



to. Questo fatto consente inoltre di abbattere quasi a zero il rischio della principale complicanza della Pma, la sindrome da iperstimolazione ovarica (OHSS).

Nel 2014 una seconda sentenza della Corte Costituzionale (n. 162 del 9/4/2014) ha abolito il divieto di fecondazione eterologa. In attesa che il parlamento prendesse atto della necessità di modificare la legge, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome il 4 settembre 2014 ha emesso un documento contenente gli indirizzi operativi per avviare immediatamente la pratica dell'eterologa, riconoscendo che la sentenza non creava un vuoto normativo. Inoltre dopo pochi giorni sempre in una riunione degli assessori alla Sanità è stato concordato un modo temporaneo di rimborso della pratica dell'eterologa tra le diverse regioni.

Le nuove linee guida della legge 40 pubblicate nel 2015 non hanno preso in considerazione l'eterologa, la cui regolamentazione è stata demandata ad altro documento, collegato ai D.lgs. 191/2010 e D.lgs. 16/2010. La regolamentazione degli aspetti clinici dell'eterologa è quindi ora in corso per mezzo di un documento al vaglio della conferenza Stato Regioni. Il documento, che tratta del recepimento delle modifiche alla direttiva dei tessuti (Dir 2012/39/UE), coglie l'occasione per introdurre le norme sulla selezione dei donatori. L'eterologa non è tuttora però nei Lea nazionali, per cui essa è a carico del Ssn soltanto in Toscana e in Friuli, uniche regioni che hanno deliberato in proposito. Non soltanto la sua pratica nelle altre regioni non viene rimborsata, ma non è neanche previsto in che modo coprire le spese di selezione e studio dei

Dopo anni di difficili battaglie si sta (con difficoltà) ricomponendo una prassi della Pma italiana, vicina a quella degli altri paesi europei. Restiamo ora in attesa della completa copertura della Pma nei Lea promessaci dal Ministro Lorenzin lo scorso autunno

donatori. In questo campo i privati e le due regioni in oggetto hanno stipulato contratti con centri stranieri, che forniscono il "servizio" di procurare i donatori e le donatrici, essendo il commercio di gameti vietato in tutta Europa. Di qui lo stallo in cui si trovano la quasi totalità dei centri pubblici, la cui unica arma resta quella di trovare coppie disponibili a donare i propri gameti soprannumerari, mentre eseguono loro stesse Pma omologa. Ovviamente una coppia siffatta, viste le possibilità ampie di crioconservazione di ovociti e spermatozoi, tenderà prioritariamente a tenere per il proprio futuro i gameti soprannumerari. In effetti si hanno notizie frammentate di pochi casi di "Egg sharing" eseguiti fino ad oggi.

Nel 2015 è caduto un ulteriore tassello della legge con la Sentenza Corte Costituzionale n. 96/2015 sull'accesso alla Pma e alla diagnosi genetica preimpianto delle coppie fertili portatrici di patologia genetica. La Consulta ha fatto una scelta che riconduce a piena coerenza il sistema raccordando la Legge 40 con la disciplina dell'interruzione di gravidanza. La questione del diritto delle coppie fertili ma portatrici di patologia genetica viene risolta uniformando i diritti di queste coppie con quelli delle coppie che ricorrono all'interruzione volontaria

della gravidanza dopo il 3° mese. Viene evidenziata l'irragionevolezza e l'illogicità della norma che non consentiva a queste coppie di accedere alla Pma e alla Pgd salvo poi riconoscere loro il diritto di ricorrere alle comuni diagnosi prenatali e all'interruzione volontaria di gravidanza.

Nella nostra realtà la diagnosi preimpianto non è tuttora coperta dai Lea in alcuna regione e quindi non è possibile eseguirla a carico del Ssn, fatta eccezione per la Sardegna, ove la Pgd per Beta Talassemia è possibile per i residenti. Anche la Toscana è in fase di organizzazione.

Resta in piedi l'ultimo divieto della Legge 40, quello che impedisce di donare per l'impiego nella Ricerca scientifica gli embrioni crioconservati e abbandonati. La ricerca in altri paesi è orientata allo studio delle cellule staminali embrionali e delle loro potenzialità terapeutiche. Al momento la **Corte europea di Strasburgo** ha respinto il ricorso di una vedova che voleva donare gli embrioni crioconservati per la ricerca, non ritenendo che il divieto ledesse un diritto della donna stessa e rilevando che non esistevano prove che il marito avesse espresso un parere in tal senso prima della fecondazione. Su questo tema siamo ora in attesa del giudizio della Consulta. Dopo anni di difficili battaglie, condizionate purtroppo talvolta da pregiudizi ideologici difficilmente modificabili, si sta quindi con difficoltà ricomponendo una prassi della Pma italiana, vicina a quella degli altri paesi europei. Restiamo in attesa della completa copertura della Pma nei Lea promessaci dal Ministro Lorenzin lo scorso autunno, per riportare a unità una prassi balcanizzata dal caleidoscopio di diverse organizzazioni regionali. ■

Dorothea Lange
Migrant Mother
[Madre migrante], 1936
Stampa fotografica, 30 x 18 cm
The Library of Congress,
Washington, DC

Partoanalgesia

Partorire senza dolore. Ancora un mito?

Pasquale Pirillo
Direttore AOGOI

"Alla donna disse: Multiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze, con dolore partorirai i tuoi figli. Verso tuo marito sarà il tuo istinto ma egli ti dominerà" (Genesi 3:16). La condizione femminile, le problematiche di genere hanno origini antiche; le rivendicazioni a risolverle fanno parte dei tempi più recenti, anche se contracccezione, parità di diritti e anche diritto a partorire senza dolore sono tematiche ancora divisive nella nostra società. La sentenza biblica alla cacciata dall'Eden ha condizionato nel corso della storia l'atteggiamento dell'uomo nei confronti del dolore del parto considerato come ineluttabile e di ispirazione divina. Si è sempre pensato che fosse lo scotto che la donna dovesse pagare per il peccato originale e per il privilegio della procreazione.

Il dolore avvertito durante il travaglio da parto è classificato come uno dei più intensi che l'organismo umano possa percepire, si comprende quindi come l'analgisia in ostetricia abbia radici antichissime, e sin dall'antichità, l'uomo abbia cercato di alleviare "le doglie" 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.

Con l'avvento del Cristianesimo il dolore diviene un mezzo per ottenere la Grazia Divina e quindi anche il dolore da parto è ritenuto, come momento di espiazione, un mezzo per arrivare alla Grazia. Questo concetto era affermato non solo dal Cristianesimo ma anche da tutte le altre religioni orientali come atto di purificazione.

Dal Medio Evo in poi il dolore del travaglio era considerato giusto in quanto punizione divina del peccato originale. Ciò ha segnato pesantemente il pensiero occidentale ed ogni tentativo di alleviare tale dolore rappresentava una grave colpa, tanto che nel 1591 una donna di Edimburgo, Eufrania mac Alyane, venne bruciata viva per avere assunto un misterioso preparato come analgesico durante il travaglio.

L'era della moderna analgesia in ostetricia cominciò nel 1847, quando James Young Simpson e Walter Channing pubblicarono



il loro studio sull'uso del dietil-etere durante il travaglio di parto. Si trattava di uno studio rivoluzionario non solo per la medicina ma per tutta la cultura occidentale, in quanto minava alcuni pregiudizi morali fondamentali. Gli ambienti conservatori e clericali si sollevarono indignati, ma ad essi replicò lo stesso Simpson, fervente cattolico, citando il brano della Genesi in cui si narra come Adamo venisse "anestetizzato" durante la nascita di Eva: "Ora, il Signore Iddio fece cadere un sonno profondo su Adamo, che si addormentò. E mentre dormiva, Dio prese una costola da lui, e al posto di essa formò di nuovo la carne. E il Signore Iddio dalla costola tolta ad Adamo formò la donna (...)" (Genesi, 2:21,22). Nello stesso periodo al St. Bartolomew Hospital di Londra Skey e Tracey eseguirono un taglio cesareo in anestesia eterea estraendo una bambina in condizioni ottime, mentre lo stesso Simpson sperimentava con successo l'analgisia con cloroformio durante il parto.

Nel 1853 John Snow sottopose alla stessa metodica la regina Vittoria per la nascita del principe Leopoldo, e quattro anni dopo la ripeté per la nascita della principessa Beatrice.

La prima analgesia epidurale venne effettuata da Cornig nel 1885. È Soeckel il primo ad utilizzare con successo l'analgisia loco-regionale in ostetricia nel 1909, ma è Aburel a codificare la tecnica della analgesia epidurale continua in travaglio da parto nel 1931.

La pratica incontrò ancora forti resistenze dagli ambienti conservatori che invocavano ancora la maledizione divina della Genesi, tanto che fu necessario l'intervento del Pontefice Pio XII, nel 1956, che affermò definitivamente che la Chiesa non si opponeva alla prevenzione ed al trattamento del dolore in corso di travaglio di parto.

Dagli anni '60 si assistette ad una rapida evoluzione tecnica e farmacologica dell'analgisia epidurale che ne facilitò la diffusione nei paesi anglosassoni pri-

■ **L'Italia è in testa alle classifiche per il numero dei tagli cesarei ma in coda nell'offerta di analgesia in travaglio di parto. Da un'indagine Conoscitiva del Senato del 2013 emerge che sul totale dei parti per via vaginale, soltanto il 14,6 per cento è stato assistito con l'ausilio dell'anestesia epidurale e lo 0,5 per cento con anestesia spinale.**

I dati Aogoi evidenziano che la percentuale media di reale effettuazione di parto-analgesia va dal 9,7 per cento nelle piccole strutture fino al 34,6 per cento per i punti nascita maggiori. Ad ostacolare una maggiore diffusione della partoanalgesia vi è infatti la carenza di personale che impedisce la presenza, assolutamente necessaria, di un anestesista dedicato 24 ore su 24

ma e nel resto dell'Europa più tardi.

Come viene vissuta l'esperienza dalle donne italiane? L'Accordo Stato Regione sui Punti Nascita (Fazio 2010) definisce al punto 7 le procedure di controllo del dolore nel corso del travaglio e del parto esplicitando, nell'allegato, le modalità organizzative di quella che viene giudicata un'azione indispensabile al contenimento dei Tagli Cesarei in Italia. Del tutto recentemente il

**Duomo di Modena:
La cacciata dall'Eden**



Ministro della Salute Beatrice Lorenzin ha proposto l'introduzione, nel nuovo Piano Sanitario, della Partoanalgesia nei Livelli Essenziali di Assistenza.

Il problema è dunque sentito, la realtà operativa è tutt'altra cosa. Dai dati ricavabili dall'Indagine Conoscitiva della XVI Legislatura nel documento "Nascere Sani" (Senato 2013) emerge che in Italia, sul totale dei parti per via vaginale, il 14,6 per cento è stato assistito con l'ausilio dell'anestesia epidurale e lo 0,5 per cento con anestesia spinale.

Anche nelle Regioni dove la sanità è a buon livello, non tutte le strutture sono in grado di offrire la partoanalgesia. La carenza è da attribuire a diversi fattori, primi tra tutti quelli culturali che vedono, in un paese cattolico, il parto strettamente legato ad un concetto di sofferenza biblica. Inoltre una scarsa informazione alle donne e, in molte realtà, la carenza di personale che impedisce la presenza, assolutamente necessaria, di un anestesista dedicato 24 ore su 24. Il già citato Accordo Stato Regioni ribadisce che "perché la partoanalgesia possa essere offerta per l'intero arco della giornata occorre la presenza h 24 di un'equipe multidisciplinare che

comprenda un Anestesista rianimatore o per lo meno la guardia attiva o la pronta disponibilità nelle 24 ore di un Anestesista-Rianimatore specificatamente formato nel settore ostetrico secondo i principi della medicina basata sull'evidenza (Ebm) e della buona pratica clinica e con alto livello di esperienza.

La presenza/disponibilità di un anestesista-rianimatore consente, al di là dell'effettuabilità della partoanalgesia, un incremento della sicurezza in sala parto per le eventuali emergenze-urgenze che dovessero manifestarsi". Negli **Stati Uniti** e in **Francia** fanno ricorso a questa tecnica la metà delle donne; anche nella cattolicissima **Spagna** l'analgia viene utilizzata nel 60 per cento dei parti.

L'Italia è in testa alle classifiche per il numero dei tagli cesarei (38,4 per cento), ma in coda nell'offerta di analgesia in travaglio di parto. La percentuale è ancora estremamente bassa: dai dati Aogoi, la richiesta di partoanalgesia oggi si aggira intorno al 25,6 per cento per quanto

concerne gli ospedali fino a 1.000 parti anno; una richiesta che arriva anche al 78 per cento negli ospedali di riferimento, quelli con oltre 1.500 parti anno. La percentuale media di reale effettuazione di parto-analgesia va dal 9,7 per cento nelle piccole strutture fino al 34,6 per cento per i punti nascita maggiori.

In alcune Regioni emerge una differenza tra il dato regionale e quello dei singoli Punti Nascita. Nel presidio ospedaliero di Rimini il 30 per cento delle gravidanze partorisce con la partoanalgesia, rispetto al 13 per cento dell'Emilia Romagna. Nella Clinica Mangiagalli, Milano, viene offerta al 31,4 per cento su tutti i parti con una richiesta che ormai ha raggiunto circa il 45 per cento. Il Dipartimento Materno Infantile Interaziendale di Coenza ha istituito la Struttura Semplice Dipartimentale di Anestesia Ostetrica e Partoanalgesia assicurando la presenza continua dell'Anestesista in sala parto e l'offerta della partoanalgesia a tutte le donne.

In Italia l'offerta di un parto senza dolore è disomogenea e non uniforme. Una maggiore diffusione della possibilità di effettuare partoanalgesia potrebbe apportare, oltre ai benefici materno-fetali, una riduzione percentuale di parti con Tc.

La cultura della partoanalgesia sembra inoltre maggiormente perseguita dagli specialisti anestesisti rispetto ai colleghi ginecologi e alla classe delle ostetriche. L'attività congressuale, associativa e divulgativa sull'argomento viene svolta quasi esclusivamente da specialisti anestesisti.

L'applicazione della metodica non può invece prescindere da una forte integrazione di intenti e di cultura tra tutti gli attori che assistono la donna in travaglio. È auspicabile che medici e ostetriche rivolgano una maggiore attenzione alla partoanalgesia per migliorarne la diffusione e per non trascurare il principio che il primo responsabile dell'evento travaglio parto è comunque il medico di sala Parto. ■

ALIS®
GININTIMO

Detergente eutrofico igienizzante intimo

Uso esterno flacone da 250 ml



Lavanda Vaginale

Uso interno
5 flaconi da 140 ml



Novità



**Gel intimo idratante
eutrofico igienizzante**

Uso esterno
tubetto da 30 ml

VELATES s.r.l.
BEN-ESSERE DONNA