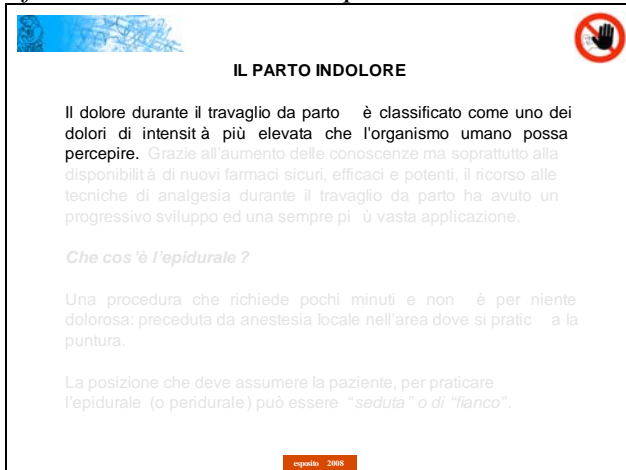


“Aspetti positivi e negativi del parto in analgesia epidurale”

Se si affermasse «L'epidurale funziona bene, non interferisce con la durata del travaglio, assicura esiti ottimi», oppure «È scientificamente dimostrato che l'epidurale è uno strumento sicuro e efficace»?

Da una “brochure ospedaliera” proposta per la diffusione ed il sostegno dell'analgesia peridurale sono stati estratti questi due capitoli, **poi modificati** perché non rispondevano alla necessità di informazione corretta alle persone assistite:



IL PARTO INDOLORE

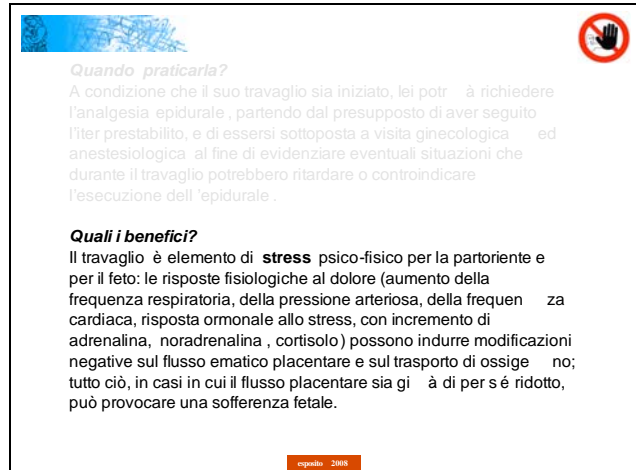
Il dolore durante il travaglio da parto è classificato come uno dei dolori di intensità più elevata che l'organismo umano possa percepire. Grazie all'aumento delle conoscenze ma soprattutto alla disponibilità di nuovi farmaci sicuri, efficaci e potenti, il ricorso alle tecniche di analgesia durante il travaglio da parto ha avuto un progressivo sviluppo ed una sempre più vasta applicazione.

Che cos'è l'epidurale?

Una procedura che richiede pochi minuti e non è per niente dolorosa: preceduta da anestesia locale nell'area dove si pratica la puntura.

La posizione che deve assumere la paziente, per praticare l'epidurale (o peridurale) può essere "seduta" o di "fianco".

Esposito 2008



Quando praticarla?

A condizione che il suo travaglio sia iniziato, lei potrà richiedere l'analgesia epidurale, partendo dal presupposto di aver seguito l'iter prestabilito, e di essersi sottoposta a visita ginecologica ed anestesiológica al fine di evidenziare eventuali situazioni che durante il travaglio potrebbero ritardare o controindicare l'esecuzione dell'epidurale.

Quali i benefici?

Il travaglio è elemento di **stress** psico-fisico per la partoriente e per il feto: le risposte fisiologiche al dolore (aumento della frequenza respiratoria, della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, risposta ormonale allo stress, con incremento di adrenalina, noradrenalina, cortisolo) possono indurre modificazioni negative sul flusso ematico placentare e sul trasporto di ossigeno; tutto ciò, in casi in cui il flusso placentare sia già di per sé ridotto, può provocare una sofferenza fetale.

Esposito 2008

In questo caso faremmo delle dichiarazioni scientificamente molto discutibili, non concordanti con le migliori prove scientifiche (*evidence based medicine*, EBM) sulla sicurezza e sull'efficacia del trattamento del dolore del travaglio, come ad esempio quelle riportate nelle revisioni sistematiche della Cochrane Collaboration www.cochrane.it. Inoltre, tutti i documenti sulla nascita dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS, www.who.int/en) che trattano il sollievo dal dolore del travaglio di parto e che si basano sulle migliori prove scientifiche di efficacia chiariscono i limiti, gli effetti indesiderati e l'uso spesso inappropriato dell'epidurale in travaglio. Infatti, a fronte dell'effetto di sollievo dal dolore fisico delle contrazioni uterine, l'epidurale determina svantaggi rilevanti come una durata maggiore del travaglio ed un maggior numero di parti vaginali operativi (forcipi e ventose). Inoltre, può avere con una certa frequenza effetti indesiderati transitori sulla madre come difficoltà alla deambulazione, ipertermia, prurito, ritenzione urinaria, lombalgia, cefalea, ipotensione arteriosa che può causare ipossia fetale, meno frequentemente effetti a lungo termine quali cefalea persistente, lombalgia persistente e raramente incontinenza urinaria, incontinenza fecale. È possibile infine, nel 10-20% dei casi di applicazione dell'epidurale, che la persona in travaglio non ottenga l'effetto analgesico desiderato.

Stante tutto ciò la discussione sull'offerta, l'uso e gli effetti della tecnica di analgesia peridurale sarebbe assai semplice, ben organizzata ed orientata.


Dovremmo, tutti noi, partire dal concetto che il dolore del parto è associato alla funzione fisiologica della nascita e non causa di per sé morbilità, perciò non deve essere trattato sistematicamente come patologico.

Sono infatti relativamente frequenti i parti di breve durata o con soglia del dolore elevata, nei quali sono sufficienti una buona accoglienza e modeste misure di rispetto e di confort per la persona in travaglio.

Nonostante ciò, il dolore del parto è una delle possibili preoccupazioni per le donne in gravidanza, l'argomento interessa circa cinquecentomila donne e loro famiglie ogni anno in Italia e molte persone in travaglio possono andare incontro a livelli intensi di dolore, per cui è importante conoscere e poter offrire valide possibilità analgesiche nei servizi di maternità.

D'altra parte nessun metodo analgesico è di per sé soddisfacente per alleviare il dolore del travaglio in tutte le persone assistite ed è più vantaggioso offrire un ventaglio di possibilità dal quale loro possono scegliere. Gli operatori possono aiutare le donne fornendo informazioni corrette EBM sui vantaggi e svantaggi delle varie possibilità e assistendole nel loro uso.

Fra i metodi di sollievo dal dolore del travaglio, valutati secondo le migliori prove scientifiche, possiamo riconoscere strategie analgesiche non farmacologiche (continuità assistenziale da parte dello stesso team di operatori durante la gravidanza ed il parto, supporto continuo degli operatori durante il travaglio, possibilità di muoversi e assumere posizioni diverse, immersione in acqua) e analgesie farmacologiche come gli oppioidi e l'epidurale.



Le varie tecniche e metodiche non farmacologiche in grado di contenere il dolore in travaglio di parto sono:


- o Supporto emotivo strutturato;
- o Movimento e posizioni;
- o Iniezione di acqua sterile;
- o Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS);
- o Massaggi;
- o Agopuntura.

Ora presso i punti nascita di dove non è disponibile l'analgesia peridurale, sono praticati e garantiti:

- il supporto emotivo strutturato,
- il movimento e le posizioni,
- l'immersione in acqua,
- i massaggi.


Tali procedure, tranne l'immersione in acqua, sono disponibili anche nel punto nascita di

ospedale 2008



Il dolore del parto ha caratteristiche del tutto peculiari perché si verifica in un organismo sano, ha una sua durata, dopo di che ritorna il benessere e sopravviene la gratificazione della nascita. Per molte donne comunque il dolore del parto è un grosso scoglio da superare, un passaggio che assorbe molte energie limitando le possibilità di una partecipazione più concentrata e serena all'evento, partecipazione che costituisce l'optimum da realizzare per le vie più varie. L'analgisia (come peraltro ogni preparazione al parto), per realizzare al meglio questo fine, deve però far parte di un programma di assistenza alla gravidanza che si propone una visione globale del nascere. Con questa visione più ampia il ricorrere al controllo del dolore del parto non si pone come alternativa al parto naturale, ma come uno dei mezzi che la medicina offre per compiere una libera scelta e per realizzare con il controllo del dolore un maggior grado di consapevolezza e di partecipazione all'evento; il diritto della partoriente di scegliere un controllo del dolore nel parto adeguato, compresa l'anestesia peridurale, garantiti a titolo gratuito nei livelli essenziali di assistenza.

ospedale 2008




Il controllo del dolore in travaglio di parto.

Il dolore del parto ed il suo significato fanno parte integrante del percorso nascita, tutti i professionisti devono essere formati per accompagnare la donna nell'individuazione dei suoi bisogni e quindi nella scelta rispetto alla gestione del proprio parto.

La condizione ideale sarebbe quella in cui la maggior parte delle donne frequentasse i **corsi di accompagnamento alla nascita**.

In tutti i casi **l'informazione alle donne dovrà essere completa**, possibilmente supportata da materiale scritto ed effettuata in due momenti: **uno nei primi trimestri** di gravidanza dove si affronta la tematica complessivamente e **uno presso il termine** della gravidanza quando la scelta è "necessaria". Questi incontri informativi/formativi dovranno essere concordati con le attività dei consultori familiari.

ospedale 2008



Il controllo del dolore in travaglio di parto.

Gli strumenti di controllo del dolore nel parto (analgisia peridurale e le metodiche di contenimento del dolore nel parto) devono essere ben conosciuti e praticati da tutta l'équipe della sala parto e devono essere dichiarati nella carta dei servizi dei punti nascita come offerta assistenziale garantita; solo così si può consentire alla donna una reale scelta.

ospedale 2008

L'analgisia peridurale ha un potente effetto antidolorifico sul dolore fisico delle contrazioni uterine. Però, gli svantaggi del travaglio e gli effetti indesiderati che può determinare ne devono limitare l'impiego nel travaglio normale ad alcune chiare indicazioni: casi nei quali è necessario evitare lo stress del travaglio (ad es. persone con insufficienza cardiaca o respiratoria o a rischio di accidente neurovascolare), casi in cui la donna vive in modo fobico l'attesa del dolore del parto, casi nei quali la donna in travaglio, pur ricevendo un supporto costante da parte degli operatori ed avendo la possibilità dell'immersione in acqua, ha una sofferenza fisica che percepisce come intollerabile.

Il controllo del dolore in travaglio di parto.

L'utilizzo dell'anestesia peridurale comporta una **medicalizzazione del parto** con l'esigenza di un'assistenza più intensa, oltre che da parte dell'anestesista, anche dell'ostetrica e del ginecologo, ed il monitoraggio continuo del BCF.

L'introduzione dell'anestesia peridurale determina, quindi, **modificazioni significative nelle modalità assistenziali del travaglio** parto per cui è necessaria una formazione specifica oltre che dell'anestesista anche del ginecologo, dell'ostetrica e del neonatologo/pediatra.

La definizione delle procedure di informazione/accesso all'anestesia peridurale in travaglio di parto sono un' **occasione importante** per i punti nascita **per ridefinire anche le informazioni e le procedure** d'accesso alle altre metodiche di controllo del dolore nel parto.

esperto 2008

Il controllo del dolore in travaglio di parto.

La valutazione di efficacia degli interventi di controllo del dolore nel parto deve considerare la **soddisfazione/benessere della donna**, **gli esiti perinatali**, oltre che le **scale specifiche del dolore acuto**.

L'accesso all'anestesia peridurale su scelta della donna, dopo aver valutato le condizioni di sicurezza, deve essere garantito in un ambito territoriale compatibile con la mobilità della donna.

esperto 2008

Analgesia non farmacologica in travaglio di parto.

Il contenimento del dolore durante il travaglio di parto può efficacemente essere affrontato da diverse metodiche, nell'ottica di un'attenzione alla lettura e specificità dell'esperienza del dolore del travaglio.

Il dolore è infatti soggettivo, multidimensionale, influenzato da fattori biologici, psicologici, socio-culturali e ambientali; va inoltre considerata la componente assistenziale, intesa come l'insieme di quelle procedure assistenziali (induzione del travaglio, *augmentation*, visite ripetute, manovre di Kristeller, ecc.) che possono **condizionarne** la percezione.

La valutazione dell'intensità del dolore e, secondariamente, l'efficacia delle varie tecniche analgiche può essere fatta ricorrendo a scale standardizzate basate su rilevazioni verbali (MPQ), visuali (VAS) o comportamentali (PBIS).

esperto 2008

Quindi l'analgisia peridurale non dovrebbe essere chiamata "parto senza dolore" e non dovrebbe essere diffusa a tutte le persone in travaglio.

Ciò che dovremmo certamente fare sarebbe riflettere in modo critico sul cosiddetto parto indolore: un fatto è che la donna possa ricorrervi senza costi se si decide in tal senso, un altro fatto è che l'analgisia peridurale nel parto spontaneo sia senza rischi e pertanto raccomandabile.

Ci sono aspetti rilevanti da considerare rispetto al controllo del dolore al parto: come viene assistita la donna in gravidanza?, partecipa a corsi di accompagnamento alla nascita?, può gestire il travaglio con i suoi tempi? e non con quelli degli operatori?, può essere incoraggiata alla libertà di movimento e ad assumere le posizioni per lei più convenienti?.

Dalle colleghe ostetriche e dal loro lavoro abbiamo la conferma dell'importanza dei corsi di accompagnamento alla nascita, del processo di empowerment e del valore dei metodi di analgesia non farmacologici per contenere il dolore in travaglio

esperto 2008

È necessario approfondire il tema del **dolore del parto, che è un dolore Fisiologico**, diverso da quello associato a condizioni patologiche, ed è necessario capire le **funzioni del dolore in travaglio**.

È indispensabile è investigare l'efficacia dei **metodi di analgesia naturale per g** arantire alle donne la possibilt à di scegliere, con maggior consapevolezza tra questi e l 'analgesia farmacologica .

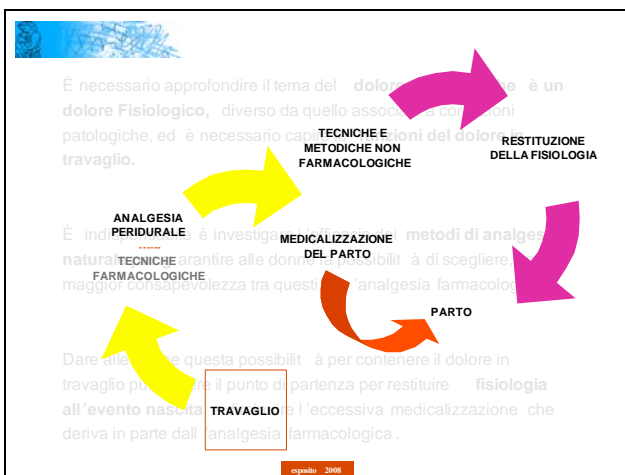
Dare alle donne questa possibilt à per contenere il dolore in travaglio può essere il punto di partenza per restituire **fisiologia all'evento nascita** e diminuire l'eccessiva medicalizzazione che deriva in parte dall 'analgesia farmacologica .

esperto 2008

Poi dovremmo stare molto attenti a non concertare interventi che sottolineano e promuovono l'incompetenza della donna a partorire e a prendersi cura del neonato e non dovremmo renderci complici della violazione del principio dell'attenzione alle prove scientifiche.

Non "il parto senza dolore", ma più correttamente il parto con analgesia peridurale si propone, inevitabilmente, come ulteriore forma di medicalizzazione.

Pensiamo, purtroppo, a come diventa difficile parlare di strategie analgesiche non farmacologiche quando vengono perpetrati così tanti sforzi per affermare sempre più la medicalizzazione dell'analgesia peridurale che in realtà induce nelle donne senso di incompetenza e inadeguatezza, con il risultato di affidamento acritico all'esperto, attraverso un rapporto medico-paziente asimmetrico a favore del medico ed un modello di "welfare" paternalistico direttivo, invece della prospettiva di un modello di partecipazione alle proprie cure e di empowerment della donna, modello questo supportato EBM dalla continuità assistenziale da parte dello stesso team di operatori durante la gravidanza ed il parto, supporto continuo degli operatori durante il travaglio, possibilità di muoversi e assumere posizioni diverse, immersione in acqua.



Dalla cute, dai muscoli, dalle articolazioni e dai Visceri l'impulso nervoso viene trasmesso attraverso fino a livello del midollo spinale , poi le informazioni vengono elaborate dalla corteccia cerebrale .

Da questo punto in poi abbiamo la **coscienza** dello stimolo doloroso e informazioni sulla sua localizzazione, natura, intensità e durata.

All'interno del nostro corpo esistono diversi meccanismi che ci proteggono dal dolore:

- **CONTROLLO A BARRIERA DELLO STIMOLO DOLOROSO** ("Gate control theory" Melzack e Wall 1962)
- **SISTEMA ENDOGENO ANTINOCICETTIVO** (funzione protettiva attraverso 2 meccanismi e diversi neurotrasmettitori : serotonina, adrenalina e noradrenalina, da una parte ed **endorfine** dall'altra).

esperto 2008

Tutto ciò nonostante molte proposte di medicalizzazione siano inappropriate e/o inefficaci alla luce delle prove scientifiche ed è certamente curioso che esperti di patologia, come sono i ginecologi, si occupino di fisiologia e non lascino fare alle ostetriche.

Le endorfine, potenti oppioidi endogeni esercitano un'azione diretta sull'inibizione del dolore e durante il travaglio contribuiscono ad alleviare il dolore attivando il **sistema endogeno antinocicettivo**.

Le endorfine stimolano la liberazione di **prolattina** che:

- prepara la donna all'**allattamento precoce**
- completa la **maturazione polmonare** del feto stimolando i movimenti respiratori

Sono le basi ormonali del **processo di attaccamento**

Ma la donna in travaglio produce endorfine **solo** se:

- Avverte lo stimolo doloroso
- Condizioni di serenità, ambiente intimo e protetto

ospedale 2008



Qualora non sia tollerato e la donna lo richieda, il dolore dovrebbe essere trattato e, benché la tecnica analgesica più efficace secondo le valutazioni EBM (Cochrane 2005) per il sollievo dal dolore durante il travaglio e il parto sia l'analgisia epidurale, alla partoriente dovranno essere offerte tutte le tecniche alternative, farmacologiche e non.

La gestante, informata nei modi e nei tempi necessari per comprendere ed accettare i reali benefici e rischi connessi alle tecniche offerte, deve avere garanzia di partorire in analgesia, con le modalità liberamente scelte, previa verifica delle condizioni cliniche e dell'assenza di controindicazioni.

ospedale 2008

L'analgisia epidurale assicura un migliore controllo del dolore rispetto a forme alternative di terapia, ma può prolungare la durata del travaglio, ma sono più frequenti il ricorso all'infusione ossitocica ed i parti operativi vaginali, ma non i tagli cesarei.

ospedale 2008

Cerchiamo di ricordare sempre che tutti i documenti OMS sulla nascita chiariscono e ripetono i limiti, gli effetti indesiderati e l'uso spesso inappropriato dell'epidurale in travaglio e così pure dimostrano le revisioni sistematiche EBM della Cochrane Collaboration e di altri autori.

Non dobbiamo esprimerci come se OMS ed EBM non ci fossero e non si capisce perché, nel campo dell'assistenza alla nascita, si seguano altri percorsi che non quello delle prove di efficacia. Gli episodi e le dimostrazioni in proposito sono numerose.

Ma torniamo ad un aspetto molto importante, cioè l'insieme dei fattori, che sembrano influenzare il dolore in corso di travaglio di parto:

- condizioni ambientali,
- paura,
- ansietà,
- aspettative circa l'esperienza,
- strategie messe in campo per superare l'esperienza,
- autostima della donna rispetto alla capacità di farcela.

ospedale 2008

Esiste una rilevante differenza qualitativa tra il dolore in un contesto di sofferenza, di mancanza di aiuto ed il dolore che si sperimenta in un contesto caratterizzato da *comfort*, da un senso di accompagnamento e dalla attivazione delle strategie per farcela.

Poi c'è il complesso aspetto della soddisfazione materna per l'esperienza del parto e del **benessere feto-neonatale** che costituiscono i due temi centrali del controllo del dolore durante il travaglio.

Poiché al primo punto è collegato il ricorso all'analgisia farmacologica (ed anche al parto cesareo) come risposta a quello che viene genericamente definito un desiderio della donna.

Per quanto riguarda la soddisfazione materna la scelta materna è, almeno in parte, condizionata dalle informazioni ricevute in gravidanza e dal tipo di sostegno offerto durante il travaglio: **tra il nulla e l'analgisia farmacologica la scelta è probabilmente prevedibile**.

ospedale 2008

Vogliamo per un attimo spostare l'attenzione su un altro fenomeno a sostegno di ciò: mi riferisco ai "facili" e ripetuti cesarei che in Italia sono una prassi, mentre l'OMS stabilisce una soglia massima

del 15% e raccomanda di incoraggiare i parti spontanei dopo cesareo; ma una donna italiana molto raramente trova sostegno in questo processo, anzi subisce un forte condizionamento psicologico. La soglia del 15% non è superata da paesi tecnologicamente avanzati e con medicina perinatale avanzata, quali alcuni paesi scandinavi, la Norvegia e la Svezia.

Dal punto di vista epidemiologico l'analgesia epidurale determina (Anim-Somuah M, Smyth R, Howel C. Epidural versus non-epidural analgesia or no analgesia in labour. In: The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005, Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.; Lieberman E, Odionoghue C. Unintended effects of epidural analgesia during labor: a systematic review. Am J Obstet Gynecol 2002;186:31-68):

- un aumento di parti vaginali operativi: rischio relativo (RR) 1.38, intervallo di confidenza al 95% (IC) 1.24 -1.53;
- un minimo aumento del ricorso al parto pilotato con ossitocina (RR 1.18, IC 1.03 - 1.34).

Entrambi gli eventi sono probabilmente secondari al blocco dei nervi motori con conseguenti debolezza muscolare agli arti inferiori, scarsa possibilità di movimento e riduzione del tono dei muscoli pelvici con conseguente ridotta capacità di contrazione.

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Fetalitativa
www.saperidoc.it/ques_351.html
espeido 2008

Dal punto di vista degli **esiti neonatali** l'analgesia epidurale sembra associabile ad un aumento del numero di neonati che vengono sottoposti ad accertamenti, pur non riscontrando in essi, dopo aver eseguito gli opportuni accertamenti, effettive complicazioni.

Gli studi sugli effetti della analgesia epidurale su adattamento neonatale e esiti neurologici a distanza risentono di molte difficoltà metodologiche, ma negli studi di confronto tra nati da madri che avevano ricevuto l'analgesia epidurale e nati da madri non sottoposte a trattamento, i primi hanno mostrato una peggior risposta agli *item* relativi allo stato motorio e di allerta, sia alla nascita che ad un mese di vita.

SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Fetalitativa
www.saperidoc.it/ques_351.html
espeido 2008

Tutto questo non tende affatto ad impedire l'uso dell'analgesia peridurale a chi ne ha bisogno o ne faccia richiesta, ma è altrettanto fondamentale in questo momento supportare altri tipi di cambiamenti nel percorso nascita meno costosi: un'assistenza personalizzata alla donna, un'informazione puntuale e oggettiva sui meccanismi fisiologici che intervengono nella gravidanza, nel travaglio e nel parto, nell'allattamento, un'assistenza possibile e sostenuta da una umanizzazione dei centri nascita, tenendo presente che la nascita non è l'esito di un processo patologico, ma può essere complicata da eventi avversi, peraltro difficili da contenere a livello di contenzioso legale se il rapporto operatori-utenti è di tipo asimmetrico e direttivo ed il modello di "welfare" è paternalistico direttivo.


Comunque è vero che la parto analgesia è cosa ben diversa dal "parto dolce" o "parto umanizzato", espressioni che sintetizzano il processo olistico e complesso di sostenere e aiutare i protagonisti dell'evento nascita al fine di ottenere un neonato sano, una donna rispettata, una madre e un padre pienamente soddisfatti dell'esperienza, poiché il ricorso all'epidurale significa solo "la pura rimozione del dolore nel corso del travaglio e del parto". È comunque altrettanto indispensabile cercare in ogni modo di capire cosa "realmente" desidera la donna e di cosa ha davvero bisogno e dovremmo avere sempre ben chiari quali sono gli obiettivi della presa in carico (care) e della eventuale terapia necessaria (cure).

Ci sono aspetti che spesso dimentichiamo nel controllo del dolore in travaglio, a volte perché essi richiedono molto del nostro tempo, altre volte perché non siamo preparati ad affrontarli o, semplicisticamente, non abbiamo tempo o, ancora perché sosteniamo turni di lavoro massacranti, come la paura, il senso di inadeguatezza, la scarsa fiducia nel proprio corpo perché scarsamente sentito e percepito: tutti fattori che amplificano la dolorabilità delle contrazioni fino al punto, talvolta di renderla insostenibile, in quella sorta di circolo vizioso individuato già nella prima metà del '900 da Dick Read dalla triade "paura-tensione-dolore" che si autoalimenta.


Come si collocano analgesia ed anestesia nel rapporto con questi aspetti fondamentali dell'esperienza della donna. Possono solo rimuovere o attenuare la sensazione del dolore o possono altro?


D'altra parte l'educazione accademica e la pratica di lavoro quotidiano non permettono facilmente di vedere nessun aspetto positivo nel dolore, nemmeno per quanto riguarda la nascita.

È possibile pensare che anche molti uomini e molte donne proprio non riescano a reggere l'idea della vertigine e di perdita di controllo connessa al dolore anche se è per poi ritrovarsi dolenti ma forti e felici, accanto al proprio figlio?



Nei primi giorni di vita potrebbe essere un effetto diretto del farmaco sul neonato, ma la persistenza di una risposta peggiore agli item relativi allo stato motorio e di allerta potrebbe dipendere da una interferenza nella relazione di attaccamento madre-bambino dovuta ad un'interazione precoce con un neonato meno sveglio, meno capace di orientarsi e di muoversi, oppure da una personalità materna che determina sia la scelta dell'analgisia che la modalità di interazione con il bambino.

 SaPeRiDoc
Centro di Documentazione sulla Salute Perinatale e Neonatale
www.saperidoc.it/ques_351.html
cognato 2008




Determinare gli aspetti positivi e negativi dell'analgisia peridurale non è assolutamente semplice o, meglio, semplificabile.

Sono necessari molti studi ancora.

D'altra parte diffusione ed utilizzo dell'analgisia peridurale in travaglio di parto sono in aumento, la loro offerta è in aumento.

Quindi...



Una donna, che è anche un medico, ci dice che è vero che il dolore del parto non è come gli altri, è vero che è anche forza, energia e grande senso di potenza...una volta che lo hai passato:

“ma mentre sei lì è, probabilmente, il peggiore che io abbia mai provato e ci sono volute tutte le mie energie e le abilità apprese nel rilassamento nel corso preparto che avevo frequentato per superare il travaglio senza buttarmi dalla finestra -sensazione che ho, comunque, provato più volte-. E' vero che l'ambiente può molto nello spezzare o nel creare il circolo vizioso di paura-tensione-dolore, ma è pur vero che è un grande dolore ed è perfetto solo, quando lo hai superato ed hai in braccio la creatura che ti è costata tanta fatica e io credo che sia questa consapevolezza, nel mio caso, che ha scatenato il bonding mammifero...che mi ha trattenuto dal gettare dalla finestra i miei figli neonati quando urlavano di notte...perchè anche questo si prova, e per fortuna solo poche lo fanno!. Credo, anche, e mi batto per questo da anni, che non si debba perdere il senso della funzione procreativa del corpo femminile, e, come medici, la conoscenza della fisiologia: sempre più difficile in un mondo che estrania le donne dal loro corpo. Ma ancor più credo nel diritto di informazione di ogni donna, così che possa decidere di se stessa, credo in un processo di empowerment”.

L'analgisia epidurale è una procedura medica e come tale ha rischi e vantaggi, indicazioni e controindicazioni: alcuni noti, altri meno, perchè ancora poco studiati, e qui stanno le riflessioni sul senso del dolore, per esempio, o sulle differenze di legame emotivo tra madre e neonato in dolore o analgesia. Nei LEA ci dovrebbero stare anche il diritto ad un ambiente intimo, ad una comunicazione efficace nel supporto emotivo, all'acqua, a tutte le nostre faccende dell'"umanizzazione, ecc...".

Se una donna, dopo aver ricevuto tutte le informazioni evidence based che abbiamo a disposizione, dopo essere stata messa in una condizione di accoglienza, di ascolto e di supporto da parte dell'ostetrica, è ancora prigioniera delle sue paure che ne amplificano la dolorabilità, oppure realmente, e può capitare, il dolore del parto è intollerabile per lei, credo che siamo tenuti a rispondere positivamente alla sua richiesta di analgesia peridurale: è il parto di quella donna e l'ultima parola spetta a lei, anche se sta facendo una scelta che non faremmo per noi.

Rispetto agli operatori, credo che vi siano due pregiudizi opposti.

Il pregiudizio di chi vede il dolore del parto come un'inutile crudeltà cui è sottoposta la donna, privo di qualsiasi significato positivo, ed il pregiudizio religioso del dolore come riscatto, che trae origine dalla "maledizione biblica".

E se vi fosse una terza possibilità? La possibilità di lasciare alle persone la scelta di vivere l'esperienza di saggiare i propri limiti, abbandonarsi senza paura a ciò che sperimentano? Possibilità che per gli operatori significa il sapere ascoltare profondamente, empaticamente ed il loro saper fare per non naufragare in un mare di interventismo e di operatività inappropriata, con altri rischi.

Ricordiamo il ruolo informativo e divulgativo a cui siamo tenuti: gli incontri di accompagnamento alla nascita, i consultori, i nostri ambulatori, le radio e le TV locali, la carta stampata devono diventare un veicolo di conoscenza per le donne.

Ricordiamo il legame informazione-potere, ovvero l'empowerment delle donne - che poi è anche il nostro di professionisti preparati, ma anche operatori empatici e compassionevoli, nel senso etimologico del termine - che rimette nelle loro mani il potere di decidere cosa è meglio per loro e che passa attraverso l'informazione semplice, di buona qualità, e di facile fruibilità che oggi le donne - ancora - non hanno.

Può essere interessante a tal fine riportare, dalla prima pagina della Stampa di Torino del 6 giugno 2006 l'articolo "SPESA SANITARIA. L'affarone del parto cesareo", di Chiara Saraceno:

"Madri che allattano più spesso e più a lungo, donne in gravidanza sempre più informate, ma anche sempre più «medicalizzate». Strette tra il timore di non fare tutto quanto è necessario per mettere al mondo un bimbo ragionevolmente sano e una pratica medica che approfitta delle loro ansie per sottoporle a inutili quanto costosi esami: fino a sette-otto ecografie rispetto alle tre consigliate per le gravidanze fisiologiche - la stragrande maggioranza -, innumerevoli visite mediche ed esami vari.

E' quanto emerge dall'ultima indagine Istat su «Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari». Per altro, questo eccesso non ha come esito almeno un parto più semplice. Al contrario, è il preludio alla «medicalizzazione» estrema: il parto cesareo. Con il suo quasi 37%, l'Italia ha una percentuale di parti cesarei di gran lunga più alta che tutti i Paesi dell'Unione Europea e doppia di quella raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della sanità, per di più con una netta tendenza all'aumento negli ultimi cinque anni. Non è una scelta delle donne, che viceversa nella stragrande maggioranza opterebbero per il parto naturale, ma dei medici, spesso per pura convenienza organizzativa.

La «medicalizzazione» è tanto più accentuata quanto più si ricorre ai ginecologi privati e si partorisce nelle cliniche private, dove i parti cesarei sono quasi il 57% (33% negli ospedali pubblici). E' particolarmente elevata al Sud, dove i parti cesarei riguardano circa il 40% delle donne, forse perché l'inadeguatezza delle strutture pubbliche e la scarsità dei consultori rende più necessario il ricorso alle strutture private per coloro che possono permetterselo. Per altro, il Sud presenta anche la più alta percentuale di donne (per lo più a bassa istruzione) che viceversa non fruiscono dei servizi sanitari di base in gravidanza e in particolare di coloro che non si sottopongono a nessuna visita ed esame nei primi tre mesi di gravidanza, e non frequentano i corsi preparatori al parto, anche per mancanza di offerta. Solo il 20% delle madri ha seguito un corso nel Mezzogiorno, a fronte del 64% al Nord. Le donne che frequentano questi corsi hanno più possibilità di avere un parto naturale. Non solo perché hanno imparato a fare i movimenti e la respirazione «giusti», ma perché sono più informate, più consapevoli e in controllo del proprio corpo, quindi più capaci di interagire con il medico e di far valere la propria conoscenza di sé rispetto alla offerta medicalizzante. I corsi sono anche una occasione di partecipazione per i padri, anche se non tutti ne approfittano. Lo fa un po' più della metà al Nord, poco più del 30% al

Sud. Differenze analoghe di partecipazione si trovano anche nella presenza dei padri sulla scena del parto. Anche perché, nel Mezzogiorno, molti ospedali ancora non permettono a nessuno di accompagnare la partorientente nel travaglio. Infine, le madri meridionali allattano al seno meno spesso e meno a lungo che nel Nord, anche perché sono meno incoraggiate a farlo subito dopo il parto, come sarebbe opportuno.

La ministra della Sanità si è impegnata a rendere accessibile e diffuso il parto indolore. Forse, prima ancora, dovrebbe promuovere una campagna per il parto naturale e la diffusione dei corsi preparatori al parto, per consentire alle donne una maggiore capacità decisionale e una esperienza più serena. Contribuirebbe anche a contenere i costi della sanità, per il bilancio pubblico e per quello familiare”.

Quindi, informare EBM le persone assistite in gravidanza affinché siano più consapevoli e in controllo del proprio corpo e siano più capaci di interagire e far valere la conoscenza di sé rispetto all’offerta medicalizzante . . . e dare alla peridurale la rilevanza EBM che merita di procedura farmacologica necessaria a controllare il dolore in travaglio quando questo sia insopportabile nonostante siano state normalmente erogate continuità assistenziale da parte dello stesso team di operatori durante la gravidanza ed il parto, supporto continuo degli operatori durante il travaglio, possibilità di muoversi e assumere posizioni diverse e l’immersione in acqua.