

L'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO

L'INDUZIONE DEL TRAVAGLIO DI PARTO (ITP) rappresenta oggi una delle procedure più frequentemente praticate in ostetricia e costituisce un elemento centrale nella gestione moderna della gravidanza a termine e delle principali patologie ostetriche. Se storicamente l'induzione era considerata un intervento riservato a poche situazioni cliniche selezionate, negli ultimi decenni il suo impiego è progressivamente aumentato in tutti i Paesi occidentali, fino a interessare oltre un terzo dei parti in numerose realtà assistenziali.

Questo incremento riflette diversi fenomeni concomitanti: il miglioramento delle conoscenze fisiopatologiche relative all'insorgenza spontanea del travaglio, la disponibilità di metodiche farmacologiche e meccaniche sempre più efficaci e sicure, l'aumento dell'età materna e delle gravidanze complicate da patologie croniche. Parallelamente, la pubblicazione di un numero sempre maggiore di studi clinici randomizzati e l'aggiornamento delle linee guida internazionali hanno contribuito a ridefinire indicazioni e modalità operative dell'induzione.

Nonostante la sua diffusione, l'ITP continua a rappresentare una procedura complessa, nella quale aspetti clinici, organizzativi, comunicativi ed etici si intrecciano strettamente. La scelta di indurre un travaglio non può infatti essere ridotta all'applicazione di un protocollo standardizzato, ma richiede una valutazione individualizzata del rischio ostetrico, delle caratteristiche della paziente e delle sue preferenze, la valutazione delle risorse assistenziali ed organizzative del singolo reparto al fine di definire un percorso assistenziale condiviso e sicuro.

DALLA STORIA ALLE MODERNE STRATEGIE DI INDUZIONE

L'idea di anticipare artificialmente il parto accompagna la storia dell'ostetricia da oltre due secoli. Le prime descrizioni risalgono alla fine del Settecento, quando Thomas Denman introdusse l'amnioressi come possibile intervento nelle donne con pelvi "contratta". Nel corso dell'Ottocento furono successivamente sperimentati numerosi metodi, tra cui l'utilizzo dell'ergot, fungo contenente alcaloidi in grado di stimolare la contrattilità uterina, nonché dispositivi meccanici, irrigazioni vaginali e altre procedure oggi considerate obsolete. L'introduzione dell'ossitocina nella prima metà



del Novecento rappresentò una svolta fondamentale, consentendo per la prima volta una modulazione relativamente controllata dell'attività contrattile uterina. Successivamente, la scoperta del ruolo delle prostaglandine nella maturazione cervicale e nell'attivazione del travaglio ha trasformato radicalmente l'approccio all'induzione, aprendo la strada ai moderni protocolli farmacologici.

Oggi l'ITP si basa su solide conoscenze biologiche relative ai meccanismi che regolano l'inizio spontaneo del parto. L'attivazione dell'interfaccia materno-fetale determina una complessa cascata di eventi biochimici che coinvolge prostaglandine, citochine infiammatorie, ossitocina e numerosi altri mediatori. Questi processi conducono alla maturazione cervicale, alla modificazione delle membrane e all'attivazione della contrattilità miometriale, creando le condizioni necessarie all'avvio del travaglio.

QUANDO L'INDUZIONE È APPROPRIATA

Il principio fondamentale che guida l'indicazione all'induzione del travaglio è rimasto sostanzialmente immutato nel tempo: il parto deve essere indotto quando i benefici dell'interruzione della gravidanza superano i rischi associati alla sua prosecuzione.

Tra le indicazioni più frequenti rientrano la gravidanza protratta oltre il termine, la rottura prematura delle membrane, alcune condizioni materne quali ipertensione, preeclampsia e diabete, nonché specifiche patologie fetali o pla-



DOTT.SSA BIANCA MASTURZO
Direttore SC ginecologia ed Ostetricia Ospedale degli Infermi Ponderano Biella



Il parto deve essere indotto quando i benefici dell'interruzione della gravidanza superano i rischi associati alla sua prosecuzione.

centari che possano compromettere il benessere del nascituro. In tutte queste situazioni, il clinico è chiamato a valutare attentamente il delicato equilibrio tra il rischio di attendere e quello di intervenire.

Negli ultimi anni il dibattito scientifico si è concentrato soprattutto sull'induzione elettiva nelle gravidanze a basso rischio. La pubblicazione del trial ARRIVE nel 2018 ha rappresentato un momento di svolta, suggerendo che l'induzione programmata a 39 settimane nelle nullipare selezionate non determina un aumento delle complicanze materne e neonatali e può associarsi a una riduzione del tasso di taglio cesareo. Questi risultati hanno alimentato un intenso e appassionato confronto internazionale e hanno portato molte società scientifiche a riconsiderare il tradizionale approccio attendista nelle gravidanze fisiologiche.

Tuttavia, l'interpretazione di tali evidenze richiede cautela. La decisione clinica deve sempre tenere conto delle caratteristiche della popolazione assistita, delle risorse disponibili e del contesto organizzativo in cui viene erogata l'assistenza.

LA SCELTA DEL METODO: UN APPROCCIO PERSONALIZZATO

Uno degli aspetti più rilevanti nella pratica clinica riguarda la scelta della metodica di induzione più appropriata. Tale decisione dipende principalmente dalle condizioni cervicali, generalmente valutate attraverso lo score di Bishop,



che mantiene ancora oggi un ruolo fondamentale nella programmazione dell'intervento.

In presenza di una cervice immatura o sfavorevole, l'obiettivo iniziale è favorire la maturazione cervicale. A questo scopo possono essere utilizzati diversi approcci, tra cui lo scollamento delle membrane, le prostaglandine e i dispositivi meccanici. Lo scollamento delle membrane, in particolare, favorisce il rilascio locale di prostaglandine e può aumentare la probabilità di un inizio spontaneo del travaglio, riducendo il ricorso a una vera e propria induzione farmacologica.

Quando invece il collo uterino presenta caratteristiche estremamente favorevoli, l'amnioressi e la somministrazione di ossitocina rappresentano le strategie maggiormente utilizzate per stimolare l'attività contrattile. Anche in questo caso non esiste una metodica universalmente superiore, ma la scelta deve essere adattata alla situazione clinica e all'esperienza del team assistenziale.

Particolare interesse ha suscitato negli ultimi anni il misoprostolo, analogo sintetico della prostaglandina E1. Le evidenze disponibili ne hanno progressivamente definito il ruolo nella maturazione cervicale e nell'induzione del travaglio, consentendone un utilizzo sempre più razionale e sicuro. La disponibilità di formulazioni specifiche e protocolli standardizzati ha contribuito a migliorarne il profilo di efficacia e sicurezza, rendendolo uno degli strumenti più utilizzati nella pratica contemporanea.

OLTRE LA PROCEDURA: L'ESPERIENZA DELLA DONNA

Negli ultimi anni è emersa con crescente forza la consapevolezza che il successo di un'induzione non possa essere valutato esclusivamente attraverso indicatori clinici tradizionali, quali il tasso di parto vaginale o la riduzione delle complicanze perinatali.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha più volte sottolineato come l'esperienza assistenziale della donna rappresenti un outcome di pari importanza rispetto agli esiti clinici. Numerosi studi dimostrano che l'induzione può essere associata a una percezione meno positiva dell'esperienza del parto, soprattutto quando la donna riceve informazioni insufficienti o si sente esclusa dal processo decisionale.

Aspettative irrealistiche, tempi di attesa prolungati, dolore, necessità di interventi aggiuntivi e fallimento della procedura possono contribuire a generare insoddisfazione, ansia e, in alcuni casi, un ricordo traumatico dell'esperienza nascita. Al contrario, un counselling adeguato e una comunicazione efficace si associano a livelli significativamente più elevati di soddisfazione materna.

Per questo motivo il processo informativo dovrebbe iniziare ben prima dell'ingresso in sala parto, coinvolgendo attivamente la donna e la sua famiglia nella comprensione delle indicazioni, delle alternative disponibili, dei possibili benefici e dei limiti della procedura. In questo percorso il ruolo dell'ostetrica risulta particolarmente importante per garantire continuità assistenziale, sostegno emotivo e accompagnamento nelle scelte.

ASPETTI ETICI E MEDICO-LEGALI

L'evoluzione dell'assistenza ostetrica ha reso sempre più rilevanti gli aspetti etici e giuridici legati all'induzione del travaglio.

Il consenso informato rappresenta uno degli elementi cardine della buona pratica clinica e non può essere considerato una semplice formalità burocratica. Il consenso deve essere preceduto da un'informazione completa, comprensibile e personalizzata, capace di permettere alla donna una scelta libera e consapevole.

La crescente attenzione verso la medicina centrata sulla persona impone inoltre di superare modelli paternalistici ancora talvolta presenti nella pratica clinica. La donna deve essere posta nelle condizioni di comprendere non soltanto cosa verrà fatto, ma anche perché una determinata scelta venga proposta e quali siano le possibili alternative.

In tale prospettiva, la qualità della relazione professionista-paziente, la documentazione accurata del percorso decisionale e la condivisione degli obiettivi assistenziali rappresentano strumenti fondamentali sia per migliorare gli esiti clinici sia per ridurre il rischio di contenzioso.

CONCLUSIONI

L'induzione del travaglio costituisce una delle più importanti conquiste dell'ostetricia moderna. Le evidenze scientifiche disponibili consentono oggi di disporre di strumenti efficaci e sicuri per affrontare numerose condizioni materne e fetali nelle quali la prosecuzione della gravidanza comporta un aumento del rischio.

La crescente diffusione della procedura impone, per contro, una costante attenzione all'appropriatezza clinica. Conoscenza delle evidenze, personalizzazione delle strategie terapeutiche, aggiornamento professionale continuo e capacità comunicative rappresentano elementi complementari e indispensabili di una moderna assistenza ostetrica.

L'obiettivo finale non è soltanto ottenere un parto sicuro, ma garantire un percorso assistenziale condiviso, rispettoso e centrato sui bisogni della donna, nel quale efficacia clinica ed esperienza della nascita trovino un equilibrio virtuoso.



Un counselling adeguato e una comunicazione efficace si associano a livelli significativamente più elevati di soddisfazione materna.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

1. WHO. WHO Recommendations: Induction of Labour. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. NICE Guideline NG207. Inducing Labour. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2021.
3. ACOG Practice Bulletin No. 246. Induction of Labor. Obstet Gynecol. 2023.
4. Grobman WA, Rice MM, Reddy UM, et al. Labor Induction versus Expectant Management in Low-Risk Nulliparous Women. N Engl J Med. 2018;379:513-523.
5. Sanchez-Ramos L, Levine LD, Sciscione AC, et al. Methods for the induction of labor: efficacy and safety. Am J Obstet Gynecol. 2025.
6. Carlson N, Ellis J, Page K, Dunn Amore A, Phillippi JC. Review of Evidence-Based Methods for Successful Labor Induction. J Midwifery Womens Health. 2021;66:490-507.
7. Linea Guida SNLG. Induzione al travaglio di parto. Fondazione GIMBE-Fondazione Confalonieri Ragonese, SIGO, AOGOI, AGUI. Revisione 2022.
8. Avdiyovski H, Haith-Cooper M, Scally A. Membrane sweeping at term to promote spontaneous labour and reduce the likelihood of formal induction of labour for postmaturity. J Obstet Gynaecol. 2019;39:1-9.
9. Strandberg S, Karlsson C, Stephansson O, et al. Women's expectations and experiences of labor induction. BMC Pregnancy Childbirth. 2021;21:355.
10. Ayers S, Bond R, Bertullies S, Wijma K. The etiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. Psychol Med. 2016;46:1121-1134.