sono finalizzate a preservare l'omeostasi materno-fetale se restano nei limiti fisiologici.

L'iperalgia nel corso del travaglio e del parto provoca effetti deleteri sia per la madre che per il feto, dolore e stress innescano infatti risposte riflesse segmentarie e soprasedimentarie che a loro volta incidono sulle funzioni respiratoria, cardio-circolatoria ed endocrina.

Il dolore da parto rappresenta un perfetto modello di dolore acuto; esso è infatti l'unico esempio di presenza contemporanea delle tre componenti del dolore: viscerale, riferito e somatico (fig.1).

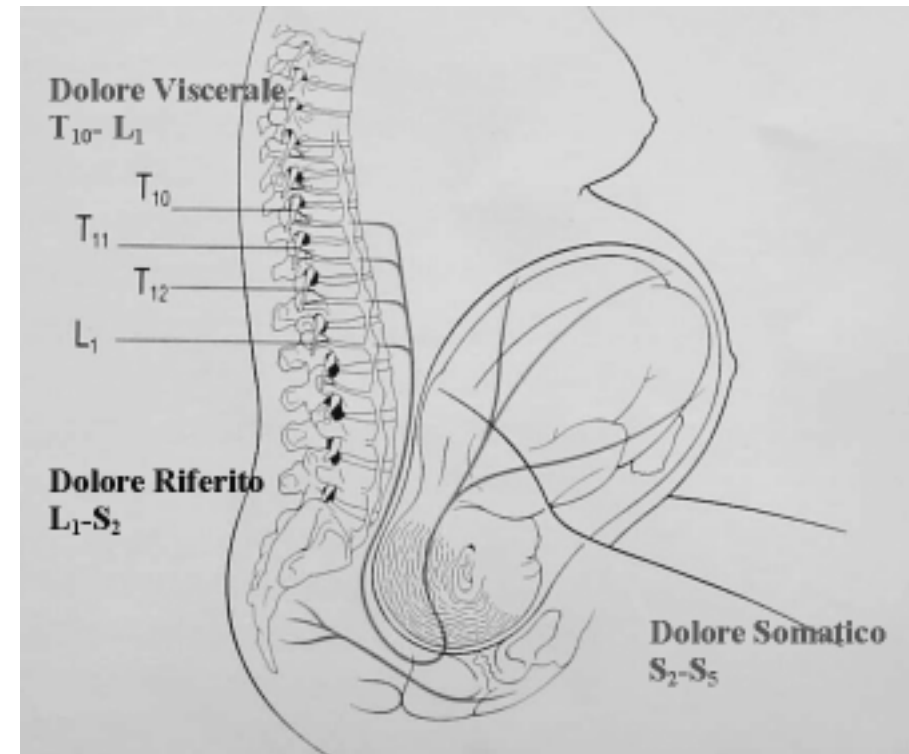


Figura 1 Metameri coinvolti nel dolore del travaglio di parto

Come il dolore viscerale in generale, anche il dolore del travaglio di parto è accompagnato da un'intensa reazione emozionale (ansietà, sensazione di morte imminente) e da sintomi vegetativi (nausea, vomito, brivido, sudorazione, bradi o tachicardia).

Il dolore del parto ha caratteristiche del tutto peculiari: insorge infatti in un individuo perfettamente sano, è limitato nel tempo ed è immediatamente seguito dalla gratificazione relativa alla nascita del bambino. Alcune donne preferiscono assecondare integralmente il processo naturale del nascere, nella sua completezza, accettandone anche la parte dolorosa. Questa posizione si fonda sulla considerazione che questo dolore può avere una connotazione fortemente positiva. Si tratta

infatti di una sofferenza particolare: dotata di elementi vitali, di componenti passionali, di significati culturali di lunga durata.....

Per molte donne, tuttavia, il dolore del parto è un grosso scoglio da superare, un passaggio che assorbe molte energie, limitando la possibilità di una partecipazione più attiva e serena all'evento.

Si confrontano quindi due linee di pensiero: da un lato ci sono coloro che ritengono la sofferenza da parto una componente inscindibile dell'evento nascita, dall'altro coloro per i quali una vera umanizzazione della nascita non può realizzarsi in presenza della sofferenza e del dolore; da quest'ultima posizione scaturisce la necessità della applicazione della moderna analgesia ostetrica, attualmente penalizzata da un'insufficiente organizzazione ospedaliera.

I dati sempre più numerosi comparsi in letteratura sull'analgesia epidurale dimostrano la piena compatibilità di questa tecnica con un parto naturale e spontaneo, la sua efficacia nel controllo del dolore da parto, la sua estesissima applicazione e l'elevato grado di sicurezza sia per la madre che per il neonato. Questi dati autorizzano a considerare questo tipo di analgesia applicabile, efficace ed accettabile, nonostante i rischi intrinsecamente connessi alla procedura e le difficoltà di tipo organizzativo che si auspica vengano superate.

(tratto dal documento "La terapia del Dolore: orientamenti bioetici" pubblicato dal Comitato Nazionale di Bioetica nel marzo del 2001).

Situazione europea

L'introduzione del parto indolore nel Regno Unito risale addirittura al 1928, ad opera del National Birthday Trust. Oggi 150.000 donne ogni anno scelgono di partorire con l'epidurale. Nelle grandi città il ricorso a questa metodica supera spesso il 60% dei parti spontanei.

In Svezia il Parlamento ha dichiarato il parto indolore un diritto della donna fin dal 1971, in Finlandia il Ministero della Salute si è pronunciato in tal senso nel 1977. L'88% delle donne scandinave programma l'uso di qualche metodica analgesica durante il parto e l'epidurale è la tecnica più diffusa, soprattutto in Svezia e Finlandia (40-50%).

La Francia ha cambiato il suo atteggiamento nei confronti dell'analgesia nel parto negli anni '90, grazie principalmente all'azione del Governo, che ha promosso alcune leggi per migliorare l'assistenza ostetrica compreso l'aspetto antalgico. La tecnica maggiormente diffusa è quella epidurale: nei grandi centri, la percentuale di donne che ricorre all'analgesia epidurale già nel 1995 raggiungeva il 48,9%.

Il 60% delle donne statunitensi ricorre all'epidurale per lenire il dolore da parto (2.400.000 casi nel 2002).

Per quanto riguarda l'Italia, l'analgesia epidurale è poco diffusa nel nostro

Paese; oltre che a fattori culturali e alla scarsa informazione sull'argomento ciò è sicuramente attribuibile al mancato riconoscimento economico da parte del SSN alle strutture sanitarie che decidono di fornire queste prestazioni. In Italia la decisione se attivare un servizio di partoanalgesia è lasciata alla libera iniziativa delle singole strutture ospedaliere e degli anestesisti.

Solo alcuni ospedali con "mission" nel campo materno-infantile garantiscono la partoanalgesia nell'arco delle 24 ore come elemento di richiamo per la propria utenza, accollandosi i conseguenti oneri di spesa. In alcune realtà, sia pubbliche che private, il servizio viene invece fornito esclusivamente in regime di libera professione, ma in genere con costi molto elevati. Ciò è da attribuire al gravoso impegno per i sanitari coinvolti, che devono assicurare la loro presenza a qualsiasi ora del giorno e della notte per una prestazione la cui durata è oltretutto assolutamente imprevedibile.

E' opinione diffusa tra gli operatori che la disponibilità di un servizio di partoanalgesia possa anche ridurre il ricorso al taglio cesareo. Le donne non scelgono il taglio cesareo, ma sono indotte a sceglierlo se non si offre loro la possibilità di partorire con minore sofferenza.

Modalità di intervento

Esistono numerose teorie sulle modalità di intervento sul dolore del parto. Tutte le tecniche che non utilizzano farmaci o strumentazione invasiva (preparazione psicologica, training autogeno, ipnosi, agopuntura ecc.) hanno dimostrato una buona efficacia antalgica, sfruttando fattori comuni che agiscono innalzando la soglia del dolore. Tali fattori includono la suggestione, la motivazione, la distrazione e la creazione di riflessi condizionati positivi, parto in acqua, ipnosi.

Talvolta, purtroppo, il dolore del travaglio supera le aspettative della donna, che necessita quindi di un intervento medico-farmacologico. Sapere che quando arriverà il momento della nascita non si proverà dolore, che un travaglio lungo non si tradurrà in una lunga sofferenza, che si può vivere il parto con gioia e serenità: a questo pensano le donne che sempre più spesso chiedono di partorire con l'aiuto dell'epidurale. L'analgesia epidurale continua consente infatti di controllare efficacemente il dolore, partorendo comunque in modo naturale e spontaneo. Alla crescente richiesta non corrisponde purtroppo ancora una adeguata risposta.

L'anestesista-ostetrico si confronta molto spesso con questa problematica.

Sono state descritte molte tecniche per l'abolizione, o la diminuzione del dolore durante il travaglio di parto, il cui utilizzo varia in relazione allo stadio del travaglio, alle condizioni della madre e del feto, all'esperienza dell'anestesista e del team ostetrico.

Se negli anni passati, in tema di anestesia ostetrica, l'interesse era focalizzato prevalentemente sulla sicurezza, e quindi sulla mortalità e morbilità materna e neo-

natale, attualmente non sussistono dubbi sulla esigenza di attrezzare ospedali in cui sia possibile, con ampi margini di competenza, assicurare a tutte le donne che lo desiderano condizioni di analgesia nel parto e di anestesia ostetrica supportate da protocolli ben definiti e validati.

Protocolli di analgo-anestesia peridurale per il parto vaginale spontaneo possono essere applicati a tutte le partorienti, previa visita anestesiológica, consenso e informazione della paziente e dell'ostetrico. I protocolli attualmente in uso presentano, accanto a linee guida abbastanza rigorose, caratteristiche di adattabilità a discrezione dell'anestesista, che potrà quindi modularli per ogni singolo caso ed esigenza. Essi prevedono la somministrazione di una minima dose test di anestetico locale a lunga durata d'azione (ropivacaina, bupivacaina o levo-bupivacaina 0,05-0,2%) e di un oppioide (sufentanil o fentanyl) opportunamente diluiti.

Nel caso si debba intervenire con un parto operativo, si potrà eseguire una anestesia peridurale, potenziando la dose dell'anestetico locale.

Come per ogni atto medico, deve essere posta estrema attenzione durante tutta la metodica per evitare l'insorgenza di complicanze o di sequele a distanza.

Realtà italiana attuale

Quanti sono gli Ospedali in Italia in grado di assicurare alle partorienti un'analgesia da parto in condizioni di sicurezza? In una indagine del '95, solo 17 ospedali in Italia affermarono di disporre di un servizio di analgesia peridurale. Nell'83% delle primipare e nell'84% delle multipare quindi non veniva effettuata alcuna analgesia. Emergeva un quadro caratterizzato da grosse limitazioni dovute spesso a circostanze contingenti, non di ordine scientifico, ma semplicemente organizzativo, come ad esempio la carenza, o addirittura l'assenza, di servizi specifici di anestesia ostetrica nella maggior parte degli ospedali.

Nel 2000 è stata effettuata una nuova indagine. Sono stati intervistati i responsabili dei Servizi di Anestesia di 93 Aziende Ospedaliere, 5 Policlinici generali, 1 Ospedale classificato, 2 strutture private convenzionate, 4 non precisate, per un totale di 105 nosocomi, tutti dotati di un reparto di ostetricia. Confrontando i dati del '95 con quelli del 2000 si rende evidente un aumento del numero dei centri forniti di un servizio di analgesia da parto (76), che comunque non copre che il 10% circa dei centri che hanno un Servizio di Ostetricia. La partoanalgesia non è garantita in tutte le strutture esaminate, ma solo in 46 centri, prevalentemente al Nord, con coperture orarie differenziate: 38 offrono una copertura oraria di 24 ore su 24, in 5 centri la copertura è di 12 ore e nei rimanenti 3 è di 6 ore. La realtà italiana è quindi ancor oggi gravemente deficitaria.

Quali le ragioni?

Esaminando i DRG di tipo chirurgico si osserva che le prestazioni anestesiológicas a supporto degli interventi sono ininfluenti sul peso del DRG, in quanto neppure nominate. Questa situazione fa sì che qualsiasi prestazione anestesiológica volta a lenire il dolore acuto, quale ad esempio il dolore da parto, non sia sostenuta da un corrispettivo finanziario. Altre problematiche sono riscontrabili nella purtroppo ancora scarsa cultura, anche da parte degli operatori sanitari sul problema Dolore, che viene ancora considerato da molti, troppi, un evento ineluttabile e per il quale non è il caso di sprecare energia e finanze. Vi sono, inoltre, ancora in Italia, ostacoli di tipo organizzativo, quali ad esempio, la carenza di medici specializzati in Anestesia, di personale paramedico ecc. Inaccettabile è il percorso, purtroppo molto diffuso, di proporre l'analgesia epidurale solo a pagamento, in regime di libera professione.

Che cosa si può fare?

Riassumiamo alcuni punti che sono stati discussi durante il Congresso all'Istituto Buzzi nel Gennaio 2004:

- svolgere un'adeguata campagna informativa affinché ogni donna possa essere informata sulle diverse opportunità di parto disponibili,
- informare il Ministero e i vari Consigli Regionali in merito agli standard organizzativi e di personale delle strutture sanitarie preposte all'Anestesia in Ostetricia, oltre che alla divulgazione informativa sul parto assistito e sulla metodica dell'analgesia peridurale,
- riaggiornare i DRG che riguardano il parto, in modo da considerare i costi relativi all'assistenza necessaria per l'attuazione del parto con analgesia epidurale, ed inserire tale voce,
- prevedere un potenziamento del personale sanitario dedicato ai punti nascita e all'assistenza al parto, in particolare anestesisti e paramedici, in modo da rendere possibile l'attuazione delle metodiche di parto indolore.

Queste richieste sono già state presentate alla Camera, alla XXII Commissione, come proposta di legge: "Norme per la tutela dei diritti della partoriente, la promozione del parto fisiologico e la salvaguardia della salute del neonato", e pubblicate sul Sole 24 ore Sanità del 31 Agosto-6 Settembre 2004, e, speriamo di giungere finalmente, in tempi non lunghi, alla soluzione positiva di questo importante problema socio-sanitario.

1 Comitato Nazionale di Bioetica. La Terapia del Dolore: aspetti bioetici. 2001