

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

**LA GRAVIDANZA E IL PARTO  
SOTTO IL PROFILO BIOETICO**

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI  
DIPARTIMENTO PER L'INFORMAZIONE E L'EDITORIA



---

## SOMMARIO

---

<b>Presentazione</b>	9
----------------------	---

<b>Sintesi e Raccomandazioni</b>	11
----------------------------------	----

### CAPITOLO PRIMO

<b>Alcune premesse all'esame bioetico dell'argomento</b>	19
--	----

Gli orientamenti demografici	19
------------------------------	----

Il concetto di preziosità della gravidanza e la qualità della vita del nascituro	23
--	----

La procreazione assistita e il «destino»del nascituro	25
---	----

Desiderio genitoriale, uguaglianze e diseguaglianze alla nascita, responsabilità nei suoi confronti	28
---	----

### CAPITOLO SECONDO

<b>La Gravidanza multipla</b>	31
-------------------------------	----

Epidemiologia delle gravidanze multiple	32
---	----

Problemi clinici delle gravidanze multiple	34
--	----

La «riduzione fetale»: presupposto e tecniche	35
---	----

Risultanze e complicanze della MFPR	36
-------------------------------------	----

Aborto selettivo	38
------------------	----

Considerazioni psicologiche	39
-----------------------------	----

Problematiche etiche	40
----------------------	----

Aspetti legali e deontologici	42
-------------------------------	----

Riferimenti bibliografici	45
---------------------------	----

### CAPITOLO TERZO

<b>Riflessioni sulla preparazione professionale e formazione etica dell'ostetrico nell'affrontare le «gravidanze a rischio» per il benessere e la qualità di vita del nascituro</b>	49
---	----

Saper pensare per saper essere, nel quadro di una formazione comune dell'ostetrico e del neonatologo	51
--	----

Riferimenti bibliografici	54
---------------------------	----

#### CAPITOLO QUARTO

<b>Il parto prematuro, spontaneo o indotto</b>	57
Il parto pretermine spontaneo (PPS): considerazioni generali	57
Categorie di rischio	58
Prospettive di profilassi del parto pretermine	60
Conclusioni	61
L'induzione terapeutica del parto pretermine	62
La gestazione in donne in coma e il parto prematuro	64
Riferimenti bibliografici	66

#### CAPITOLO QUINTO

<b>Il vissuto psicologico della gravidanza</b>	67
Gli «stadi» evolutivi della gestazione sotto il profilo psicologico	67
Il senso di maternità	69
La generatività e il concepimento mentale nella madre e nel padre	71
Riferimenti bibliografici	74

#### CAPITOLO SESTO

<b>Il vissuto del parto</b>	77
La presenza del marito vicino alla partoriente	79
Accettazione e negazione della famiglia	80
Il puerperio	82
Riferimenti bibliografici	83

#### CAPITOLO SETTIMO

<b>L'umanizzazione della nascita</b>	85
Il movimento psicoprofilattico	85
Il dolore del parto ed il suo controllo	88
Parto intraospedaliero o parto domiciliare?	91
L'«alleanza terapeutica»: la collaborazione fra gestante, curante e partoriente	94
Riferimenti bibliografici	97



## CAPITOLO OTTAVO

<b>La tutela giuridica e sociale della maternità</b>	99
Funzione sociale della maternità	100
Diritti della partoriente in tema di filiazione	100
Tutela giuridica del concepito	102
Le ipotesi di conflitto di interessi fra madre e feto	104
Il Parto Cesareo a richiesta: «Autonomia» della partoriente e beneficiabilità dell'ostetrico. In che misura i desideri espressi dalla partoriente debbono essere considerati?	110
Competenza, diligenza e prudenza e umanità: cardini dell'assistenza ostetrica	114
Riferimenti bibliografici	116
<b>APPENDICI</b>	119
1 - La clinica del parto	119
2 - L'evoluzione della normativa riguardante la protezione della maternità.	129





**Jan Van Eyck (1390 ca. - 1441) «I coniugi Arnolfini» (1434).  
National Gallery, Londra.**

Attivo tra il 1422 e il 1424 all'Aia presso Giovanni di Baviera. Nel 1425 entrò al servizio di Filippo III di Borgogna. A Tournai tra il 1427 e il 1428 frequentò Robert Campin detto il Maestro di Flemalle e Rogier Van der Weyden, le cui opere furono determinanti per lo sviluppo della pittura fiamminga del '400. Dal 1428 al 1431 operò in Portogallo e dal 1431 si stabilì a Bruges fino alla morte nel 1441. La critica d'arte contemporanea lo considera quasi unanimemente il padre della nuova pittura fiamminga, ormai distaccata dalla tradizione gotica dei Paesi Bassi. Le sue scene d'interno sono minuziosamente descritte con impensabile sapienza prospettica e i paesaggi con estremo naturalismo.

La sua opera pittorica rappresenta un caposaldo del rinascimento fiammingo di cui «I coniugi Arnolfini» è uno dei capolavori. Inserite in una spaziosità che tende a divenire ambiente (in un interno intimo e familiare) mediante l'analitica raffigurazione di oggetti domestici, la coppia di sposi, di cui lei è in dolce e trepidante attesa di un figlio, mantiene una solenne impassibilità e monumentalità.

La prodigiosa evocazione dei particolari ottenuta con innumerevoli riflessi e infinite gradazioni luminose, si trasforma, per l'atmosfera unificante della luce, in gioiosa ma distaccata contemplazione di un universo di bellezza. La qualità luminosa e traslucida del colore ottenuta dall'artista mediante i suoi studi «sulla proprietà dei colori» rese note nel 1455 determinò la notizia ripresa anche dal Vasari (1550) che Van Eyck fosse l'inventore della pittura a olio; invece l'artista perfezionò soltanto una tecnica pittorica già nota. Nel ritratto dei coniugi Giovanni Arnolfini e Giovanna Cenami si nota un particolare ancora inedito nella storia della pittura dell'epoca: nello specchio convesso al centro della composizione sul quale si legge «Johannes de Eyck hic fuit» (Giovanni Van Eyck è stato qui) si riflette la figura dell'artista nell'atto di dipingere l'opera. E questo singolare modo di includere la parte dell'ambiente che rimane al di qua della scena permette all'osservatore di rivivere, immedesimandosi con l'artista l'attimo rappresentato.



## PRESENTAZIONE

Dal punto di vista bioetico, il massimo pericolo che, soprattutto nella cultura oggi dominante, corrono gravidanza e parto è quello di venire assimilati l'una a un mero processo biologico, l'altro a una mera operazione chirurgica. Naturalmente con questo non si intende negare il rilievo biologico che possiede la gravidanza, così come il rilievo medico che ha il parto; ma resta il fatto che, a differenza di ogni altro animale, l'individuo umano non è un mero strumento al servizio della sopravvivenza della specie cui appartiene, non si limita cioè a riprodursi biologicamente, ma divenendo padre e madre arricchisce, o addirittura altera, antropologizzandola, la dinamica della riproduzione biologica. E, analogamente, non può esserci dubbio che il venire alla luce, l'essere partoriti, non è un mero fatto clinico, ma un evento di cui nessun altro pareggia l'importanza, neppure la morte, perché è il venire al mondo non solo di un qualcosa, ma di un qualcuno – che rappresenta una novità assoluta e imprevedibile. Ecco perché il parto ha sempre avuto per l'uomo – unico anche in questo tra tutti i mammiferi – una dimensione simbolica, etica, psicologica, sociale, che ha reso e continua a rendere inevitabilmente, da un punto di vista fenomenologico, accessoria e strumentale ogni attività di assistenza medica e paramedica che venga prestata a suo favore (anche se in molti casi si tratta di una «strumentalità» dalla quale dipende né più né meno che la vita e la morte della madre e del bambino). Ed è proprio dall'incontro/scontro tra dimensione simbolica e dimensione medica della gravidanza e del parto che nascono le più intricate questioni bioetiche.

Il documento del Comitato Nazionale per la Bioetica, che qui si presenta, studia, in modo coerente, dettagliato, completo e innovativo le problematiche bioetiche legate alla gravidanza e al parto, offrendo al lettore – si può ben dire per la prima volta – una riflessione che, anche se non teme di addentrarsi in questioni casistiche, è ben consapevole di radicarsi nella prospettiva di fondo alla quale si è appena accennato. Ecco perché di questo testo non può che raccomandarsi una lettura unitaria, che non ne disperda l'ispirazione bioetica che gli dà vita, quell'ispirazione che ha mosso coloro che se ne sono fatti promotori e l'hanno redatto (ma, si deve pure dire, tutti i membri del CNB che l'hanno letto, soppesato, valutato, e in diversi casi emendato). Se la nascita di un soggetto che, come l'uomo, è in grado di configurarsi come una soggettività (cioè di poter dire di se stesso «io») può ben essere definita un avvenimento più che un evento, ne segue – come è stato suggestivamente affermato – che il parto possiede una sorta di sacralità naturale, dalla quale emerge e si rivela la sacralità dell'intera

natura (alla quale peraltro il «nascere» fornisce l'etimo). La bioetica, per la quale tutta la natura vivente è problema in se stessa, prendendo sul serio della gravidanza e del parto l'irriducibile profondità di senso, contribuisce al giusto orientamento che è necessario assumere nel trattarne tutte le singole, complesse e spesso tragiche problematiche che scaturiscono dall'una e dall'altro.

Come è prassi del CNB, deliberata l'utilità di una riflessione bioetica su questo tema, si è attivato un gruppo di lavoro, al quale hanno aderito i Proff. Barni, Bompiani, Coghi, Danesino, Gaddini, Leocata, Loreti Beghè, Mathieu, Nordio, Palumbo e Romanini e al quale è stato affidato il compito di redigere una bozza del documento. Al lavoro dei membri del CNB appena citati hanno altresì portato preziosi apporti i Proff. Paolo Benciolini, Emilio Mordini, Corrado Manni. Si è fatto pure ricorso alla collaborazione esterna del Prof. Umberto Piscicelli, che qui mi è grato ringraziare a nome di tutto il Comitato.

Il gruppo di lavoro si è riunito e ha lavorato collegialmente nel 1996 il 25 marzo, il 21 maggio e il 7 ottobre; nel 1997 il 16 gennaio, e il 18 dicembre; nel 1998 il 10 e il 20 febbraio, il 17 e il 20 marzo. Questo lavoro collegiale ha presupposto un intenso lavoro individuale dei singoli colleghi, che del gruppo han fatto parte: i proff. Bompiani e Romanini hanno curato in particolare il capitolo primo, la prof.ssa Coghi il secondo, il prof. Nordio il terzo, il prof. Danesino il quarto, la prof.ssa Gaddini il quinto e il sesto, il prof. Danesino il settimo, la prof.ssa Loreti Beghè e il prof. Barni l'ottavo ed ultimo. Ma, naturalmente, ogni singolo contributo individuale è stato arricchito ed integrato dall'apporto di ciascun altro membro del gruppo di lavoro. Alla fine del marzo 1998 è stata infine portata a termine la stesura del testo provvisorio del documento. Questo testo è stato quindi offerto alla lettura, alla riflessione, alle integrazioni e agli emendamenti di tutti i membri del CNB, per essere poi approvato in seduta plenaria all'unanimità il 17 aprile 1998. Sono convinto che i lettori sapranno apprezzarne il valore; e mi auguro che esso possa efficacemente contribuire a un necessario ampliamento della coscienza bioetica del nostro paese.

*Il Presidente*  
Francesco D'Agostino

*Aprile 1998*



## SINTESI E RACCOMANDAZIONI

Il Comitato Nazionale per la Bioetica in conformità con il mandato ricevuto, ha svolto nell'anno 1997 un'ampia riflessione sui problemi etici connessi con la corretta assistenza alla gestazione ed al parto.

Si è tenuto presente il disposto dell'art. 1 della Legge 194/1978 «*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza*», che recita: «*Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio*» mentre si è volutamente esclusa ogni considerazione in merito alla interruzione volontaria della gravidanza.

Questo elaborato del C.N.B. si prefigge dunque lo scopo di porre in evidenza aspetti bioetici specifici della gravidanza e del parto, intesi come «*stati vitali*» della donna e del nascituro, che nella complessità della simbiosi materno fetale, appaiono meritevoli non solamente di una tutela riguardante la vita e la salute dei singoli, come già stabilisce la Costituzione (art. 32), ma anche di una lata considerazione ed adeguata protezione in campo psicologico e sociale.

Il documento approvato si ricollega strettamente a precedenti elaborati C.N.B. riguardanti la vita prenatale e l'infanzia, e particolarmente ai «documenti» «*Diagnosi prenatali (18 luglio 1992)*» e «*Venire al mondo (15 luglio 1995)*».

Il C.N.B., al termine dell'esame dell'ampia «*Relazione*» elaborata dal Gruppo di lavoro, esprime le seguenti valutazioni generali:

**1.** Si deve tener conto, in misura crescente in proporzione all'aggravarsi del fenomeno, della contrazione significativa del tasso di natalità europeo, soprattutto a carico di quei Paesi, come Italia, Spagna, Portogallo, Paesi Bassi e Irlanda, in cui il livello di natalità, sino a metà del secolo, era più alto rispetto alla media europea.

Questa tendenza, manifestatasi negli ultimi decenni del secolo che volge al suo termine, riconosce motivi diversi; in ogni caso si deve riconoscere che per quanto riguarda il nostro Paese il miglioramento dei vari fattori sociali ed assistenziali (che in questa sede ed in questa occasione non è il caso di esaminare) ha portato ad una lenta ma progressiva diminuzione dei quozienti di nati-mortalità e di mortalità perinatale (sia alla prima settimana di vita che ad un mese), che interessano sia pure con risultati diversi le varie regioni italiane e dunque l'intero Paese.

Occorre tuttavia sottolineare che alcuni fenomeni demografici, quali il progressivo spostamento dell'età del matrimonio (condizione sociale tutt'ora prevalente nel nostro paese ai fini della procreazione), ed il rinvio della

nascita del primogenito determinando un conseguente innalzamento generale dell'età della donna alla prima gravidanza – non sono privi di riflessi sul concetto generico di «rischio» che, pur nella caratteristica fisiologica per la salute secondo la quale deve essere considerata la gravidanza, si riscontra con l'avanzare dell'età e – di conseguenza non sono privi di riflessi sulle caratteristiche assistenziali che occorre proporre alla gestante.

Non va però interpretato il calo della natalità come segnale di una perdita di un valore del figlio; il comportamento va ricondotto soprattutto alla valutazione «personale» della donna del proprio ruolo esistenziale, o della coppia nei confronti dei fattori economici, sociali ed anche legislativi riguardanti il lavoro femminile, che peraltro tutelano largamente l'assistenza alla gestazione considerata in se stessa; fattori che in tutta Europa – sebbene in misura diversa – hanno esercitato una profonda influenza nel determinarsi degli accennati fenomeni demografici.

**2.** Come conseguenza immediata del calo della natalità e dell'altissimo «investimento emotivo» che la famiglia italiana ha adottato nella ricerca di una sempre più elevata ascesa sociale e sul benessere dei discendenti, si è imposta con forza la nozione di *preziosità della vita embrio-fetale* – nozione ancora molto debole all'inizio del secolo ed è maturato pienamente il concetto di «qualità di vita» inteso in senso prospettico per il nascituro, allorché la gravidanza non è rifiutata, od è stata ricercata. La nozione trova riscontro anche in un maggior impegno nel prendersi cura della salute del bambino venuto alla luce, in una maggiore sollecitudine a favorirne e stimolarne lo sviluppo, anche relazionale, e ciò è stato rilevato anche quando il bambino nasce da fecondazione artificiale.

Questo «atteggiamento» ha determinato, quasi di necessità, la *medicalizzazione spinta della gravidanza*, per ottenere dall'arte medica una idonea prevenzione, una diagnosi precoce ed esatta ed una rapida e concreta terapia.

Con questi presupposti, in particolare, nell'attività di ricerca e di assistenza è emersa la *Medicina Prenatale*, che ha come compito principale quello di salvaguardare il benessere del concepito evidenziando precocemente eventuali alterazioni della omeostasi materno-embriofetale, allo scopo di intervenire il più rapidamente possibile per correggerne l'eventuale andamento negativo.

**3.** Un settore completamente diverso, che ha interessato in questi ultimi anni le «medicalizzazioni della gravidanza», è quello legato alle tecniche di procreazione assistita, la cui dimensione crescente, anche in Italia, merita un approfondimento per le grandi implicazioni cliniche, etiche e sociali che l'uso di queste tecniche comporta.

Fermo rimanendo che tali tecniche dovrebbero trovare indicazioni solo in casi di sterilità di coppia non altrimenti risolvibili che presentano tuttora una limitata probabilità di successo e che – per alcuni – persistono



anche in questo caso gravi riserve di ordine morale generale, si deve constatare che le tecniche attualmente conosciute superano ormai la decina e non sono del tutto anche concettualmente equivalenti, alcune potendo riferirsi al sostegno o ad integrazioni di fenomeni naturali, altre alla completa sostituzione di essi.

Su questa funzione «vicaria» si pongono alcuni quesiti dibattuti dalla bioetica di diversa ispirazione: rinviando all'ampia trattazione che è stata svolta sull'argomento in seno al nostro stesso Comitato (vedi il parere del C.N.B. sulle tecniche di procreazione assistita. Sintesi e Conclusioni. 17 giugno 1994; ed il documento: La fecondazione assistita. Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica. 17 febbraio 1995), occorre riaffermare che i principi deontologici che regolano ogni pratica medica debbono essere strettamente osservati anche da coloro che ritengono praticabile, sotto il profilo morale, l'impiego di tecniche di fecondazione in vitro od altre, nel riquadro della procreazione assistita.

Sotto questo profilo, peraltro, sembra a molti del tutto insufficiente la protezione che – attualmente – viene riservata all'embrione; ne può nascondersi che le tecniche collegate ad una stimolazione ovarica massiva e alla riposizione in utero di più embrioni sono fonte di rischio sia per la madre che per il nascituro, il quale, in taluni casi, va incontro a prematurità più o meno severa o all'eticamente inaccettabile procedura di selezione embrionale (cosiddetta «riduzione embrionale»).

Per la prematurità ed il ritardo di crescita in utero, che aumentano notevolmente con le tecniche di procreazione medicalmente assistita, non è ancora stabilito, soprattutto dagli studi epidemiologici casi-controlli, se dipendano unicamente dalla multigemellarità.

Va ricordato, comunque, che il destino dei nati da tecniche di fecondazione artificiale in merito ai ritmi di accrescimento e l'esito anche a distanza è tuttora da precisare con studi epidemiologici ben programmati e richiede l'uso in tutti i Centri di procreazione assistita di registri per la raccolta dei dati e per il controllo di follow-up. Il Comitato Nazionale per la Bioetica non ha mancato di sollevare tempestivamente il problema nei documenti riguardanti l'infanzia (Venire al mondo, documento del C.N.B. 15 dicembre 1995), ed ulteriormente sollecita l'attenzione su questo problema.

4. I fenomeni accennati hanno avuto, certamente, varie ripercussioni nell'organizzazione dell'assistenza e – sostanzialmente – anche nell'evoluzione della protezione sociale della gestante; tuttavia va riconosciuto che il «significato» antropologico della nascita di un figlio, pur nell'evoluzione della nostra società, è rimasto stabile ed immutato nonostante l'intervento dei vari fattori culturali e tecnici che hanno diminuito la numerosità dei nati, ma accresciuto la «preziosità» di essi. Il legame tra genitore e figlio è

per sempre: è stato acutamente affermato che si può smettere di essere coniugi ma non «smettere di essere genitori».

Questo porta inevitabilmente alla pressante richiesta dei genitori che al loro figlio venga garantita non solo la vita ma l'integrità fisica e funzionale, e quindi, in questo contesto, appaiono all'orizzonte delicati problemi assistenziali, giuridici e bioetici, che devono essere affrontati con un profondo rispetto della vita umana in utero e con un criterio assistenziale assolutamente «positivo» e cioè sostenuti da una prassi di concreta azione per il bene del paziente.

Se, come si esprime Thomas Jefferson, è dotata di autoevidenza la verità del fatto che tutti gli uomini nascono uguali, forniti di diritti inalienabili come quelli alla vita, alla libertà ed alla ricerca della felicità, tuttavia tale uguaglianza, se incontrovertibile sul piano puramente etico e di principio, trova molte eccezioni nella realtà quotidiana del nascere attuale, dove l'esistenza di patologie e di eventi rischiosi talora strettamente intrinseci alla stessa possibilità di nascita sembrano capaci di condizionare se non il diritto affermato (alla vita, alla ricerca della felicità), quanto meno lo spazio di applicazione, la potenza del diritto stesso.

La capacità di far sopravvivere neonati di peso estremamente basso, che pure è stata conseguita dalla scienza moderna a prezzo di sforzi enormi, è gravata da possibili limitazioni e condizionamenti sulla qualità della vita successiva tali da rendere certamente molto disuguale la potenziale aspettativa di «felicità» di molti di questi bambini, tanto per citare uno tra i molti possibili esempi forniti dall'esperienza clinica ed epidemiologica. E tuttavia l'affermazione positiva del «valore» della vita prevale come conquista etica di una società tecnologica in continua crescita, che riesce a consentire l'esercizio del diritto alla vita ad un numero crescente di soggetti la cui sopravvivenza non era, pochi lustri addietro, neppure ipotizzabile.

Si può quindi probabilmente ritenere in modo complessivamente unanime che, se considerato nei riguardi diretti dell'interessato principale, il nascituro, il problema bioetico abbia una sola via di scioglimento, fondata sul suo diritto di nascere e sul «dovere» di tutti coloro che ne sono in grado di porgergli aiuto.

Questo sentimento è così radicato, nella coscienza comune, che lo stesso H. Jonas pone la «premura» verso l'assistenza al neonato come esemplificativa di quell'«etica della responsabilità» che egli sviluppa in termini più ampi a tutela delle generazioni future.

Considerando in questa luce alcuni dei problemi che si presentano all'ostetrico e nel corso della assistenza prenatale, il C.N.B. ritiene opportuno affermare:

**1.** Nella terapia della sterilità e della ricerca della paternità e maternità responsabili, la profilassi dell'induzione di gravidanza multipla deve

essere perseguita con tutti i mezzi disponibili anzitutto affidando la stimolazione dell'ovoaio a personale altamente esperto ed in centri dotati di tutti i mezzi diagnostici per individuare la iperstimolazione e provvedere al rischio di insorgenza di complicazioni iatrogene.

**2.** Nel caso di ricorso a tecniche di fecondazione in vitro e riposizione di embrioni in utero, ferma rimanendo la condanna sotto il profilo etico che alcuni membri del C.N.B. hanno espresso nei confronti delle tecniche di procreazione «artificiale» (v. i più volte citati documenti «Parere del C.N.B. sulle tecniche di procreazione assistita. Sintesi e Conclusioni, del 17 giugno 1994; «La fecondazione assistita», del 17 febbraio 1995) e alla luce di quanto il C.N.B. ha argomentato nel documento «Identità e statuto dell'embrione umano» del 22 giugno 1996, risultando inoltre rafforzato tale convincimento anche per i rischi di plurigemellarità che tali tecniche allo stato attuale presentano, il Comitato Nazionale per la Bioetica conviene unanimemente nel richiedere – come requisito irrinunciabile anche per coloro che non nutrono riserve etiche di principio nei confronti di tali tecniche – la riposizione in utero di embrioni in numero compatibile con la potenziale sopravvivenza di tutti.

**3.** Sembra doversi affermare che il diritto al nascere una volta raggiunta la capacità di vita autonoma vada riconosciuto a chiunque, essendo improponibile, proprio sul piano etico, operare una selezione, in ordine alla sopravvivenza, fra esseri umani in base al loro grado di salute. Sembra quindi scontato doversi concludere che, in ordine al diritto a nascere, nessuno può sentirsi legittimato a decidere della vita del feto «vitale» ancorché malato, o malformato o presumibilmente destinato a cattiva qualità di vita extrauterina, ed in tal senso si esprime anche l'art. 7 della citata Legge 194/1978 «Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza».

**4.** A tal fine sembra assumere il significato di un dovere etico il più frequente, diuturno confronto fra le culture dell'ostetrico, medico prenatale, e del neonatologo, fermi restando i rispettivi ruoli e responsabilità.

Problemi di attualità per gli uni e per gli altri sono l'organizzazione di ricerche epidemiologiche «area based» sui fattori di rischio e sulle conseguenze a distanza del rischio perinatale, l'individuazione e la condivisione di criteri affidabili e di ampia applicazione per valutare l'incidenza della disabilità e degli handicap, la possibilità di orientarsi nelle situazioni drammatiche di assistenza intensiva, anche con il coinvolgimento dei genitori.

Una «formazione comune», attenta alle novità e alle attualità delle rispettive discipline ma soprattutto consolidata da esperienze insieme vissute rappresenta oggi il migliore fondamento alla politica sanitaria in questo settore.

Molte sono le occasioni di lavoro comune, che anche in questa sede è bene ribadire.

Un esempio della felice alleanza dell'Ostetrico con il neonatologo può evidenziarsi, nella immediata concertazione delle rispettive valutazioni allorché si profila la minaccia della spontanea insorgenza del parto prematuro, così come nella riduzione dei danni da questo derivanti; altro esempio sta nella «tempistica» relativa all'induzione del parto, allorché è «preferibile» (con la valutazione del rischio/beneficio) sottrarre il nascituro ad un ambiente biologico materno divenuto «ostile», e fonte di pericolo mortale per lo stesso; o nella scelta del luogo di nascita (trasporto in utero) ed in altre occasioni ancora.

5. È oggi assolutamente necessario nell'affrontare non solamente queste tematiche di particolare valore emotivo ma tutte le questioni che ineriscono alla relazionalità fra ostetrico e gestante anche nel più fisiologico decorso della gravidanza rivolgere una specifica attenzione al vissuto psicologico della donna incinta. Ribadendo l'esistenza di un'evoluzione nel corso della gravidanza del vissuto, peraltro secondo schemi ben noti, è importante tener conto della genesi del senso di maternità che deve facilitare il successivo distacco del feto dall'organismo materno dando un significato molto più ampio al senso di generatività, ed al ruolo di nutrice e di educatrice della donna.

Il C.N.B. sottolinea l'importanza che assume la «dimensione psicologica della gestazione», non solo nel vissuto personale della donna, ma nei rapporti stessi che si instaurano fra i membri della famiglia e l'ostetrico, al quale la gestante si affida. Conoscere quali sono i «sentimenti» della gestante, le sue elaborazioni immaginative, le sue preoccupazioni ed attese è fondamentale per chi l'assiste, ed ha un profondo significato deontologico ed etico: offrire anche a questo «aspetto» (che travalica il controllo di parametrici organici) la possibilità di esprimersi, ove la gestante nella propria autonomia lo ritenga opportuno.

6. Se la moderna bioetica valorizza al massimo grado il concetto di autonomia della gestante, tuttavia va sottolineato che la donna, accogliendo la gestazione, assume una particolare obbligazione morale nei confronti del prevedibile benessere del nascituro, che può riflettersi sui propri comportamenti esistenziali nell'eventuale sacrificio che questo potrebbe comportare nella sua libera determinazione, anche nei confronti del rischio di parto prematuro o di altri fattori capaci di incidere sul rischio embriofetale. A questo fine è da raccomandare *la corretta e continuativa assistenza prenatale*, basata sull'elemento fiduciario con il personale di assistenza, in una sorta di alleanza terapeutica, allo scopo non solamente di valutare parametri organici, ma di offrire consigli e informazioni utili al comportamento corretto della gestante.

**7.** Un momento di particolare intensità emotiva, con riflessi bioetico-comportamentali di notevole rilievo è rappresentato dall'evento parto. Il C.N.B. riconosce con soddisfazione che alcuni aspetti, come ad esempio l'umanizzazione del parto, la presenza del marito o di persona di fiducia della donna in sala parto, la preparazione psicologica all'evento, la terapia antalgica condotta con i più moderni ritrovati farmacologici, sono già stati ampiamente elaborati nella cultura specialistica italiana. Tuttavia ancora ulteriori sforzi vanno condotti per diffondere in tutte le maternità questi aspetti che si traducono in provvedimenti organizzativi ed assistenziali ben definiti, capaci di consentire alla partoriente una reale libertà di scelte, comunque correlata al giudizio tecnico del proprio curante. Sotto questo profilo prende particolare rilevanza il concetto dell'informazione e del successivo consenso per ogni singolo atto medico inerente al parto.

**8.** Il C.N.B. pur consapevole dei vantaggi sul piano emotivo e psicologico che può offrire la nascita al proprio domicilio e all'interno della vita familiare, deve sottolineare che ciò può essere possibile in un limitatissimo numero di casi in cui la previsione della naturalità dell'evento possa considerarsi altamente probabile.

Tuttavia il CNB ritiene doveroso insistere nel richiamare la frequente imprevedibilità dell'evoluzione negativa del parto che – se fosse svolto a domicilio – richiederebbe comunque il trasferimento in Ospedale per la soluzione del caso con procedure di urgenza e non sempre agevoli nel contesto della vita associativa moderna.

Una responsabile e serena valutazione del rischio perinatale e degli esiti neonatali, com'è documentato ormai da casistiche anche di altri paesi – porta a ritenere che debba essere seguita piuttosto la linea alternativa della massima umanizzazione possibile dell'ambiente ospedaliero.

Questa linea, già intrapresa nel piano legislativo nel nostro Paese, va perseguita coraggiosamente ai fini della sua massima possibile realizzazione.

**9.** In questo contesto il C.N.B. ribadisce che non è accettabile l'attuale tendenza a favorire il taglio cesareo non strettamente motivato da obiettive «indicazioni» cliniche, rimanendo questo un intervento chirurgico che va valutato come tale (indicazioni, controindicazioni, rischi impliciti). Va fatto pertanto un forte richiamo alla deontologia professionale anche in questo contesto, ed alla paziente opera di convincimento della gestante, ove manchino assolutamente ragioni convincenti per l'intervento.

**10.** Il C.N.B. rileva che nel nostro paese è stata sviluppata una idonea tutela giuridica della gestante e della partoriente nei confronti del diritto all'astensione dal lavoro e all'assistenza prenatale – in conformità peraltro all'evoluzione della normativa comunitaria europea. Tale normativa appare idonea a tutelare anche i diritti della partoriente in tema di filiazione, mentre è in evoluzione ma tuttora non compiuto un sistema giuridico

co per la tutela del concepito, essendo questa tematica evolutiva affidata prevalentemente alla giurisprudenza.

Appare opportuno al C.N.B. sollecitare il legislatore a definire meglio alcune situazioni di possibili conflitti di interesse fra gestante e nascituro.

**11.** Il C.N.B. ritiene infine che l'attenzione rivolta ai problemi del parto e della gravidanza non possa non coinvolgere coloro che hanno responsabilità nell'amministrazione della Sanità Pubblica, ad ogni livello. A loro competono le scelte politiche di fondo, che devono trovare nella salute della madre e del nascituro l'obiettivo prioritario ma, a loro compete anche l'incombenza di rendere possibile la migliore qualità della assistenza attraverso l'idonea collocazione delle risorse disponibili.



## ALCUNE PREMESSE ALL'ESAME BIOETICO DELL'ARGOMENTO

In questo elaborato del C.N.B. si è ritenuto opportuno raccogliere le riflessioni svolte da un «Gruppo di lavoro» costituito in seno al Comitato sui problemi etici connessi con la corretta assistenza alla gestazione ed al parto.

Si è tenuto presente il disposto dell'art. 1 della legge 194/1978 «*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza*», che recita: «*Lo Stato garantisce il diritto alla procreazione cosciente e responsabile, riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio*», mentre si è volutamente esclusa ogni considerazione in merito alla interruzione volontaria della gravidanza.

Questo elaborato del C.N.B. si prefigge dunque lo scopo di illustrare alcuni contenuti bioetici relativi a tali solenni affermazioni, ma soprattutto si propone di porre in evidenza aspetti bioetici specifici della gravidanza e del parto, intesi come «stati vitali» della donna e del nascituro, nella complessità della simbiosi materno fetale.

Peraltro si ricollega strettamente a precedenti elaborati del C.N.B. riguardanti l'infanzia, e particolarmente al documento «Venire al mondo» (15 dicembre 1995).

A premessa dell'insieme degli argomenti che verranno trattati sotto l'aspetto clinico-divulgativo (non essendo questa una pubblicazione rivolta unicamente a medici) e sotto gli aspetti bioetici, si ritiene utile fare alcune premesse in merito al *profilo generale* secondo il quale si presenta, oggi, l'argomento.

Si ritiene opportuno limitare l'analisi a tre questioni: il significato antropologico degli attuali orientamenti demografici; la «qualità della vita» e la preziosità della salute fetale nella continuità della vita prenatale, con quella postnatale; la ricerca ostinata della maternità con le tecnologie biomediche e il possibile influsso sul benessere materno e del nato.

### **Gli orientamenti demografici**

In molti Paesi occidentali si è prodotta negli ultimi decenni una contrazione significativa del tasso di natalità, soprattutto a carico dei quei Paesi, come Spagna, Portogallo, Paesi Bassi e Irlanda, in cui il livello di natalità era più alto rispetto alla media europea.

D'altra parte, anche nei Paesi cosiddetti «in via di sviluppo» si è constatato recentemente un calo della fecondità, dovuto alla diffusione di conoscenze e strumenti per la pianificazione familiare.

Peraltro si notano, nei vari Paesi Europei, fenomeni sociali comuni (anche se diversamente espressi per frequenza), come aumento delle unioni libere, del tasso dei divorzi e di nascite fuori dal matrimonio.

Per quanto riguarda l'Italia, l'andamento complessivo ben noto del tasso di fecondità consiste in un aumento delle nascite nel corso degli anni '50 fino al «baby boom» degli anni '60 culminato nel 1964, seguito da una continua diminuzione fino al valore di 1.21 figli per donna (1995), ben al di sotto della soglia di 2.0 figli per donna, che assicurerebbe la stabilità demografica nel lungo periodo.

L'analisi dettagliata dei tassi di natalità rivela che dal 1961 al 1991, si è verificata una riduzione del numero di coppie con figli (dal 55.6 al 49.9%), a vantaggio delle coppie senza figli (dal 13.4 al 17.5%). Inoltre, il calo della natalità interessa non tanto i primogeniti, quanto le gravidanze di ordine superiore e particolarmente la 3 e oltre <sup>1)</sup>.

Infine, la situazione è differente a seconda dell'area geografica studiata, essendo il calo maggiore nelle regioni meridionali (pur in presenza ancora di un indice di natalità lievemente superiore al resto del Paese).

Dal 1991 (data dell'ultimo censimento) al 1995 (ultimi dati disponibili) si sono ridotti ulteriormente sia in numero assoluto che (ovviamente) in termini di quoziente le frequenze di matrimoni – che costituiscono ancora oggi la condizione più propizia per la natalità – e il numero dei nati. Di conseguenza, pur in presenza di una lieve riduzione del numero dei morti, si sono determinati saldi negativi di natalità (Tabella 1 e 2).

**TABELLA 1 – Numeri assoluti del movimento naturale della popolazione**

Anno	1992	1993	1994	1995
Matrimoni	312.348	302.230	285.112	283.025
Nati vivi	567.841	549.484	527.406	521.345
Morti	546.690	543.433	548.081	547.214
Eccedenza nati vivi	21.151	6.051	- 20.675	- 25.869

<sup>1)</sup> I dati riportati nelle Tab. 1-3 derivano dal Compendio statistico ISTAT; quelli delle Tab. 4 e 5 dal volume: «Evolution démographique récente en Europe» edito dal Consiglio d'Europa (1997).



**TABELLA 2 – Movimento naturale della popolazione  
espresso in quozienti  
(per 1000 abitanti)**

Anno	1992	1993	1994	1995
Matrimoni	5.5	5.5	5.1	4.9
Nati vivi	9.9	9.6	9.3	9.1
Morti	9.7	9.7	9.7	9.5
Eccedenza nati vivi	0.2	- 0.1	- 0.4	- 0.4

Il miglioramento di vari fattori (che in questa sede ed in questa occasione non è il caso di esaminare) ha portato comunque ad una lieve progressiva diminuzione dei quozienti di nati-mortalità e di mortalità perinatale (sia alla prima settimana di vita che ad un mese), che interessa sia pure con risultati diversi le varie regioni italiane e dunque l'intero Paese (v. Tabella 3).

**TABELLA 3 – Quoziente di nati mortalità e mortalità perinatale  
(Totale Italia e per raggruppamento di regioni)**

Anno	1992	1993	1994	1995
Nati mortalità (x 1000 nati)	4.8	4.7	4.4	-
Totale Italia	4.8	4.7	4.4	-
Nord Centro	4.1	4.2	4.0	-
Mezzogiorno	5.7	5.3	5.0	-
Nati morti + morti nella prima settimana (x 1000 nati)	9.4	8.8	8.2	-
Totale Italia	9.4	8.8	8.2	-
Nord Centro	8.1	7.6	7.0	-
Mezzogiorno	11.0	10.1	9.7	-
Nati morti + morti nel primo mese di vita (x 1000 nati)	10.7	10.0	9.3	-
Totale Italia	10.7	10.0	9.3	-
Nord Centro	9.3	8.6	7.9	-
Mezzogiorno	12.4	11.7	11.1	-

Altro punto importante è dato dal rinvio della nascita del primogenito, e dal conseguente innalzamento generale dell'età per la prima gravidanza. In questi ultimi anni si è poi assistito ad un progressivo spostamento dell'età del matrimonio con la riduzione temporale della fase procreativa (Tab. 4). Aumenta anche il tasso dei divorzi e si riduce la frequenza percentuale delle nascite, soprattutto oltre la 3<sup>a</sup> gravidanza (Tab. 5).

Diversi studi sociologici hanno affrontato questo problema cercando di valutarne gli effetti, ed in particolare si è evidenziato come questa nuova «cultura della procreazione» ha modificato profondamente l'architettura della famiglia.

Né possono trascurarsi anche i riflessi meramente biologici (aumento del rischio) e di conseguenza assistenziali che lo spostamento dell'età riproduttiva verso età più avanzate viene a determinare.

**TABELLA 4 – Variazione di alcuni parametri demografici fra il 1970 e il 1994, in Italia**

Parametro	Anno					
	1970	1975	1980	1985	1990	1994
Indicatore di nuzialità per il primo matrimonio nelle donne al di sotto di 50 anni	1.00	0.93	0.77	0.68	0.69	0.62
Età media della donna al primo matrimonio	24.1	23.5	24.1	24.5	25.6	26.5
Tasso di divorzi (per 1.000 abitanti)	–	0.2	0.2	0.3	0.5	0.5
Nascite extramatrimoniali (per 100 nascite)	2.2	2.6	4.3	5.4	6.1	7.7
Indicatore congiunturale di fecondità (numero medio di bambini per donna)	2.43	2.21	1.68	1.45	1.36	1.21
Età media della donna alla nascita del primogenito	28.3	27.6	27.5	28.1	28.9	29.6
Tasso netto di riproduzione	1.81	1.60	1.60	1.19	1.00	0.89

**TABELLA 5 – Frequenza percentuale dei nati vivi  
per ordine di nascita  
(Italia, dal 1960 al 1994)**

Anni	Ordine di nascita			
	1°	2°	3°	4° o più
1960	37.3	27.9	15.0	19.8
1965	37.6	29.9	15.1	17.4
1970	38.6	31.2	15.2	15.0
1975	43.2	32.6	13.4	10.8
1980	45.6	35.1	12.4	6.9
1985	46.53	6.4	12.1	5.0
1990	48.5	36.0	11.6	2.8
1994	49.8	36.8	10.2	2.3

Non va però confuso il calo della natalità come segnale di una perdita di valore del figlio; il comportamento va ricondotto alla valutazione «personale» della donna, del proprio ruolo lavorativo, o della coppia nei confronti dei fattori economici sociali ed anche legislativi riguardanti il lavoro femminile, che peraltro tutelano largamente l'assistenza alla gestazione considerata in se stessa come più oltre verrà documentato (v. allegato 2); fattori che in tutta Europa – sebbene in misura diversa – hanno esercitato una profonda influenza nel determinarsi degli accennati fenomeni demografici.

Il discorso dovrebbe necessariamente allargarsi alla «bioetica della famiglia», ciò che va oltre gli obiettivi di questo documento; ricorderemo, peraltro, che in Italia sono stati posti a disposizione della famiglia, a partire dal 1974, i «consultori familiari» che hanno finito per esaltare le descritte tendenze demografiche. Nè deve trascurarsi che i consultori a tutt'oggi soffrono di una loro ridotta «visibilità» specifica e di orientamento psico-sociale essendo generalmente confusi con ambulatori ostetrico-ginecologici, essenzialmente per una non perfetta calibrazione del personale in essi operante.

### **Il concetto di «preziosità» della gravidanza e la qualità della vita del nascituro**

Come conseguenza immediata del calo della natalità si è imposta con forza la nozione di *preziosità della vita embrio-fetale*, e il concetto di «qua-



lità di vita» inteso in senso prospettico per il nascituro, allorchè la gravidanza non è rifiutata, o è stata ricercata.

Questo «atteggiamento» ha determinato, quasi di necessità, la *medicalizzazione spinta della gravidanza*, della quale conviene sin da ora prospettare alcuni obiettivi e risultati, che verranno con maggiore dettaglio ulteriormente esaminati nel corso della relazione.

Nell'attività di ricerca e di assistenza è emersa la *Medicina Prenatale*, che ha come compito principale quello di salvaguardare il benessere del concepito evidenziando precocemente eventuali alterazioni della omeostasi materno-embrio-fetale, allo scopo di intervenire il più rapidamente possibile per correggerne l'andamento negativo. Vogliamo dare un rapidissimo sguardo agli interessi coltivati da questa disciplina.

In epoca precoce di gravidanza, nuove conoscenze nel campo dell'abortività spontanea ripetuta hanno portato a valutare l'importanza di questa patologia che costituisce ancora oggi un «problema», sia umano che sociale, sfortunatamente difficile da risolvere sul piano terapeutico.

Nuovi approcci sperimentali, come la terapia con immunoglobuline umane, studi epidemiologici mirati, l'utilizzo della genetica molecolare, sembrano aprire nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche per questa patologia la cui diagnosi differenziale può usufruire oggi di tecnologie immunologiche e biochimiche precoci e di tecniche biofisiche, che sono utilizzabili con profitto anche nelle fasi più avanzate della gravidanza.

La conoscenza dei ritmi morfologici e funzionali di sviluppo dei vari apparati del feto, conoscenza che si basa essenzialmente sull'ecografia, sul Doppler, sul monitoraggio della frequenza cardiaca, assieme a tecniche invasive che permettono sia una visualizzazione diretta del feto sia un suo prelievo di sangue e di tessuti, hanno aperto panorami impensabili sino a qualche anno fa per una «tutela attiva» del benessere fetale.

Il ritardo di accrescimento intrauterino, studiato per lunghi anni come entità a sé stante, in realtà è la punta di un iceberg di una grande serie di patologie di cui ne è solamente l'epifenomeno. La possibilità, attraverso queste tecniche, di risalire alle cause che lo hanno determinato, permette finalmente di affrontare il problema preventivo e terapeutico in maniera più corretta.

Questo ci porta inevitabilmente al discorso delle terapie fetali, che oggi assumono un volto più definito grazie alla possibilità di non dover utilizzare solamente la madre come mezzo di trasporto del farmaco, ma anche di poter giungere direttamente al feto attraverso il compartimento uterino. Questo approccio, invasivo, ha aperto nuove modalità diagnostiche e terapeutiche, permettendo ad esempio, di dosare esattamente la quantità di farmaco da somministrare o di poter valutare attraverso prelievi di sangue e di tessuti la reale patologia infettivologica, immunitaria e metabolica del feto.

Lo sviluppo di questo criterio consentirà la riduzione dei tagli cesarei in epoche precedenti il naturale termine della gravidanza, diminuendo quindi considerevolmente quella serie di neonati prematuri che tanto affliggono i nostri Centri di Rianimazione, e nel cui gruppo si allocano percentuali importanti di morbilità ed handicap neurologici permanenti.

La terapia chirurgica fetale microinvasiva, attraverso la possibilità del drenaggio di fluidi all'interno del feto, anche se offre dei risultati tuttora da verificare, potrà, se confermate le positive esperienze, ridurre anch'essa la necessità di far nascere precocemente alcuni feti malformati al fine di sottoporli ad una chirurgia tempestiva per la prevenzione di danni irreversibili.

Nel corso di questa relazione, verranno fornite analisi più approfondite di questi aspetti, anche ai fini della prevenzione dei rischi e dei danni del concepito.

### **La procreazione assistita ed il «destino» del nascituro**

Un settore completamente diverso che ha interessato in questi ultimi anni le «medicalizzazioni della gravidanza» è quello legato alle tecniche di procreazione assistita, la cui dimensione crescente, anche in Italia, merita un approfondimento per le grandi implicazioni cliniche, etiche e sociali che l'uso di queste tecniche comporta.

Fermo rimanendo che tali interventi dovrebbero trovare indicazioni solo in casi di sterilità coniugale non altrimenti risolvibili e che – per alcuni – persistono anche in questo caso gravi riserve di ordine morale generale, si deve constatare che le tecniche attualmente conosciute superano ormai la decina e non sono del tutto anche concettualmente equivalenti, alcune potendo riferirsi al sostegno o ad integrazioni di fenomeni naturali, altre alla completa sostituzione di essi.

Su questa funzione «vicaria» sono stati accesi dibattiti da alcune correnti della bioetica.

Rinviando all'ampia trattazione che è stata svolta sull'argomento in seno al nostro stesso Comitato <sup>2)</sup>, sul piano operativo bisogna comunque convenire che un buon risultato è legato alla scelta della tecnica che è la più adatta allo specifico caso, ricordando che i principi deontologici alla base di ogni pratica medica e fra questi l'ampia informazione per la raccolta del consenso informato debbono essere strettamente osservati anche da coloro che ritengono praticabile, sotto il profilo morale, l'im-

---

<sup>2)</sup> Parere del C.N.B. sulle tecniche di procreazione assistita. Sintesi e Conclusioni. 17 giugno 1994.

– La fecondazione assistita. Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica. 17 febbraio 1955.

piego di tecniche di fertilizzazione in vitro od altre, nel quadro della procreazione assistita.

In questo caso, peraltro, sembra a molti del tutto insufficiente la protezione che attualmente viene riservata all'embrione; né può nascondersi che alcune di queste tecniche, collegate ad una stimolazione ovarica massiva e alla riposizione in utero di più embrioni, sono fonte di rischio sia per la madre che per il nascituro, il quale, in taluni casi, va incontro a rallentamento della crescita in utero e ad immaturità severa o all'inquietante procedura di selezione embrionale (cosiddetta «riduzione embrionale»). Questo problema ha necessariamente attirato l'attenzione del Gruppo di lavoro, e verrà più avanti esaminato sotto il profilo tecnico e bioetico con maggiori dettagli.

Ciò premesso, ci si pone la domanda se tutte le tecniche di procreazione assistita debbono essere considerate alla stessa stregua sotto il profilo etico e giuridico. A questa domanda è difficile rispondere, essendo estremamente varie le posizioni, sia che le affrontiamo da un punto di vista giuridico che antropologico ed etico. Comunque siano le posizioni, le coppie che si orientano sulla procreazione medico-assistita devono essere correttamente informate su tutti i dati disponibili riguardo al decorso della gravidanza ed alle possibili condizioni del bambino che viene alla luce.

L'antropologia di ispirazione cattolica, ad esempio, respinge la fecondazione in vitro con conseguente trasferimento dell'embrione (FIVET), anche perchè, al di là della tecnica che si basa sull'inseminazione in laboratorio, non vi è un chiaro intento di proteggere gli embrioni non impiantati nei confronti dell'impiego sperimentale o dell'eliminazione.

È questo solamente un esempio che riguarda un dibattito sul quale il Comitato Nazionale per la Bioetica si è altrove soffermato (v. nota 2).

Il destino dei nati da tecniche di fecondazione artificiale, in merito ai ritmi di accrescimento e l'esito a distanza è tuttora da precisare con studi epidemiologici ben programmati; e il Comitato Nazionale per la bioetica non ha mancato di sollevare tempestivamente il problema nei documenti riguardanti l'infanzia anche in rapporto alla frequente poligemellarità<sup>3)</sup>.

---

3) Venire al mondo. Documento del C.N.B. 15 dicembre 1995.

L'argomento è ampiamente trattato al Cap.II di questo elaborato.

In ogni caso, da una recente rassegna della letteratura internazionale di Nordio e de Vonderweid (1997) risultano i seguenti dati: – una frequenza di gravidanze gemellari con 2 feti del 19% e con 3 o più feti del 4-4.6%; – una frequenza di prematurità del 24-29%, di neonati di meno di 2500 grammi del 24%-26% e di meno di 1500 grammi del 5%-7%; – un aumento della mortalità perinatale da 1.8 a 2.8 volte superiore a quella della popolazione generale con cui è stata confrontata in Francia, Inghilterra ed Israele (26.6 per mille in Francia e rispettivamente 43.7 e 46 per mille in Australia e Svezia); – un aumento della necessità di terapie più o meno intensive neonatali; – non aumento delle malformazioni.



Tra i problemi di non trascurabile rilevanza bioetica posti in essere a seguito dello sviluppo delle tecniche di riproduzione assistita un particolare interesse riveste *l'ovodonazione a donne in avanzata età riproduttiva*, o che l'abbiano sicuramente superata.

Va subito detto che le segnalazioni nella letteratura internazionale sono fino ad oggi sporadiche, e soprattutto che non esiste disponibilità di un adeguato follow-up neonatologico, tale da consentire una esauriente valutazione scientifica del problema sul piano degli esiti a distanza per il bambino, che pure costituiscono un rilevante parametro di valutazione.

Dal punto di vista perinatologico sembra potersi riconoscere il rischio di una aumentata incidenza di complicanze a carico sia della madre che del neonato, anche se con stime differenti nelle diverse esperienze <sup>4)</sup>.

La bassa numerosità dei contributi disponibili in letteratura e la loro relativa eterogeneità non permette di trarre conclusioni che non risultino affrettate o non possano apparire arbitrarie.

Così l'incidenza rilevante di complicazioni nei sette casi di gravidanze fisiologicamente insorte in donne di età avanzata riferita da Narayan potrebbe non essere tanto espressione di problemi correlati all'età, quanto alle particolari caratteristiche delle pazienti (tutte immigrate di prima generazione e di bassa condizione socioeconomica).

Tuttavia il contrasto tra i risultati riferiti suggerisce la massima attenzione al problema, ancora prima per una doverosa prudenza di natura clinica che per le intuibili riserve di ordine bioetico.

---

<sup>4)</sup> Sauer e coll. (1996) su 103 gravidanze in donne di età compresa fra 45 e 59 anni, con 17 gravidanze «precliniche» e 12 aborti, riferiscono a carico delle 74 gravidanze concluse con la nascita il 37.8% di complicanze antenatali, tra le quali 9 casi di parto pretermine, 8 di ipertensione gestazionale, 6 di diabete gestazionale, 2 di preclampsia, 2 sindromi HELLP; con una frequenza di tagli cesarei pari al 64.8%.

A carico dei neonati le complicanze riguardavano il 4.6% dei nati, con 1 caso di trisomia 21, 2 ritardi di crescita intrauterina, 1 difetto del setto interventricolare, mentre non erano registrate morti in utero.

Differenti conclusioni sono tratte dall'osservazione di due gravidanze indotte con ovodonazione in cinquantunenni (Check e coll. 1993), nei quali gli autori non hanno riscontrato alcuna complicazione a carico materno o fetale.

Interessante può essere il confronto con i dati relativi alla serie di 7 gravide immigrate dall'Asia, di bassa condizione socioeconomica, che in media avevano già avuto un parto, riportata da Narayan (1992). In queste pazienti l'insorgenza della gravidanza non era ovviamente in rapporto a tecniche di riproduzione assistita. Età media era di 52 anni (il campione era compreso fra 51 e 59) ed erano registrati un caso di diabete gestazionale ed uno di emorragia durante la gravidanza; i cesarei riguardavano il 28.6% delle pazienti mentre non erano segnalati problemi neonatali, né alcuna mortalità o patologia di rilievo clinico, congenita o acquisita, a carico dei neonati che avevano un peso medio di 3300 grammi.

## **Desiderio genitoriale, uguaglianza e disuguaglianze alla nascita, responsabilità nei suoi confronti.**

Per concludere, oggi il «significato» antropologico della nascita di un figlio, pur nell'evoluzione della nostra società, è rimasto stabile ed immutato nonostante l'intervento di vari fattori culturali e tecnici che hanno diminuito la numerosità dei nati, ma accresciuto la «preziosità» di essi. Il legame tra genitore e figlio è per sempre: è stato acutamente affermato che si può smettere di essere coniugi ma non «smettere di essere genitori».

Questo porta inevitabilmente alla pressante richiesta dei genitori che al loro figlio venga garantita non solo la vita ma l'integrità fisica e funzionale, e quindi, in questo contesto, appaiono all'orizzonte delicati problemi assistenziali, giuridici e bioetici, che devono essere affrontati con un profondo rispetto della vita umana in utero e con un criterio assistenziale assolutamente «positivo».

Nel panorama generale dell'argomento e nelle premesse ricordate si inseriscono le riflessioni del Comitato per la Bioetica che, lungi dal considerare esaurito un argomento fonte di ulteriori approfondimenti, intende porre all'attenzione dell'opinione pubblica alcuni degli aspetti più attuali della discussione bioetica.

Come ebbe già a rilevare nel precedente documento «Venire al mondo», il C.N.B. anche in questa occasione sottolinea come il momento della nascita dell'essere umano sia sicuramente evento di considerevole valenza bioetica, vuoi per il suo contenuto intrinseco nei confronti della nuova vita, vuoi per quanto implica nei comportamenti dei soggetti e dello stesso contesto sociale presso cui l'evento si realizza.

Thomas Jefferson ha affermato come dotata di autoevidenza la verità del fatto che tutti gli uomini nascono uguali, forniti di diritti inalienabili come quelli alla vita, alla libertà ed alla ricerca della felicità. Tuttavia tale uguaglianza, se incontrovertibile sul piano puramente etico e di principio, trova molte eccezioni nella realtà quotidiana del nascere attuale, dove l'esistenza di patologie e di eventi rischiosi talora strettamente intrinseci alla stessa possibilità di nascita sembrano capaci di condizionare se non il diritto affermato (alla vita, alla ricerca della felicità), quanto meno lo spazio di applicazione, la potenza del diritto stesso. La capacità di far sopravvivere neonati di peso estremamente basso, che pure è stata conseguita dalla scienza moderna a prezzo di sforzi enormi, è gravata di possibili limitazioni e condizionamenti sulla qualità della vita successiva tali da rendere certamente molto disuguale la potenziale aspettativa di «felicità» di molti di questi bambini, tanto per citare uno tra i molti possibili esempi forniti dall'esperienza clinica ed epidemiologica. E tuttavia l'affermazione positiva del «valore» della vita prevale come conquista etica di una società



tecnologica in continua crescita, che riesce a consentire l'esercizio del diritto alla vita ad un numero crescente di soggetti la cui sopravvivenza non era, pochi lustri addietro, neppure ipotizzabile.

Si può quindi probabilmente ritenere in modo complessivamente unanime che, se considerato nei riguardi diretti dell'interessato principale, il nascituro, il problema bioetico abbia una sola via di svolgimento, fondata sul suo diritto di nascere e sull'ipotizzabile «dovere» di tutti coloro che ne sono in grado di porgergli aiuto.

Ma, già in questi termini estremamente semplificati, si può ritenere che ogni feto ed ogni neonato abbiano comunque «diritto a tutti gli sforzi possibili» per la garanzia della loro sopravvivenza, indipendentemente dalle condizioni presumibili della vita successiva?

Si pone dunque, sotto questo aspetto, un'applicazione del concetto di «accanimento terapeutico», che ampie discussioni va suscitando nella fase terminale della vita?

La grandissima capacità diagnostica di tecnologie oggi altamente sofisticate, fondate prevalentemente sull'impiego di ultrasuoni, è in grado di consentire analisi spesso molto drammaticamente precise sui danni antenatali (congeniti, da patologie intrauterine, da agenti sfavorevoli esterni, ecc...), la cui conoscenza permette previsioni sicure sulla riduzione talora notevole delle capacità fisiche, mentali, di durata della vita futura del nascituro, con il corteo di problemi, di sofferenze, non raramente di grandi difficoltà economiche e sociali per i genitori e per tutto il contesto familiare.

Si pone in questo caso il quesito: questa vita va tutelata ad ogni costo, con il medesimo spiegamento di forze utile a salvaguardare una vita nascente probabilmente indenne? Sul piano feto-neonatale, dove porre il limite fra la cura e l'accanimento terapeutico?

Accettata la sussistenza e la proponibilità di questo interrogativo, una considerazione viene immediatamente conseguente, e ci riporta ad una delle questioni in precedenza accennate.

Se infatti il problema si pone per gravidanze naturalmente insorte che, per ragioni di patologia congenita o acquisita vanno incontro ad eventi lesivi, o limitativi o comunque compromissivi per le attese di vita «normale», e di benessere del nascituro, quale deve essere la valutazione in termini bioetici – ma forse anche di semplice liceità – nei riguardi di quelle tecnologie di riproduzione assistita in cui più embrioni vengono posti in un unico utero, pur essendo ben noto che se più di due o tre di loro riusciranno nel loro naturale tentativo di sopravvivere, saranno destinati alla nascita con peso «estremamente basso», cioè con probabilità elevatissima a rientrare in quella categoria di nati con pessime speranze di qualità di vita, alta probabilità di menomazioni fisiche o mentali, di cui si è fatta più sopra menzione?

Se infatti si può porre il problema della opportunità di ricorrere a forme di difesa strenua della vita fino al limite dell'accanimento per gravidanze naturalmente insorte in cui sopravvengano malattie, pur di tutelare comunque una vita umana nascente, si può accettare che deliberatamente e scientemente si corra l'alea di produrre esseri umani cui, in partenza, non siano garantite tutte le possibilità di fruire dei diritti di vivere, di sperare e lavorare per essere felici, di potersi inserire con appropriate capacità nel contesto sociale? O non si deve piuttosto pensare che tale rischio non sia compatibile con ciò che la tecnologia moderna, pur potentissima, è autorizzata a fare, quanto meno se prima non risolve il problema di garantire a tutti i concepiti artificialmente delle possibilità (qualitative e quantitative) di sopravvivenza almeno uguali a quelle dei concepiti naturalmente?

Questi alcuni degli interrogativi che si è posti il C.N.B. nell'affrontare l'argomento, ai quali si daranno risposte argomentate nei capitoli della relazione, che seguono.

Anche altri temi sono stati presi in considerazione, senza un apparente ordine sistematico, ma in ragione del flusso discorsivo di una riflessione collegiale che mano a mano si andava organizzando, e che è stato rispettato. Quale preparazione e attitudine professionale deve possedere l'ostetrico? Quale è il vissuto psicologico della gestante nei riguardi del proprio stato esistenziale? Quali gli atteggiamenti della società, nella storia ed attualmente, nei confronti del parto? Quali criteri per restituire al parto tutta la sua «umanità»? Quale tutela giuridica offre la società nei confronti della maternità?

Anche a queste domande, si cercherà di dare risposte argomentate sotto il profilo bioetico.

## AUTORI CITATI

CHECK e coll. *Obstet. Gynecol.* 81:835:6, maggio 1993.

NARAYAN e coll. *Eur. J. Obst. Gynecol. Reprod. Biol.* 47; 47-51, ott. 1992.

SAUER e coll. *Hum. Reprod.* 11:2540-3, nov. 1996.

### LA GRAVIDANZA MULTIPLA

Il problema della gravidanza multipla è diventato negli ultimi decenni sempre più pressante soprattutto per la sua diffusione e spettacolarità numerica quale conseguenza della induzione di ovulazioni multiple, resa possibile dalla scoperta di farmaci adeguati. Infatti dagli anni '70 si è ricorsi a questa tecnica con l'intento di migliorare le percentuali di successo delle gravidanze, ma è stato soprattutto con l'introduzione della fecondazione assistita che il fenomeno ha assunto proporzioni preoccupanti.

In questa situazione infatti si è passati da una media di 2-3 follicoli quale risultato della stimolazione perfino a 20-30 follicoli con lo scopo di ottenere embrioni per un trasferimento immediato e per avere la possibilità di disporre degli eccedenti per un programma di crioconservazione per successivi transfer.

Questa condotta ha comportato tutta una serie di effetti secondari ormai ben noti, quali le gravidanze multiple, la sindrome da iperstimolazione, gli embrioni soprannumerari, effetti secondari ai quali le varie comunità scientifiche hanno cercato di porre un limite attraverso il suggerimento di «linee guida» che solo in parte hanno migliorato la situazione.

Anche la comunità civile si è trovata coinvolta in realtà non più ignorabili, quali i recenti fatti relativi alla sorte degli embrioni nel Regno Unito e il problema della «riduzione» delle gravidanze multiple per eliminare un certo numero di embrioni eccedenti.

Inoltre le iperstimolazioni toccano altri aspetti della salute della donna: il rapporto cancro dell'ovaio-stimolazione ovarica se pur non documentato in modo chiaro, rimane un interrogativo da seguire nel tempo; vanno inoltre meglio conosciuti eventuali effetti delle grandi quantità di ormoni secreti in queste stimolazioni, anche in rapporto ad una possibile deplezione eccessiva di ovociti; vanno il più possibile evitate l'aumentata morbidità materna e fetale, collegata alle gravidanze plurime.

D'altro lato il poter disporre di più ovociti può essere augurabile in determinate circostanze quando si pone ad esempio l'indicazione ad una diagnosi preimpianto di malattie genetiche o quando è in programma una castrazione e quindi sarebbe vantaggioso crioconservarli.

Siamo pertanto in una fase di transizione che cerca di ottimizzare i risultati con una più accurata amministrazione delle varie tappe che portano alla possibilità di un nato sano, senza sproporzionati oneri per la salute e per il benessere materno-fetale e senza stravolgere una serie di valori quali vengono chiamati in causa nelle situazioni su accennate.



Non a caso Edwards si è fatto interprete del disagio attuale intitolando un suo editoriale: «Time to revolutionize ovarian stimulation», in cui traccia un nuovo modo di ripensare la FA con molta più misura ed attenzione senza modificare significativamente i risultati attuali della FA stessa.

Si ritiene utile, ai fini di poter meglio valutare la portata di queste problematiche, presentare un quadro generale di alcune situazioni quali le caratteristiche cliniche delle gravidanze plurime e la cosiddetta «riduzione embrionale» proposta come eventuale modalità correttiva delle patologie plurime stesse.

## Epidemiologia Delle Gravidanze Multiple

Nonostante negli ultimi anni siano migliorate le possibilità di gestire, sia sul fronte materno che su quello fetale, le gravidanze multiple, queste restano comunque ad alto rischio di morbilità per entrambi, con in più lo sconvolgimento che la nascita plurima determina nell'assetto globale della famiglia.

L'evenienza di gravidanze plurigemine, definite «gravidanze multiple» (bigemine escluse), rappresenta un evento spontaneo relativamente raro, legato all'età, alla parità materna, a fattori razziali e genetici: si calcola che la percentuale di gemellarità oscilla tra 1,05-1,35%, mentre per le gravidanze con maggior numero di feti si applica l'ipotesi di Hellin, che prevede una formula che indica le probabilità del numero di gravidanze, elevando l'incidenza delle gemellari (n) alla potenza di 3-4 o più a seconda del tipo di gravidanza che si vuole considerare.

Le curve di aumentata incidenza delle gravidanze plurime cominciano a muoversi, a seconda dell'utilizzo di tali tecniche nei vari paesi, intorno al

TABELLA 6 – Numeri di nati per anno in parti semplici e plurimi (ISTAT) (ISS)

Anni	Semplici e plurimi				
	1	2	3	4	>4
1971-80	784.832	7.410	75		
1981	615.280	11.554	180	12	5
1985	570.352	10.600	225	28	5
1990	560.780	10.410	447	68	10
1991	553.597	11.618	519	100	32
1992	558.570	11.372	543	64	19

1970 e specie per le gravidanze superiori alla bigemina intorno al 1985. Ad esempio nel Canada le triplette passano da un 12% nel '75 a 15% nel 1985 e al 22% nel 1990.

Per avere una panoramica della situazione italiana vengono riferiti i dati ISTAT 1971-1980 e i dati dell'Osservatorio Epidemiologico dell'ISS, 1981-1992 (Tab. 6).

Come è possibile notare, le gravidanze gemellari si muovono sensibilmente, le triplette aumentano progressivamente fino a sette volte nel 91-92 ma soprattutto compaiono le quadruplette (12 nel 1981, 100 nel 1991), le quintuplette ed oltre. I dati sono relativi ai nati e perciò manca la cifra globale del numero reale di gravidanze plurime non venendo considerati gli aborti, molto frequenti in queste situazioni.

Nei registri delle varie Società di Fertilità e Sterilità, che registrano annualmente i risultati delle tecniche di FA, è possibile seguire i nati vivi da gravidanze plurime. I nati vivi oltre la 20<sup>a</sup>-28<sup>a</sup> settimana (a seconda dei vari criteri adottati), sono i seguenti (Tab. 7).

TABELLA 7 – IVET: **percentuale dei parti plurigemini**

	2	> = 3
WORLD REPORT 1993	23,7	4,6
AM. FERT. SOC. 1993	27,5	5,5
FIVNAT 1994	23,5	3,5
U.K 1994	25,9	3,3

Per avere informazioni sull'andamento del periodo gestazionale che precede la 20<sup>a</sup> settimana, vale la pena di richiamare i dati, relativi alla FIVET, del gruppo di Norfolk tra il 1982 ed il 1990 su 190 pazienti con due o più camere gestazionali, ecograficamente precisate alla 6<sup>a</sup> 7<sup>a</sup> sett.: 151 bigemine, 32 triplette, 7 quadruplette.

Delle 151 pazienti con due soli sacchi gestazionali, 103 hanno proseguito come gemelli e 31 come feti singoli oltre la 20<sup>a</sup> settimana.

Delle 32 triplette solo 26 pazienti hanno presentato attività cardiaca (6<sup>a</sup>-7<sup>a</sup> sett.) in tutti e tre i sacchi gestazionali di queste, 15 hanno continuato la gravidanza come triplette, 11 come gemelli, e quattro come gravidanze singole.

Delle 7 pazienti con quattro sacchi gestazionali, una ha avuto lo sviluppo di due soli feti, una di un solo feto; nelle cinque rimanenti con quadruplice presenza di feti, in una paziente si è verificato un aborto completo alla 18<sup>a</sup> sett. e le altre hanno proseguito oltre la 20<sup>a</sup> sett.

Si segnala pertanto una possibile significativa riduzione spontanea di embrioni e di feti, elemento da considerare quando si mettano in atto programmi di riduzione multifetale<sup>5)</sup>.

### Problemi Clinici Delle Gravidanze Multiple

Come è stato già detto, la gravidanza multipla costituisce di per sé un grosso problema ostetrico-neonatologico dal momento che si è dimostrato un aumentato rischio di morbilità e di mortalità in rapporto al numero dei feti. A tutt'oggi non è però possibile disporre di una previsione assoluta delle condizioni di rischio.

I rischi materni sono legati alle conseguenze che il maggior impegno gestazionale delle gravidanze plurime determina. Per le madri le difficoltà maggiori sono rappresentate da un aumento delle gestosi, da un maggior ricorso a cerchiaggio cervicale, dalla necessità di stare a letto per 4-5 mesi, dal parto prematuro (9.5% vs 46.1% nelle triplette), dal ricorso al cesareo (26.1% vs 89.5% nelle triplette). (Registro Francese per FA, 1994).

Caratteristiche dei neonati a seconda del numero dei feti sono riferite nella Tab. 8.

TABELLA 8 – Caratteristiche dei neonati. FIVNAT 1986-90

Numero feti	1	2≥	3	Totale
Numero nati	n=3822	n=2348	n=709	n=6879
<i>Prematurità %</i>				
≤ 27 sett.	0,2	0,8	2,8	0,7
28 31 sett.	0,9	4,1	21,5	4,1
32 35 sett.	4,2	24,3	53,7	16,1
36 sett.	4,2	14,2	12,5	8,4
≥ 37 sett	90,6	56,6	9,5	70,7
Totale 25 36 sett.	9,4	43,4	90,5	29,3
Peso (M ± sd)	3117±558	2386±528	1789±471	2740±540
Peso < 1500 g (%)	1,5	6,1	25,7	5,6
Peso < 2500 g (%)	11,2	59,7	94,6	36,2
Peso < 10° percentile	14,6	47,2	72,6	29,0
Apgar 1' < 7 (%)	4,4	10,4	29,4	7,8
<i>Mortalità</i>				
In utero	6,0	17,0	32,6	12,5
Neonatale < 7 gg.	6	23,3	28,2	14,1
Neonatale 7-28 gg.	0,5	1,8	4,5	1,4
Nati con Complicanze	22,3	38,5	89,0	34,6

<sup>5)</sup> Il termine di embrione si applica sino al periodo di sviluppo corrispondente a 6-8 settimane dalla fecondazione. Dopo l'8<sup>a</sup> sett. si adotta la denominazione di feti.



I rischi fetali risultano notevolmente elevati malgrado il miglioramento dei presidi diagnostici e terapeutici. I fattori che maggiormente incidono sulla morbilità e mortalità neonatale sono: basso peso alla nascita, prematurità e le patologie quali: malattia delle membrane ialine, retinopatia, enterocolite necrotizzante, ritardi neurologici e motori.

Per le gravidanze quaduple o maggiori, l'assistenza ostetrica e neonatologica non consentirebbe ancora risultati soddisfacenti in termini di sopravvivenza, mentre per le trigemine dati anche recenti di Centri specializzati segnalano un miglioramento con un tasso di mortalità perinatale del 15% (Newman et al.) e del 9% (Liptz et al.).

L'andamento e l'esito di queste gravidanze dipende in larga misura dalla conduzione che deve essere mirata fin dall'inizio e svolta in modo ottimale nei «centri di terzo livello».

Essa prevede:

- Diagnosi ecografica precoce per visualizzare il numero dei sacchi embrionali e per identificare aborti avvenuti nei primi periodi di gestazione, la differenziazione tra mono e bicoriali nelle gemellari, mentre nei successivi controlli può rivelare anomalie congenite.

- Sorveglianza accurata della gestante per ridurre il rischio di prematurità e le conseguenze ad essa legate prescrivendo una limitazione delle attività lavorativa, se necessario riposo a letto.

- Valutazione attenta della competenza cervico istimica per eventuale cerchiaggio, anche se a questo riguardo l'atteggiamento per l'esecuzione in via preventiva della terapia con tocolitici e del cerchiaggio è controversa.

- Ospedalizzazione in caso di minaccia d'aborto, di parto pretermine o di eventuali complicanze materne.

- Promozione della maturità polmonare in previsione di un parto prematuro ossia prima della 34<sup>a</sup> settimana per prevenire la sindrome da distress respiratorio del neonato.

- Espletamento del parto in cliniche ospedaliere munite di unità di rianimazione neonatale.

## **La «riduzione fetale»: presupposto e tecniche**

Di fronte comunque ai noti rischi che la gravidanza plurima comporta è stata introdotta la cosiddetta Multifetal Pregnancy Reduction (MFPR), che si propone di eliminare uno o più embrioni o feti senza interrompere il processo di sviluppo degli altri, dei quali migliorerebbe la prognosi.

Proposta per la prima volta da Aberg et al. come aborto selettivo di un feto malformato in una gravidanza bigemina, è stata poi applicata alle gravidanze plurime con il programma di ridurle talvolta a tre, più spesso a

due feti. In letteratura sono però riportate anche «indicazioni» in cui si procede alla riduzione ad un solo feto anche in caso di gravidanze gemelari spontanee ove la donna dichiara di non essere in grado di poter accudire tutti i neonati<sup>7)</sup>.

### **Risultanze e complicanze della MFPR**

In letteratura esistono sull'argomento ricerche e risultati di studi multicentrici. Ne riportiamo alcuni (Tab. 9).

**TABELLA 9 – Esiti di gravidanze multiple ridotte a gemellare (Benshushan)**

<b>N. embrioni iniziali</b>	<b>N. casi</b>	<b>% di sopravvivenza all'intervento</b>
3	96	91,6
4	108	92,6
5	40	72,5
7 / > 7	93	87,1

Un'altra esperienza internazionale riferisce su più di 1000 casi: anche in questa si segnala che l'84% delle gravidanze ridotte ha partorito oltre la 33<sup>a</sup> settimana.

Confronti sono stati fatti anche tra le varie metodiche di riduzione fetale: non sono state dimostrate differenze significative. La via transvaginale ha una più alta possibilità di aborto prima della 24<sup>a</sup> sett. (13%): essendo realizzata più precocemente (8<sup>a</sup>-10<sup>a</sup> sett.) è probabile che risenta anche delle naturali possibilità abortive di un'età gestazionale più precoce. Non va dimenticato infatti il fenomeno della riduzione spontanea fetale, già riferita nella casistica di Norfolk e risottolineata da Blumenfeld et al. Questi AA in 88 donne con gravidanze plurime dopo induzione dell'ovulazione hanno constatato che il 48% dei feti identificati (con eco 5<sup>a</sup>-6<sup>a</sup> sett.) sono spariti spontaneamente. Da qui il suggerimento di posporre verso la 12<sup>a</sup> sett. l'eventuale riduzione fetale.

<sup>7)</sup> *Tecniche:* Le varie tecniche prevedono l'eliminazione o l'aspirazione embrionale in epoca precoce o con l'iniezione nel torace o nel cuore fetale di una soluzione salina o a base di cloruro di potassio. Possono essere usate varie vie di accesso. Per la descrizione delle tecniche si rinvia alle pubblicazioni specialistiche.



La via transaddominale (preferita in genere da medici esperti in medicina prenatale, mentre la via vaginale è preferita da chi fa FA) eseguita tra la 10 e 12 settimana sembra essere più sicura in quest'epoca. Importanti per la sicurezza e l'efficacia di queste tecniche è come sempre il superamento nei vari centri della «curva di apprendimento».

La complicanza più frequente è rappresentata dall'aborto completo: attualmente si verifica nel 13% con la tecnica transvaginale, mentre per via transaddominale è passato dall'iniziale 16,2% si all'8,8% attuale. Possono anche comparire complicanze flogistiche.

Altro dato importante è rappresentato dalla prematurità che tende a rimanere ancora in qualche misura anche dopo riduzione (Tab. 10).

**TABELLA 10 – Prematurità in casi di riduzione fetale multipla**

< 25 sett.	11,8 %
25-27 sett.	4,7 %
28-32 sett.	9 %
33-36 sett.	32,2 %
> 37 sett	42,4 %

Le ragioni del parto pretermine sono per lo più fetali (rottura prematura delle membrane ecc.). Analizzando l'età gestazionale al parto, in funzione del numero dei feti ridotti, si è constatato che più è alto il numero dei feti ridotti più alta è la prematurità anche se la riduzione è stata condotta regolarmente.

Le complicanze materne non sono significativamente diverse da quelle riportate per le gravidanze gemellari spontanee.

Per quanto si riferisce al numero dei feti da ridurre vi è sufficiente accordo generale sulle opportunità di praticare la MFPR in presenza di gravidanze quadrigemine o di più alto ordine anche se in letteratura vengono riferiti casi di riduzione da tre a due feti o addirittura ad un unico feto. Risulta invece controversa la gestione della gravidanza trigemina.

Nella review di Benshushan si segnala che la riduzione di triplette a gemellari non aumenta significativamente la percentuale di sopravvivenza, essendo questa di 93% nelle triplette non ridotte e di 91,6% in quelle ridotte. Anche la durata media della gravidanza non è significativamente diversa (33<sup>a</sup> 34<sup>a</sup> sett.). Vale la pena comunque di disporre anche dei dati relativi all'esito di gravidanze multiple non ridotte (Tab. 11).

TABELLA 11 – Esito di gravidanze multiple non ridotte  
(Benshushan)

Gravidanze	Età gestazionale media alla nascita (settimane)	Peso medio alla nascita (gr)	Sopravvivenza (%)
Tripla	33	1800	93
Quadrupla	28	1100	83
Quintupla	24	630	40

La scelta dei feti da ridurre è praticamente legata a fattori tecnici: i sacchi prossimali all'Orifizio Uterino Interno andrebbero risparmiati per evitare metrorragie; in caso di gemelli monocoriali, evenienza questa rara nelle gravidanze multiple indotte, vanno eliminati o risparmiati entrambi perché la vascolarizzazione in comune può causare danni al gemello sopravvissuto. Ogni operatore in base alla propria esperienza e manualità, effettua la scelta dopo una accurata mappatura ecografica dei sacchi gestazionali e la valutazione dello spessore delle membrane che separano i sacchi.

### Aborto selettivo

Con questo termine («Selective fetal termination» degli autori anglosassoni) si intende l'interruzione abortiva di una gravidanza plurima di uno o più feti con anomalie congenite di possibile identificazione con la diagnosi prenatale, con il fine di prevenire la nascita di un feto malformato e di permettere la nascita di un feto sano. Le differenze mediche tra l'aborto selettivo e la MFPR sono date dal fatto che la diagnosi di malformazione può essere più tardiva, essendo questa patologia anche appannaggio di gravidanze plurime, in prevalenza gemellari, non iatrogene e pertanto seguite con criteri diagnostici di una gravidanza normale. L'interruzione in un'epoca di gestazione più avanzata può costituire un maggior rischio per la perdita o il danno dell'altro gemello specie se monocoriale.

Anche da un punto di vista etico esiste una sostanziale differenza: nell'aborto selettivo l'intenzione è quella di evitare la nascita di un feto malformato, mentre nella MFPR l'intenzione è quella di prevenire eventuali problemi secondari dovuti alla multiparità sacrificando feti presumibilmente sani.

Dopo aver esposto le possibilità evolutive delle gestazioni multiple con e senza riduzione, e dopo aver esposto con notevole dettaglio «tecnico» i problemi che la gravidanza multipla presenta, allo scopo della cor-

retta informazione anche del lettore «non medico», si può disporre di una piattaforma per discutere i complessi problemi psicologici, etici e legali connessi.

## Considerazioni psicologiche

Anche se la letteratura sugli aspetti medici della MFPR è oggi piuttosto ampia, poco si conosce sulle risposte emozionali a queste procedure e ai possibili fattori di rischio per eventuali sequele psichiatriche.

Si tratta per lo più di questionari o di lunghe interviste telefoniche semistrutturate con i limiti che vanno tenuti presenti per questo modo di affrontare le situazioni psichiche.

Esistono sia studi sulle gravidanze, soprattutto triplette che evolvono naturalmente, che su gravidanze dopo MFPR. I problemi che le madri e le famiglie in genere con gravidanze multiple incontrano sono d'ordine psicologico e sociale: nella migliore delle organizzazioni, le madri hanno l'impressione di non poter sostenere gli eventi che le coinvolgono sia sul piano fisico che psichico.

In uno studio di madri di triplette non ridotte (Garel e Blundel), controllate a quattro mesi e ad un anno dal parto, sono state trovate difficoltà psicologiche serie nel 67% e disturbi depressivi maggiori (MDD secondo il DSMIII-R) tali da richiedere l'intervento dello psichiatra nel 25% dei casi. Ad un anno di distanza la maggioranza di queste madri presentava un notevole affaticamento, tensione e depressione. Le difficoltà maggiori pare vengano dal compito quotidiano di accudire i tre nati con in più la necessità di calibrare anche psicologicamente il rapporto con i tre figli molto spesso disturbato. Le ripercussioni si fanno sentire anche sulla relazione con il partner (talvolta il marito lascia la casa) e sulle relazioni sociali, nel senso di un isolamento per la continua non disponibilità di tempo e per la necessità per la donna di dover lasciare spesso anche il lavoro.

Si sottolinea pertanto la necessità che le famiglie con parti trigemini dovrebbero almeno poter ricevere un aiuto concreto a domicilio, un aiuto di tipo economico, nonché un counseling e un supporto psicologico sia a casa che in strutture create per questi scopi.

Uno studio della Columbia University sugli effetti psicologici della MFPR entro un anno dall'evento, segnala che se pur questa procedura non sembra condizionare un rischio severo di salute mentale (Major Depressive Disorders MDD sec. il manuale DSM III-R) può diventarlo (75%), se la donna abortisce dopo MFPR mentre ciò si verifica molto meno se la gravidanza continua. Solo in alcune pazienti con proseguimento di gravidanza si sono avuti episodi depressivi nel tempo. Ciononostante questo evento è vis-



suto come uno stress doloroso: le pazienti hanno provato uno stato di ansia tale da procurare loro una grossa crisi in un 20%. Risulta essere stato molto difficile prendere la decisione ed un terzo delle pazienti ha usato spontaneamente termini come «murder», «shooting» o «killing» parlando della riduzione. Molte pazienti (82,2%) hanno riferito pensieri e fantasie sui feti abortiti.

La salute dei feti rimasti costituiva la prima motivazione della scelta, in secondo piano acquisiva importanza il parere del medico, il problema economico e le difficoltà di ordine pratico venivano per ultime.

Vengono segnalati come punti significanti per un eventuale episodio depressivo e quindi da tener presenti e da valutare insieme nel prendere la decisione, il modo personale di porsi da un punto di vista etico nei confronti dell'aborto volontario, la sensibilità personale ai sensi di colpa e al lutto, le situazioni di vita, il proprio credo religioso, il rapporto con il partner.

### **Problematiche etiche**

Sembra utile richiamare anzitutto quali sono le diverse posizioni etiche che si rinvencono in letteratura.

– Una posizione, coincidente con la tradizione dottrinale della Chiesa Cattolica, convinta assertrice della sacralità e intangibilità della vita (*Donum Vitae*), considera moralmente condannabile ogni tipo di intervento volto a distruggere deliberatamente e direttamente una vita embrionale o fetale.

– Una posizione che permette l'aborto e pertanto giustifica anche una MFPR, in base al presupposto che la vita materna può correre gravi rischi con il proseguimento della gravidanza multipla. Si rileva che nella fattispecie della gravidanza multipla più che di un pericolo in atto si tratta della prevenzione di un pericolo che potrebbe scompensare la situazione psicofisica materna: il cosiddetto aborto terapeutico preventivo.

– Una posizione etica di tipo utilitaristico, che non riconosce pertanto doveri assoluti ma solo doveri «prima facie», ammette che la MFPR possa essere praticata per ragioni etiche valide, anche al di fuori del pericolo per la vita materna. Viene sottolineata l'opportunità di tutelare la vita materna rispetto alla possibilità di rischio di complicanze, ma soprattutto si sottolinea la tutela dei feti e dei neonati che dovranno sopravvivere, per i quali si vuole evitare l'eccessiva prematurità, con rischio di esiti gravi immediati e a distanza.

– Esiste una ulteriore posizione che si basa sul principio giuridicamente sancito della sostanziale libertà della donna circa l'accettazione o no della gravidanza e della maternità. Sarebbe una estensione della facoltà



decisionale della gestante prevista dalla legge sull'interruzione volontaria della gravidanza, interpretata non in senso globale di rifiutare l'intera gestazione ma in senso relativo, limitata alla interruzione dei sacchi ovulari selezionati.

Le posizioni più comuni nei confronti della MFPR sia in letteratura che nella prassi corrente, corrispondono alle posizioni che si configurano nell'aborto terapeutico.

Volendo ora analizzare quale è il sentimento comune di tutti gli operatori del campo risulta una massiccia uniformità di opinioni nel richiedere una strategia preventiva che eviti situazioni che possano richiedere una MFPR. Evans et al. nella sua ampia rassegna su oltre 1000 riduzioni fetali, conclude con una amara considerazione sull'aggressività di alcuni medici che ritengono la riduzione fetale come una appendice delle tecniche di FA, senza valutarne le conseguenze mediche ed etiche. Il prezzo da pagare per questo atteggiamento è ancora molto alto sia in termini di perdite che di aumentato rischio di prematurità: più aumenta il numero dei feti più l'outcome della gravidanza è penalizzato. Correlata a questa sensazione di disagio per dover fare qualcosa che potrebbe nel maggior numero dei casi essere evitato, è pure convinzione comune e auspicio che la MFPR sia una procedura assolutamente temporanea in attesa di un più attento e razionale modo di gestire tutto il problema della infertilità.

Non v'è dubbio che il verificarsi di una gravidanza con un numero di feti superiore a tre viene percepita dalla gestante, dalla sua famiglia e dall'equipe assistenziale globalmente considerata, come una situazione oggettivamente grave: questa oggettività potrebbe dar luogo ad una valutazione soggettiva meno grave della colpa morale. L'atteggiamento condiviso sull'argomento da chi pratica questa tecnica è di dare alle pazienti un ampio spazio di autonomia decisionale, il cui esercizio viene considerato come diritto. La scelta autonoma della gestante che si dibatte tra il dilemma di proteggere la gravidanza finalmente realizzata e quello di distruggere la vita di alcuni embrioni di quella stessa gravidanza per poter migliorare in generale la prognosi degli altri, è molto angosciante e costituisce una realtà diversa da quella che sottostà alla decisione di un aborto volontario. Qui, per un complesso di molte e varie ragioni, c'è la negazione della gravidanza stessa e prevalgono motivi personali; all'opposto la paziente infertile, che ha una gravidanza multipla, va incontro a una riduzione perché vuole avere un figlio, e vuole cercare di garantire una maggiore riuscita di vita a quelli che potranno nascere da lei. Una decisione pertanto fatta in base ad un principio di razionalità e di dolorosa accettazione, sotto la spinta di una condizione ritenuta di necessità.

Va però sottolineato che, anche per chi accetta questa impostazione etica (da altri rifiutata), la MFPR può realisticamente essere una soluzione

opportuna solo in presenza di gravidanze quadrigemine o più. In questo senso si esprimono vari AA e Comitati (Evans: UK; Comitato Etico del Collegio Americano degli Ostetrici e dei Ginecologi (ACOG) ed anche la religione ebraica.

Per le gravidanze trigemine in base ai risultati ottenibili attualmente seguendo le gravidanze in Centri specializzati di III livello, esiste una maggior propensione ad un proseguimento fisiologico della gravidanza, anche se è corretto spiegare alla coppia i rischi cui si può andare incontro con o senza riduzione.

### **Aspetti legali e deontologici**

Per quanto attiene agli aspetti legali vi è la tendenza, nei paesi in cui esiste una normazione positiva della interruzione volontaria della gravidanza, di considerare la MFPR assimilabile alla interruzione di gravidanza e pertanto alle sue norme. Così nel Regno Unito, in Francia, in USA ed anche nel nostro Paese dove questa prassi viene considerata quale estensione della legge 194/78.

Si fa notare come questa estensione delle norme sull'interruzione volontaria della gravidanza alla fattispecie della MFPR non sia fondamentalmente corretta in quanto si configura una situazione di *parziale interruzione* della gravidanza, per la quale sarebbe opportuno una valutazione giuridica a parte.

Da un punto di vista deontologico i documenti di riferimento specifico sono quelli del Comitato Etico dell'American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG) del 1991 e un Avis del 21 giugno 1991 del Comité Consultatif National d'Etique (CCNE).

Il primo documento molto accurato nella sua stesura definisce la MFPR «come una procedura del I trimestre per una gravidanza abitualmente di tre o più feti volta ad aumentare le probabilità di sopravvivenza dei feti rimanenti». È prevista la possibilità per il medico dell'obiezione di coscienza, anche se è suo dovere conoscere e comunicare ai pazienti i risvolti medici ed etici di queste complesse situazioni. Sempre nel documento la gravidanza plurima viene considerata quale conseguenza il più delle volte problematica e tragicamente seria della terapia per la sterilità. La prima modalità da attuare per una terapia che possa definirsi corretta è quella della prevenzione, esercitando un alto grado di diligenza da parte degli operatori per ridurre al minimo il problema. In questa linea si pone anche il valore del counselling, visto come un accompagnamento in itinere della coppia dalla fase di proposta della FA a tutto il lungo percorso che può portare anche ad eventuali gravidanze plurime e alle difficili scelte cui abbiamo accennato.

Quando si presenta in concreto il problema, la riduzione selettiva fino a tre sacchi ovarici viene considerata l'unico modo per proseguire la gravidanza agevolando la vita e la sopravvivenza dei feti lasciati proseguire.

Il Comitato Nazionale Francese ricalca un po' le stesse considerazioni con una maggior attenzione alle difficoltà oltre che della madre, del medico.

In definitiva, ambedue i documenti lasciano alla futura madre, alla coppia le responsabilità decisionali ultime.

Dopo questa panoramica sui vari aspetti delle gravidanze plurigemine si ha un quadro complessivo del dramma che queste rappresentano sia che la coppia decida di portare avanti la gravidanza, sia che decida una riduzione della gravidanza stessa.

Come fa notare Cattorini «il discorso etico delle gravidanze multiple non può che situarsi nel contesto di una più ampia riflessione sulla FA ed è pertanto inevitabile che si registrino conclusioni etiche differenti in base alla tutela che si intende assicurare all'embrione.

Ancor prima che il problema fosse posto alla pubblica attenzione con tanta drammaticità la riflessione etica aveva affrontato il tema o in certe situazioni di conflitto tra madre e feto o nel caso di più feti che si ostacolano vicendevolmente nell'utero materno: si tratta di situazioni particolari nell'ambito del tema aborto. Mancando criteri per giudicare la scelta tra due o più vite umane, ne deriva che un rigoroso atteggiamento deontologico è quello di restare fedeli al principio di tutelare tutte le vite umane in gioco, esponendosi al rischio tragico di perderle tutte. È la cosiddetta «etica della convinzione» secondo Weber, per cui «il cristiano opera da giusto e rimette l'esito nelle mani di Dio». Una tendenza che è oggi sempre più diffusa sente invece più praticabile «l'etica della responsabilità» secondo la quale, con una accezione più ampia di quanto previsto da Weber, il medico dovrebbe essere disposto a mettere eventualmente tra parentesi anche le sue convinzioni più profonde in forza della valutazione delle possibili conseguenze del suo agire secondo coscienza, conseguenze che ricadrebbero su altri a servizio dei quali svolge la sua opera. Si è così fatta strada una razionalità di tipo strumentale, avalutativa, che tende ad accantonare ogni preoccupazione morale, ad attuare una specie di «normalizzazione» dell'esistente, giustificando la riduzione fetale sulla base di un calcolo probabilistico delle conseguenze. L'indicazione tecnica sostituisce in toto il discernimento morale e lo sterilizza al punto di far pensare a queste tecniche come ad opere di «medicina preventiva», spostando l'attenzione dal fatto in sé, all'obiettivo di prevenire un'evoluzione sfavorevole della gravidanza. La vera prevenzione sarebbe invece la capacità di prevedere ed evitare strade senza uscita. Una vera etica della responsabilità ed una effettiva opera di prevenzione concordano specie nell'ambito della FA nel consigliare un attento

«esercizio del limite», per evitare situazioni in cui ci troviamo nella necessità di compiere atti gravissimi».

Per quanto si riferisce alla MFPR si dovrebbe comunque trattare di una situazione destinata a ridursi sempre più fino quasi a sparire, poiché superata la follia di «più ovociti, più embrioni, più gravidanze», sembra si torni a riproporre una adeguata valutazione rischi-benefici nei casi di FA.

Il vero salto di qualità va quindi ricercato sulla prevenzione, e proprio Edwards nell'articolo già citato, traccia alcune linee propositive per il prossimo futuro:

– il trasferimento di 2 embrioni di buona qualità dà un tasso di gravidanza molto simile a quello ottenibile con tre embrioni; la lieve diminuzione del tasso di gravidanza è compensato dalla riduzione di gravidanze multiple;

– è verosimile che si possa ottenere un significativo aumento degli impianti embrionali in utero per una miglior conoscenza di questa fase della procedura, in realtà ferma alla nascita di baby Brown;

– va tenuto presente il fatto che possono essere prodotti migliori embrioni e avere migliori tassi di impianto se i follicoli e gli ovociti maturano in un ciclo naturale. Da qui l'opportunità di rinforzare i cicli naturali con una stimolazione blanda con nuove strategie che combinino in modo intelligente gli agonisti e antagonisti del Gn-RH e le gonadotropine. Sempre in questa direzione si muove anche la possibilità in un prossimo futuro di poter disporre di ovociti crioconservati o di riuscire a maturare in vitro ovociti immaturi.

*La necessità di limitare il numero degli embrioni che vengono introdotti in utero in pratiche di fecondazione assistita al numero compatibile con la potenziale sopravvivenza di tutti è quindi da affermare come requisito essenziale all'accettabilità bioetica della tecnica, anche per coloro che non nutrono riserve etiche di principio nei confronti di tali procedure.*



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (ACOG) COMMITTEE  
OPINION: *Committee on Ethics: Multifetal Pregnancy Reduction and Selective Fetal Termination*. «Int. J. Gynecol. Obstet.» 1992, 38, pp. 140-142.
- BENSHUSHAN A., LEWIN A., SCHENKER J.G.: *Multifetal Pregnancy Reduction, is it always justified?* «Fetal Diagn. Ther.» 1993, 8, pp. 214-220.
- BERKOWIZ R.L., LINCH L.: *Selective Reduction: an unfortunate misnomer*. «Obstet. Gynecol.» 1990, 75, pp. 873-874.
- BOMPIANI A., GUARIGLIA L., ROSATI P.: *La cosiddetta riduzione embrionale sotto il profilo assistenziale ed etico*. «Medicina e Morale» 1995, 2, pp. 223-258.
- CATTORINI P., REICHLIN M.: *Bioetica della generazione*. Ed. SEI Torino. 1996.
- CENTRO DI BIOETICA DELL'UNIVERSITÀ CATTOLICA DEL SACRO CUORE: *Contro la cosiddetta riduzione embrionale*. «Medicina e Morale» 1997, 2, pp. 375-381.
- COLLINS J. A.: *Reproductive Technology. The Price of the Progress*. «New. Engl. J. Med.» 1994, 331, pp. 270-271.
- COMITE CONSULTATIF NATIONAL POUR LE SCIENCES DE LA VIE E DE LA SANTE (CCNE): *Avis sur les réductions embryonnaires et foetales* (24 juin 1991) Paris: Centre de documentation et d'information d'éthique, 1991.
- CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE: *Istruzione «Donum Vitae»*, 22 Febbraio 1987.
- EDWARDS R.G.: *Time to revolutionise ovarian stimulation*. «Hum Reprod.» 1996, 11, pp. 917-919.
- EVANS M.I., LITTMAN L., KING M. AND FLECHTER J.C.: *Multiple gestation: the role of Multifetal Pregnancy Reduction and Selective Termination*. «Clinics in Perinat.» 1992, 19, pp. 345-357.
- EVANS M.I., DOMMERGUES M., ET AL.: *Transabdominal versus transcervical and transvaginal Multifetal Pregnancy Reduction: international collaborative experience of more than one thousand cases*. «Am. J. Obstet. Gynecol.» 1994, 170, pp. 902-910.
- EVANS M., FLETCHER J.C., ZADOR I.E. ET AL.: *Selective first trimester termination in octuplet and quadruplet pregnancies: clinical and ethical issues*. «Obstet. Gynecol.».
- FIVNAT FRENCH IN VITRO FERTILISATION REGISTRY: *1994 Report*. 2 Contracept. Fertil. Sex.» 1995, 23, pp. 490-493.
- GAREL M., BLONDEL B.: *Assessment at 1 year of the psychological consequences of having triplets*. «Hum: Reprod.» 1992, 7, pp. 729-732.

- MAYMON R., HERMAN A., SHULMAN A., ALPERIN R., ARIELI S., BUKOVSKY I. AND WEIRRAUB Z.: *First trimester embryo reduction: a medical solution to an iatrogenic problem.* «Hum. Reprod.» 1995, 10, pp. 668-673.
- MC KINNEY M., DOWNEY J., TIMOR-TRITSC I.: *The psychological effects of Multifetal Pregnancy Reduction.* «Fertil. Steril.» 1995, 64, pp. 51-61.
- MELGAR C.A., ROSENFELD D.L., RAWLINGSON K., GREENBERG M.: *Perinatal outcome after Multifetal Reduction to twins compared with nonreduced multiple gestations.* «Obstet. Gynecol.» 1991, 78, pp. 763-767.
- MRC WORKING PARTY: *Births in Great Britain resulting from Assisted Conception 1978-1987.* «Br. Med. J.» 1990, 300, pp. 1229-1233.
- SOCIETY FOR ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY AND THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE: *Assisted Reproductive Technology in the U.S. and Canada:1994 results generated from Registry.* «Fertil. Steril.» 1996, 66, pp. 697-705.
- TONER J. P., KRUTHOFF C., MUASHER S.J.: *Outcome of twin, triplet and quadruplet In Vitro Fertilisation Pregnancy: the Norfolk experience.* «Fertil. Steril.» 1992, 57, pp. 825-834.
- VAUTHIER-BROUZES D., LEFEBVRE G.: *Selective Reduction in multifetals pregnancy: technical and psychological aspects.* «Fertil. Steril.» 1992, 57, pp. 1012-1016.
- WORLD COLLABORATIVE REPORT 1991: *VIII World Congress on In Vitro Fertilisation and Alternative Assisted Reproduction.* Kyoto 1993.





**Raffaello Sanzio (1483-1520) «Ritratto di donna detta 'La gravida'» (1506-1507). Galleria Palatina, Palazzo Pitti, Firenze.**

Il ritratto rappresenta una giovane donna che indossa una «gamurra» color ocre, cioè un corpetto tagliato alla vita secondo la moda del momento che, tendeva a mettere in risalto le proporzioni della figura femminile. Gli anelli uno dei quali portato all'indice secondo la moda del primo Cinquecento, ed i guanti stretti in un mano completano questo abbigliamento di austera eleganza. L'identità della gentildonna è ignota e si può ipotizzare che appartenesse ad una delle famiglie dei committenti fiorentini di Raffaello, vedi ad esempio i ritratti di Agnolo Doni e Maddalena Strozzi. Il farsi ritrarre in questa posa che sembra suggerita dal gesto della mano appoggiata sul ventre può essere infatti giustificato solo per l'arrivo di un erede lungamente atteso. Ne «La gravida» alla ricchezza cromatica corrisponde una sintesi formale «una rotondità di modellato sommaria e perfetta che sembra, come dice Adolfo Venturi nel 1935, il frutto cinquecentesco della tradizione volumetrica toscana». Il recente restauro ha evidenziato la sapiente distribuzione cromatica e la netta volumetria di quest'opera che l'Oberhuben e il De Vecchi ritengono uno dei più perfetti ritratti giovanili di Raffaello, esempio illuminante della nuova importanza assunta da massa, tessuto pittorico e colore negli ultimi anni fiorentini del Sanzio.



## CAPITOLO TERZO

# RIFLESSIONI SULLA PREPARAZIONE PROFESSIONALE E FORMAZIONE ETICA DELL'OSTETRICO NELL'AFFRONTARE LE GRAVIDANZE «A RISCHIO» PER IL BENESSERE E LA QUALITÀ DI VITA DEL NASCITURO

Ma, escludendo questo caso particolare che non poteva essere sottaciuto in un'epoca in cui tecnologie di riproduzione assistita (che negli anni venturi definiremo verosimilmente ancora primordiali ed imperfette) sembrano necessitare una precisa regolamentazione a difesa dei valori bioetici basilari relativi alla vita umana più, delicata potrebbe apparire la trattazione del quesito relativo al ruolo professionale e alla deontologia dell'ostetrico in due situazioni particolari: il nascituro gravemente patologico e il nascituro, pur sano, che verrà al mondo in epoca estremamente precoce.

Sul caso del nascituro per il quale sono cioè accertate gravi menomazioni già durante la vita intrauterina sicuramente capaci di comprometterne gravemente le facoltà fisiche e/o mentali, riteniamo opportuno, ora, intrattenerci, senza peraltro entrare nel dibattito bioetico riguardante la «*diagnosi prenatale*», già affrontato dal C.N.B. in precedente documento, al quale si rinvia<sup>8)</sup>.

Questa condizione viene a sollecitare sempre di più sia l'esperienza professionale, sia la «coscienza» deontologica ed etica degli ostetrici, dei cultori di medicina prenatale e dei neonatologi, in un'epoca di profonda sottolineatura del «valore»: qualità della vita.

Posto che il problema di una «vita non degna d'essere vissuta» non si pone certamente per chi accetta e si riconosce in una visione etica personalista, che attribuisce al concepito la totale dignità e valenza etica per il fatto stesso di essere «persona» e quindi indipendentemente da ogni considerazione di merito sulle capacità prevedibili in termini di «performance» fisica o mentale una volta nato, sembra doversi affermare che il diritto al nascere una volta raggiunta la capacità di vita autonoma vada riconosciuto a chiunque, essendo improponibile, proprio sul piano etico, operare una selezione, in ordine alla sopravvivenza, fra esseri umani in base al

---

<sup>8)</sup> Documento «Diagnosi prenatali», in data 18 luglio 1992.

loro grado di salute. Sembra quindi scontato doversi concludere che, in ordine al diritto a nascere, nessuno può sentirsi tanto autorevole (ne può essere investito di tanta autorità) da decidere della vita del feto «viabile» ancorchè malato, o malformato o presumibilmente destinato a cattiva qualità di vita extrauterina, ed in tal senso si esprime anche l'art. 7 della citata legge 194/1978 «Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza»<sup>9)</sup>. Un richiamo va sempre fatto alla prudenza nel prevedere come sarà vissuta la vita di un bambino che diventa disabile e quanto nel contesto della famiglia e sociale il disabile potrà diventare un vero handicappato.

Questa affermazione trova un ulteriore elemento di conferma nella indubbia difficoltà di stabilire (ove si volesse ritenere diversamente lecita l'omissione di assistenza al feto gravemente malato) i limiti e le misure del danno capaci di far cessare l'obbligo assistenziale. Ed ancora, un tale punto di vista priverebbe il feto delle possibilità di usufruire delle risorse che le scienze ostetrica, neonatologica, pediatrica, riabilitativa stanno giorno per giorno conquistando nella capacità di tutelare la qualità della vita futura di feti e neonati gravati di problemi «severi».

Una analoga considerazione può farsi per nati di per sé sani e indenni da malformazioni, ma al riguardo di una categoria nosologica statisticamente importante costituita dai neonati a rischio per prematurità, basso peso e problemi di adattamento: è infatti oggi possibile un buon recupero di importanti percentuali di neonati di peso compreso fra 750 e 1000 grammi, e le terapie rianimatorie neonatali e i successivi trattamenti intensivi permettono di garantire loro una soddisfacente probabilità di vita «normale». Ma questi risultati, peraltro in continuo progresso, della scienza del periodo perinatale sono acquisizioni dell'ultimo decennio, che ha spostato in modo drastico i limiti dell'età gestazionale e del peso alla nascita passibili di trattamento terapeutico efficace e l'ostetrico, che ormai quasi dovunque può usufruire dell'assistenza neonatologica, non deve affidare tardivamente il nato al collega neonatologo, ma facilitarne in ogni modo l'intervento precoce. Oggi si parla di possibili, non insignificanti, tassi di soprav-

---

<sup>9)</sup> L'art. 7, al terzo capoverso recita:

«Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso di cui alla lettera a) dell'articolo 6 e il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto».

A sua volta, l'art. 6 alla lettera a) recita:

«L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna».

Sebbene l'art. 6 prosegue affermando nella lettera b) che l'interruzione della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna».

vivenza, anche senza sequele gravi, di bambini venuti alla luce ad età gestazionali molto basse <sup>10)</sup>.

Queste constatazioni invitano a riflessioni molto più ampie, di carattere epistemologico (si potrebbe affermare) in merito alla «formazione profonda» (sia professionale che etica) che occorre assicurare all'ostetrico e al perinatologo nel modo di pensare *l'interdipendenza del proprio ruolo*.

### **Saper pensare per saper essere, nel quadro di una formazione comune dell'ostetrico e del neonatologo**

Una delle questioni che riguarda in generale ogni attività umana, in particolare la medicina (con le sue caratteristiche) di «azione», improntata a conoscenza (scienza) ed arte (capacità operazionali) e che si applica anche al contesto che andiamo considerando, è la difficoltà di cogliere le «novità» dello sviluppo delle varie discipline che abbiano reale, fondato valore applicativo <sup>11)</sup>.

Sono tante le conoscenze che rinnovandosi formano questo sapere, e perciò sono tanti i pensieri particolari, e tutti provano il bisogno di intrecciarli insieme per comprendere le situazioni in cui ci si cimenta. Intrecciare insieme significa complessità, e la complessità non manca mai ai problemi della salute se bene osservati ed analizzati nei loro aspetti, che sono sempre più di uno e di natura diversa, medico-scientifica, psicologica, psicosociale, umana ed etica. Il bisogno di intrecciare insieme pensieri è bisogno di integrazione delle conoscenze, e l'integrazione è esterna, istituzionale, del sistema educativo in cui non si sa mai abbastanza quanto veramente si realizzi, ed interna, individuale che ognuno realizza apprendendo, costruendosi la personale cultura.

Ciò premesso, si sente il bisogno di una maggiore integrazione anche nella *formazione culturale* dei neonatologi da un lato e degli ostetrici dall'altro, sebbene sia innegabile che molti passi avanti siano stati fatti in questi ultimi decenni.

Occorre tuttavia «ripensare continuamente» la formazione culturale dei neonatologi, con una migliore analisi delle esigenze <sup>12)</sup>.

---

<sup>10)</sup> Il problema della sopravvivenza, delle sequele e della previsione della qualità della vita dei neonati ad alto rischio è affrontato anche nel documento del CNB «Venire al mondo» (1995) ed in «Limiti estremi di vitabilità, assistenza al neonato» di RONDINI e GASPARONI (1997). Sono state segnalate sopravvivenze fino al 79% di bambini venuti alla luce ad un'età gestazionale di 23-25 settimane ed assenza di handicap maggiori fino al 28%, 48% e 53% in quelli rispettivamente di 23, 24, 25 settimane.

<sup>11)</sup> E'insieme del disposto vale ad escludere che il riscontro delle malformazioni possa essere addotto a giustificazione dell'interruzione tardiva, sempreché il feto abbia raggiunto capacità di vita autonoma (ANDRINI, 1978; GENNARI e VIDONI, 1980; BENCIOINI e APRILE, 1990).

<sup>12)</sup> Sulle «esigenze» formative dei neonatologi, merita ricordare un'indagine fatta alcuni anni fa presso i responsabili di 35 Unità di TIN i cui risultati sono stati presentati in una relazione su «Il rischio per il neonato, la sua famiglia ed il neonatologo» (NORDIO, 1992).



E, con una perfetta specularità, quale formazione, quale recepimento critico delle «novità» vale per gli ostetrici?

Problemi di attualità per gli uni e per gli altri sono l'organizzazione di ricerche epidemiologiche «area based» sui fattori di rischio e sulle conseguenze a distanza del rischio perinatale, l'individuazione e la condivisione di criteri affidabili e di ampia applicazione per valutare l'incidenza delle disabilità e degli handicap, la possibilità di scegliere e decidere in situazioni estreme tra inizio o rinuncia, prosecuzione o interruzione di terapie intensive con il coinvolgimento dei genitori, ed infine il ripensamento del paradigma della dimensione culturale della neonatologia. (C.N.B., Venire al mondo).

Con queste considerazioni, il C.N.B. ha voluto ancora una volta richiamare atteggiamenti professionali, deontologici e morali nutriti dal neonatologo; ma questi atteggiamenti non sono molto diversi da quelli che debbono essere nutriti dal «moderno» ostetrico che in realtà è non solo il tutore della vita materna, ma anche del nascituro. È dunque un «medico-prenatale», più che un «chirurgo del parto» come in un lontano passato destinato a salvaguardare unicamente la vita materna.

Certamente l'ostetrico-ginecologo ha «competenza» sull'assistenza della gravidanza, poichè la gestazione «è» della donna. Ma proprio per questa diffusa concezione sociale odierna che privilegia l'autonomia decisionale (la volontà) della donna la responsabilità dell'ostetrico si è accresciuta ed è ancora più rilevante allorchè con le tecniche riproduttive odierne è in grado di assicurare (sia pure a prezzo del superamento di molte difficoltà) alla donna la desiderata gestazione<sup>13</sup>).

Senza riprendere, in questa sede, un discorso sulla diversa interpretazione dell'eticità di tali tecniche (già proposto nei citati documenti del C.N.B. «Parere del C.N.B. sulle tecniche di procreazione assistita: sintesi e conclusioni» (17 giugno 1994), e «La fecondazione assistita» (15 febbraio 1995), va comunque ribadito che l'ostetrico deve essere maggiormente consapevole oggi che se dalle tecniche di procreazione assistita non derivano agli embrioni sopravvissuti evidenti alterazioni riscontrabili alla nascita (al di là dei problemi della superovulazione e della gravidanza multipla, o dalla prematurità e basso peso neonatale innanzi trattati), ben poco si conosce sullo sviluppo neurologico e psicologico nei bambini nati da gravidanze «artificiali».

Anche su questi aspetti non chiariti si dovrebbe informare compiutamente la donna prima di intraprendere le faticose procedure di procreazione artificiale (fecondazione in vitro ed embryo transfer).

Sono certamente raccomandabili sia la raccolta di dati negli appositi registri sia l'organizzazione di follow up dei neonati con studi casi – controlli in cui siano valutati gli esiti a distanza tenendo conto della maggior

---

<sup>13</sup>) Venire al mondo. Documento del C.N.B. 15 dicembre 1995.



frequenza di (multi) gemellarità, prematurità e bassi pesi dei neonati da fecondazione medico-assistita.

Concludendo questo paragrafo, sembra opportuno ribadire che – senza alcun dubbio – la cultura dell'ostetrico è oggi sempre più finalizzata *anche* alla salvaguardia del benessere embrio-fetale nelle condizioni fisiologiche della gestazione e alla «promozione» della salute ed alla cura del nascituro in condizioni di rischio, vuoi per gravidanza indotta, vuoi per gravidanza patologica a causa di malattia materna, preesistente o sopravvenuta.

Sono gli ostetrici che – divenuti «medici prenatali» – hanno creato il concetto di *«feto come paziente»*, allo scopo certamente di sottolineare la particolare responsabilità che loro compete in condizioni di patologia della gravidanza e/o di sviluppo a rischio del nascituro, per la cura di questi, ma anche per assicurare al nascituro la «dignità della cura», oltretutto il diritto ad essa.

Ma gli ostetrici sanno anche che la loro «competenza» ed il loro intervento occupano una fase temporale molto limitata (ancorchè spesso determinante) dell'assistenza al nuovo individuo, competenza che alla nascita passerà al neonatologo.

Con un'indubbia evoluzione positiva del concetto di responsabilità, oggi – dopo le ormai lontane diatribe di competenza – ostetrico-medico prenatale e neonatologo debbono lavorare insieme, concertandosi su molti problemi.

Una «formazione comune», attenta alle novità e alle attualità delle rispettive discipline (come in questo paragrafo viene richiamato) ma soprattutto consolidata da esperienze insieme vissute rappresenta oggi il migliore fondamento alla politica sanitaria in questo settore.

Molte sono le occasioni di lavoro comune.

Un esempio della felice alleanza dell'Ostetrico con il neonatologo può evidenziarsi, ad esempio, nella lotta alla spontanea insorgenza del parto prematuro, così come nella riduzione dei danni da questo derivanti; altro esempio sta nella «tempistica» relativa all'induzione del parto, allorchè è «preferibile» (con la valutazione del rischio/beneficio) sottrarre il nascituro ad un ambiente biologico materno divenuto «ostile», e fonte di pericolo mortale per lo stesso.

È su questo argomento che ci sembra, ora, opportuno portare brevemente l'attenzione.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ALLEN MC., DONOHUE PK., DUSMAN AE.: *The limit of viability-neonatal outcome of infants born at 22 to 25 weeks gestation.* «N. Engl. J. Med.» 1993, 329, p. 1597 e ss.
- ALS H., LAWHON G., DUFFY FH., MCANULTY GB., GIBES-GROSSMAN R., BLICKMAN JG.: *Individualized developmental care for the very preterm low birth weight preterm infant.* JAMA 1994, 272, p. 853 e ss.
- ANDRINI M.C. in BIANCA C.M., BUSNELLI ED. (a cura di) *Legge 22 maggio 1978.* Commentario «Le nuove leggi civili commentate», 6, I, 1978 pag. 1644.
- BENCIOLINI P., APRILEA A. *L'interruzione volontaria della gravidanza. Compiti, problemi, responsabilità.* Liviana Ed., Padova 1990.
- Bompiani A.: *Bioetica in medicina.* Ed. C.I.C. Internazionali, 1996.
- BUEHLER DM., ALS H., DUFFY FH., MCANULTY G., LIEDERMAN J.: *Effectiveness of individualized developmental care for low risk preterm infants: behavioral and electrophysiologic evidence.* «Pediatrics» 1995; 96, 923.
- COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA: *Venire al mondo.* Società e Istituzioni. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Dipartimento per l'informazione e l'editoria. 15 dicembre 1995.
- COOKE RWI.: *Factors affecting survival and outcome at 3 years in extremely preterm infants.* «Arch Dis Child» 1994, 71, F28.
- COSMACINI G.: *La qualità del tuo medico.* Ed. Laterza, 1995.
- D'AGOSTINO F.: *Bioetica.* Ed. Giappichelli, 1996.
- ENS. DOKKUM MH., JOHNSON A., SCHEUDER AM., VEEN S., WILKINSON AR., BRAND R., RUYLS JH., VERLOOVE-VANHORICK P.: *Comparison of mortality and rates of cerebral palsy in two populations of very low birthweight infants.* «Arch Dis Child» 1994, 70, F96.
- DE VONDERWEID U., SPAGNOLO A., CORCHIA C., CHIAPPE S., CHIAPPE F., COLARIZI P., DE LUCA T., DIDATO M., FERTZ MC., MACAGNO F., MANSI G., PALUDETTO R., PRIOLISI A., SPINELLI A., ZARAMELLA P., ZORZI C.: *Italian multicentre study on very low birth weight babies. Neonatal mortality and two-year outcome.* «Acta Paediatr.» 1994, 83, 391.
- EVIDENCE-BASED MEDICINE WORKING GROUP: *Evidence-Based Medicine. A new approach to teaching the practice of medicine.* JAMA 1992, 268, 2410.
- GENNARI M., VIDONI G.: *Possibilità di vita autonoma del feto e adozione di ogni misura idonea a salvaguardarne la vita: realtà bio-mediche e riflessioni medico legali.* «Quad. Med. Legale» 1980, 2, pp. 213-235.
- LEVENE M., BLENNOW M., WHITELAW A., HANKO E., FELLMAN V., HARTLEY R.: *Acute effects of two different doses of magnesium sulphate in infants with birth asphyxia* «Arch Dis Child» 1995; 73, F174.

- MILNER AD.: *Nitric oxide* «Eur. J. Pediatr.» 1994, 153 (Suppl. 2), S7.
- NORDIO S.: *Towards a global consensus on quality medical education: serving the needs of populations and individuals Attualità.* «L'Arco di Giano» 1997, 12.
- NORDIO S.: *Quali pensieri in medicina?* «Pluriverso» 1996, 5.
- NORDIO S.: *Il rischio per il neonato, la sua famiglia e il neonatologo.* In. BOLDRINI A., BOTTONE U., (a cura di) *Atti del 4° Congresso Nazionale del Gruppo di Lavoro di Neonatologia della Società Italiana di Pediatria*, Pisa 15-18 giugno 1992, 113.
- PHILIP AGS.: *Neonatal mortality rate: is further improvement possible?* «J. Pediatr.» 1995, 126, 427.
- SYNNES AR., LING EWY., WHITFIELD ME., MACKINNON M., LOPES L., WONG G., EFFER S.: *Perinatal outcomes of a large cohort of extremely low gestational age infants (twenty three to twenty-eight completed weeks of gestation).* «J. Pediatr.» 1994, 125, 952.
- VERDER H., ROBERTSON N B., GREISEN G., EBBESEN E., ALBERTSEN N P., LUBDSTROM K., JACOBSEN T.: *Surfactant therapy and nasal continuous positive airway pressure for newborns with respiratory distress syndrome.* «N. Engl. J. Med.» 1994, 331, 1051.
- VIAFORA C.: *Comitati etici: una proposta bioetica per il mondo sanitario.* Ed. Gregoriana, 1996.





## CAPITOLO QUARTO

### IL PARTO PREMATURO, SPONTANEO O INDOTTO <sup>14)</sup>

Considerazioni bioetiche investono i progressi realizzati nelle conoscenze fisiopatologiche, nella diagnostica e nella terapia riguardo un importante capitolo della patologia della gravidanza, quello relativo al *parto prematuro (o pretermine) ad insorgenza spontanea e non vantaggioso per il feto (PPS)*, da distinguersi dalla *nascita prematuramente indotta per la terapia di una condizione patologica materna e/o fetale*.

#### **Il parto pretermine spontaneo (PPS): considerazioni generali**

Il parto pretermine spontaneo complica circa l'8-10% di tutte le gravidanze. Numerose sono le variazioni geografiche e razziali che ne caratterizzano la frequenza. La sua incidenza nelle ultime decadi ha avuto un andamento variabile nelle varie nazioni di riferimento. La Francia ed i Paesi Scandinavi hanno riportato una modesta flessione del fenomeno, mentre negli Stati Uniti la frequenza del PPS è nettamente aumentata negli ultimi 10 anni con un picco di frequenza tra la popolazione nera che raggiunge il 19% di tutte le nascite.

Il problema del PPS è progressivamente diventato più rilevante a causa dei costi umani e sociali che esso comporta. I notevoli progressi compiuti dalla medicina perinatale e dalla terapia intensiva neonatale hanno portato ad un aumento enorme della sopravvivenza dei nati fortemente pretermine <sup>15)</sup>, ma non ad un parallelo risultato in termini di qualità di vita.

---

<sup>14)</sup> Secondo il criterio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1972) si definisce parto pretermine il parto che avviene fra il limite prescelto come confine nei riguardi del parto abortivo (entro il 180° giorno di amenorrea) e la fine della 37ª settimana di età gestazionale.

La frequenza del parto pretermine oscilla fra il 5 e il 10% rispetto alla totalità delle nascite e la sua frequenza aumenta a mano a mano che procede l'età gestazionale. Tale frequenza, nonostante il miglioramento delle condizioni socio-economiche globali e l'introduzione di nuove strategie terapeutiche, è rimasta stabile. In Italia nel 1993 l'incidenza delle nascite pretermine prima della 37ª settimana di età gestazionale si è collocata tra il 5 e il 7%. Si rende quindi evidente come il management del parto pretermine sia ancora un problema ostetrico che necessita di una attenta valutazione clinica.

<sup>15)</sup> Attualmente la probabilità di sopravvivenza dei neonati gravemente prematuri è aumentata di circa 70 volte grazie ai miglioramenti della condotta ostetrica e della rianimazione neonatale. Il rischio di mortalità neonatale è abbastanza elevato fino alla 34ª settimana completa di gestazione, per poi abbassarsi bruscamente fino a diventare poco superiore a quello della popolazione dei nati a termine quando il parto avviene dopo la 36ª settimana completa di gestazione.

Il parto pretermine è quindi tra le cause più importanti di mortalità e morbosità perinatale essendo responsabile, direttamente o indirettamente, oltre che di circa la metà delle morti neonatali anche di un numero imprecisato, ma senz'altro molto alto, di sequele patologiche a distanza.

Attualmente circa 1/5 di tutti i nati di peso inferiore a 1000 gm. e circa 1/3 di quelli di peso inferiore a 750 gm. presenteranno già a 2 anni di età un handicap neurosensoriale da medio a grave (paralisi cerebrale, ritardo mentale, epilessia, deficits visivi ed acustici). Sebbene alcuni di questi bambini migliorano progressivamente nel corso dell'infanzia, molti di essi continueranno ad avere problemi motori, cognitivi e comportamentali per il resto della loro vita ponendo seri problemi umani e di costi per la società. Anche i bambini con deficit del sistema nervoso centrale molto modesti comportano importanti problemi riabilitativi successivi. La maggioranza dei nati con peso inferiore ai 1500 gm. richiedono programmi riabilitativi ed educativi speciali, piuttosto lunghi e costosi. Sebbene non esistano dati in Italia, negli Stati Uniti è stato calcolato che nel 1990 il costo per le cure iniziali dei nati pretermine raggiunge i 4 miliardi di dollari, mentre il costo delle scuole speciali per i sopravvissuti è maggiore di 400 milioni di dollari all'anno. Il miglioramento della sopravvivenza dei nati pretermine ha portato ad un ribaltamento della eziologia della paralisi cerebrale; negli anni '60 solo il 7-10,5% dei casi di paralisi erano attribuibili alla prematurità, attualmente questa proporzione raggiunge il 40%. Dal punto di vista della prospettiva politica non vi sono dubbi che il problema del parto pretermine comporta costi sociali superiori rispetto ad altri problemi di salute pubblica che hanno ricevuto particolari attenzioni tramite il finanziamento di programmi preventivi e curativi (AIDS, trapianti, ecc.).

In taluni Paesi (Francia, Scandinavia) l'avvio di programmi preventivi nazionali ha permesso una modesta riduzione del parto pretermine, la cui frequenza su scala mondiale è però rimasta inalterata nonostante i numerosi progressi terapeutici fatti nell'ultimo ventennio. Una precisa definizione del problema delle misure preventive del parto pretermine non può prescindere dalla conoscenza delle categorie di rischio, nonchè della possibilità di modificazione del rischio stesso.

### **Categorie di rischio**

Il parto pretermine spontaneo ed il basso peso alla nascita sono epidemiologicamente legati a numerosi fattori di rischio che riguardano la storia clinica della paziente, il suo livello culturale e socioeconomico, l'adeguatezza delle cure prenatali ricevute e la presenza di infezioni genitali. Il basso livello socioeconomico e culturale rappresenta il principale fattore di rischio per il parto pretermine e più genericamente, per un cattivo outcome neonatale. Esso si lega frequentemente ad una cattiva nutrizione ed alla inadeguatezza delle cure prenatali. L'efficacia di queste ultime è di difficile identificazione, ma è evidente che lo scarso supporto sociale, le cattive

condizioni economiche e la difficoltà all'accesso alle strutture sanitarie prenatali sono fattori di rischio certi nel determinismo del parto pretermine. Le categorie sociali più esposte a questi rischi sono rappresentate naturalmente dagli indigenti in genere, ma anche dagli immigrati il cui accesso alle strutture sanitarie è spesso difficile per motivi economici, burocratici e per la barriera rappresentata dal linguaggio e dalle abitudini sociali.

Lo stile di vita nonché l'abuso di droghe, tabacco ed alcool rappresentano i principali fattori di rischio comprimibili sia per quanto riguarda il basso peso alla nascita che per la rottura prematura delle membrane. È stato dimostrato che un adeguato supporto psicologico prenatale volto a modificare l'attitudine della gestante nei confronti di droga, alcool e tabacco riduce fino al 25% il rischio di basso peso alla nascita.

La gravidanza nelle adolescenti rappresenta un altro fattore di rischio per il parto pretermine. La gravidanza prima dei 18 anni sembra raddoppiare il rischio di una nascita prima delle 37 settimane complete di gestazione. A ciò va aggiunto che le condizioni socioeconomiche ed il supporto sociale nell'adolescente sono spesso inadeguate e ciò aggrava il livello del rischio (v. Riferimenti bibliografici).

Come abbiamo già ampiamente trattato in precedenza (v. Cap. II), un fattore di rischio particolarmente importante che negli ultimi anni ha subito un costante aumento è rappresentato dalla *gravidanza multipla*.

I fattori anamnestici predittivi per il parto pretermine spontaneo comprendono uno o più eventi ostetrici avversi quali un precedente parto pretermine o neonato di basso peso, aborti ripetitivi o morti fetali. La identificazione di questi fattori consente la messa in opera di strumenti profilattici la cui efficacia è però dubbia (riposo a letto, cerchiaggio, tocolisi). Accanto ai già citati fattori di rischio, che sono considerabili come fattori di rischio «primario», ne esistono altri più immediati e diretti che in alcuni casi confinano con la vera e propria minaccia di parto pretermine. Tali fattori vanno considerati dei marcatori di rischio di prematurità e comprendono le modificazioni cervicali, una infezione cervico-vaginale e la presenza di fibronectina nel secreto cervico-vaginale.

Studi non recenti avevano già dimostrato che un progressivo raccorciamento del collo dell'utero valutato mediante esplorazione vaginale era associato ad un aumento del rischio di parto pretermine. La identificazione di questo fattore di rischio è stata notevolmente migliorata dalla introduzione della ecografia transvaginale e dalla conseguente misurazione diretta della lunghezza del collo dell'utero <sup>16)</sup>.

---

<sup>16)</sup> La metodica è sufficientemente precisa e riproducibile; studi longitudinali hanno infatti dimostrato che una lunghezza del collo dell'utero inferiore a 25 mm a 24 settimane di gestazione si associa ad una frequenza di parto pretermine superiore al 30%.



Negli ultimi 10 anni numerosi studi hanno dimostrato che la presenza di una infezione cervicovaginale (vaginosi batterica, Clamidia Trachomatis, *Trichomonas vaginalis*) nel II trimestre di gestazione si associa ad un aumento consistente del rischio di parto pretermine e di rottura prematura delle membrane. La conseguenza pratica derivante da questi studi epidemiologici è stato l'avvio di studi di intervento terapeutico i quali hanno dimostrato che il trattamento delle infezioni cervico-vaginali nel II trimestre con farmaci innocui e di basso prezzo (meronidazolo, eritromicina) riduce di circa il 50% il rischio di prematurità legato all'infezione. Sulla base di queste evidenze, è chiaro che lo screening ed il trattamento delle infezioni genitali nel II trimestre di gravidanza deve considerarsi un fatto acquisito e tuttora l'unico mezzo preventivo di efficacia certa nel parto pretermine.

Un argomento strettamente connesso alla presenza di una infiammazione cervico-vaginale è la individuazione ed il dosaggio della fibronectina nel secreto cervico-vaginale, il cui uso va diffondendosi nelle maternità<sup>17)</sup>.

### **Prospettive di profilassi del parto pretermine**

Sebbene numerosi farmaci agenti a diversi livelli del meccanismo di innesco delle contrazioni uterine ( $\beta$ -mimetici, Ca-antagonisti, inibitori delle prostaglandine, solfato di magnesio) siano stati ampiamente utilizzati negli ultimi 20 anni nella profilassi e nella terapia della minaccia di parto pretermine, la frequenza di quest'ultimo su base mondiale non si è modificata, dimostrando che l'attuale approccio farmacologico al parto pretermine è insufficiente al raggiungimento di obiettivi anche minimi<sup>18)</sup>.

---

<sup>17)</sup> La fibronectina è una glicoproteina normalmente presente nel liquido amniotico e nelle membrane; essa è normalmente presente nel secreto cervico-vaginale presso il termine di gravidanza. Poichè questa proteina sembra avere un ruolo critico nel mantenimento dell'integrità deciduo-coriale, la sua presenza nel secreto cervico-vaginale prima del termine di gravidanza o addirittura nel II trimestre può considerarsi un marker di attività infiammatoria e di rottura della integrità deciduo-coriale che sono i presupposti per lo scatenamento di un parto pretermine. Studi longitudinali hanno dimostrato che la presenza di fibronectina nel secreto cervico-vaginale a 26 settimane di gestazione si associa ad un aumento di circa 7 volte del rischio di parto pretermine. Sono attualmente disponibili sul mercato dei kits per la identificazione della fibronectina nel secreto cervico-vaginale; anche in questo caso però, la precoce identificazione dei soggetti a rischio non ha necessariamente portato ad un miglioramento della prognosi del parto pretermine per la mancanza di adeguati presidi terapeutici.

<sup>18)</sup> Tutti gli studi randomizzati hanno infatti dimostrato che i tocolitici più utilizzati ( $\beta$ -mimetici) allungano la età gestazionale per un periodo di 48 ore, se somministrati in caso di minaccia di parto pretermine. Sebbene questo periodo possa essere utile per la somministrazione di corticosteroidi, altamente efficaci nella riduzione di eventi neonatali avversi, l'uso di tocolitici ad uso profilattico non si è mai dimostrato efficace sia in studi singoli che in metaanalisi.

Numerosi nuovi farmaci sono attualmente in fase di sperimentazione avanzata e potrebbero consentire dei progressi notevoli.



Le misure chirurgiche, quali il cerchiaggio cervicale, sembrano avere una loro utilità solo in un numero molto limitato di casi ad elevato rischio.

Qualche risultato è però possibile ottenerlo tramite un deciso intervento preventivo di tipo sociale. Questo intervento passa obbligatoriamente per la identificazione della paziente che a causa della presenza di condizioni cliniche e sociali esaminate nel precedente paragrafo sono classificabili a rischio per un parto pretermine. Opportune campagne educative rivolte alla prevenzione delle gravidanze indesiderate specialmente nelle adolescenti sono state ripetutamente sollecitate come un efficace mezzo di prevenzione primaria negli Stati Uniti. In Francia, interessanti esperimenti di politica sociale su vasta scala comprendenti una riduzione del carico lavorativo, nonché programmi educativi volti ad istruire le pazienti circa le attività fisiche potenzialmente pericolose ed alla modificazione delle abitudini nei confronti di sostanze dannose hanno permesso di ridurre di circa il 20% la frequenza di parto pretermine in diversi studi di coorte. La accessibilità ad adeguate cure prenatali (colloqui, visite, ecografie, tamponi vaginali, esami ematochimici, supporto psicosociale) è considerata un elemento chiave nella identificazione della paziente a rischio e nel successivo intervento preventivo. La rimozione della barriera finanziaria e l'estensione dei benefici di una adeguata cura prenatale a tutte le gravide, rappresentano il prerequisite per il raggiungimento del successo delle misure preventive. In appendice (v. allegato 2) documenteremo quanto di positivo è stato fatto in Italia per l'assistenza corretta alla lavoratrice-gestante, il che è pienamente idoneo sotto l'aspetto legislativo-giuridico ad allontanare questo particolare «rischio» (il mancato accesso all'assistenza).

## Conclusioni

Ci siamo soffermati ed apparentemente con molti dettagli «tecnici» sulle questioni connesse all'insorgenza prematura spontanea del parto, per illustrarne la notevole rilevanza in costi personali e sociali, ed anche la importanza che assumono comportamenti scorretti materni nel corso della gravidanza nel determinarsi dell'evento.

---

Tra essi vi sono gli antagonisti dell'ossitocina, che hanno il vantaggio di colpire con precisione uno dei meccanismi del parto senza provocare effetti collaterali. Il ruolo primario svolto dai lipoperosidi e dai radicali liberi nell'innesco del travaglio di parto pretermine ha portato all'impiego clinico del gliceril-trinitrato il quale, almeno in studi pilota, si è dimostrato molto efficace. La efficacia degli inibitori delle prostaglandine è nota da tempo; l'indometacina è il farmaco caratteristico di questo gruppo. L'uso di questo farmaco è però limitato dai suoi potenziali effetti dannosi sul feto. In questo ambito appaiono molto più promettenti gli inibitori della cicloossigenasi II i quali sembrano privi degli effetti collaterali dannosi tipici della indometacina. Non esistono peraltro dati sufficienti per suggerire l'uso di questi farmaci nella minaccia di parto pretermine. Rimane infine da verificare in studi clinici ampi, il ruolo di numerosi calcio-antagonisti, la cui efficacia nel parto pretermine si è dimostrata pari, se non superiore, a quella dei  $\beta$ -mimetici.

Ciò che è di grande interesse bioetico sotto il *profilo della responsabilità* (ed eventualmente sotto il profilo di un malinteso predominio del principio di autonomia della gestante), così come è di grande interesse bioetico sotto il profilo della «non maleficenza» e della giustizia, ove si verificasse una insufficiente responsabilizzazione del medico e della struttura pubblica nel porre in atto tutti gli accorgimenti possibili per prevenire l'insorgenza dell'evento «parto pretermine» che non sia utile né alla gestante, né al nascituro.

Le prospettive preventive e terapeutiche del parto pretermine spontaneo presentano numerosi punti suscettibili di progressi e miglioramenti, ma anche alcuni limiti precisi legati per lo più alla mancanza di adeguati presidi farmacologici.

Le aree interessate ad un possibile intervento per la riduzione della frequenza del fenomeno comprendono la prevenzione primaria e la identificazione dei casi a rischio ed il loro trattamento.

Esperimenti di politica sociale hanno dimostrato che è possibile ridurre, sebbene in maniera limitata, la incidenza di parto pretermine spontaneo soprattutto nelle pazienti a basso rischio. Tuttavia, non è stato possibile riprodurre questi risultati in tutti gli studi effettuati. La causa è verosimilmente da ricercare nelle differenze esistenti fra le varie popolazioni esaminate, nella scarsa efficienza predittiva dei parametri usati per le identificazioni delle pazienti a rischio, e soprattutto, nelle imprecise conoscenze circa la fisiopatologia del parto pretermine. Non vi è dubbio che adeguati interventi di politica sociale volti ad una migliore educazione preconcezionale e prenatale e alla rimozione di barriere per l'accesso alle cure prenatali siano in grado di ridurre la frequenza del parto pretermine, così come del basso peso alla nascita. *Evidenze collettive confermano che il punto cardine per la riduzione del parto pretermine spontaneamente insorto è rappresentato dall'accesso ad efficaci cure prenatali comprendenti un adeguato supporto sociale.*

## **L'induzione terapeutica del parto pretermine**

Abbiamo sino ad ora considerato l'*insorgenza spontanea* del parto pretermine; tuttavia dobbiamo esaminare anche i problemi che si pongono allorché (a differenza del caso precedente), la risoluzione pre-termine della gravidanza appare «vantaggiosa» o alla gestante, e/o al feto.

Tra le condizioni ostetriche in cui è possibile venga richiesta da parte dell'ostetrico la decisione di interrompere la gravidanza e di procedere ad un parto pretermine considerando maggiore il rischio di proseguire la gravidanza rispetto a quello della prematurità, vi sono la rottura prematura delle membrane (PROM), il ritardo di crescita intrauterino (IUGR) e la sofferenza fetale acuta.

Il comportamento clinico in casi di PROM dipende largamente dall'attenta valutazione dei fattori clinici che possono consentire un'adeguata valutazione del rischio. Per gravidanze precedenti la 32<sup>a</sup> settimana di gestazione la letteratura è piuttosto concorde nell'adozione di una strategia di attesa<sup>19</sup>.

Molto più difficile appare la decisione in caso di età gestazionale molto bassa o mancata maturazione polmonare<sup>20</sup>.

Un tempestivo intervento ostetrico si impone laddove l'assenza di liquido amniotico, conseguente alla PROM di lunga durata, possa risultare nella cosiddetta «tetrade da oligoidramnios» (anomalie faciali, difetto di posizione degli arti, ipoplasia polmonare e ritardo di crescita intrauterino). Ulteriori problemi possono derivare dall'aumentata incidenza di distacco intempestivo di placenta e di sofferenza fetale da prolasso o compressione funicolare.

Più complesso appare il problema del timing del parto nel caso di un IUGR molto precoce (prima della 32<sup>a</sup> settimana). Fermo restando le eventuali indicazioni materne all'espletamento del parto nel caso di preeclampsia grave, qualora vi sia una ridotta crescita fetale in utero e una limitazione delle potenzialità di sviluppo si impone il monitoraggio del benessere

---

<sup>19</sup> Giova far presente che un intervento troppo precoce potrebbe esporre il neonato pretermine ai rischi della prematurità, mentre uno tardivo, oltre ad un alto rischio di morte intrauterina, potrebbe anche risultare nella nascita di un bambino fortemente compromesso. Dati i possibili rischi immediati e a distanza derivati da un'infezione endouterina, la sorveglianza dei segni clinici quali la temperatura materna con rialzo termico  $> 38^{\circ}\text{C}$  in assenza di altre cause evidenti di infezione, la tachicardia fetale  $> 160$  bpm e materna, la comparsa di leucocitosi  $> 12000$  cc/mm<sup>3</sup>, la presenza di perdite vaginali di liquido maleodorante e il prelievo transaddominale di liquido amniotico, ove sia possibile, sono di sicura utilità. Anche il dosaggio della proteina c-reattiva (PCR) e della VES, assieme ai parametri sopracitati, può essere utile nel processo diagnostico. L'importanza di altri parametri quali il profilo biofisico fetale, di cui era stato inizialmente sottolineato l'alto valore predittivo nei confronti delle complicanze infettive perinatali, è stato recentemente ridimensionato.

In presenza di una corioamnionite clinica evidente è indicata l'interruzione della gravidanza. Il problema sorge qualora non vi siano segni clinici evidenti di infezione ma le colture siano positive per una invasione microbica della cavità uterina. Sarà comunque necessario avere a disposizione diversi elementi di valutazione: oltre ai segni diretti e indiretti di infezione è importante considerare i parametri ecografici di crescita fetale, la valutazione ecografica della quantità di liquido amniotico residua, l'accertamento della maturità polmonare fetale.

<sup>20</sup> In questi casi la terapia antibiotica e la valutazione del profilo biofisico fetale modificato sono i cardini della strategia di attesa. Qualora la PROM si verifichi tra la 31<sup>a</sup> e la 33<sup>a</sup> settimana i benefici derivanti da una strategia di attesa sono sicuramente inferiori rispetto ai rischi di prematurità e per quanto inizialmente sia lecito attendere, in presenza di segni di invasione della cavità amniotica da parte di microrganismi, evidenziata da tamponi o dall'amniocentesi, o comunque sospettata sulla base di un profilo biofisico alterato, è indicato l'espletamento del parto. È importante ricordare come la diagnosi clinica di corioamnionite sia associata ad un aumento della mortalità feto-neonatale e di come sia significativa la correlazione tra corioamnionite e periodo di latenza PROM - parto con un incremento a partire dalla 24<sup>a</sup> ora di rischio di morte fetale.



re fetale per la individuazione del momento più favorevole per l'interruzione della gravidanza<sup>21)</sup>.

Per i feti con IUGR dopo la 32<sup>a</sup> settimana di gestazione il comportamento clinico è in genere basato sugli stessi parametri biofisici e potrà risultare più aggressivo visto le buone possibilità di sopravvivenza in centri di terzo livello opportunamente attrezzati.

In tutti i casi in cui comunque il monitoraggio fetale evidenzia in epoca gestazionale inferiore alla 32<sup>a</sup> settimana segni di sofferenza tali da suggerire una eventuale compromissione fetale già in atto, si impone necessariamente da parte dell'ostetrico l'intervento risolutivo della gravidanza al fine di ridurre i rischi di danni neonatali.

Vi sono casi in cui l'interruzione della gravidanza anche se pretermine si impone per gravi patologie materne. Emblematico caso è quello in cui si verifichi una gravidanza complicata da ipertensione gestazionale non controllata da terapia medica ed in cui si evidenzino segni di danno renale materno.

È fondamentale infine sottolineare come la profilassi cortisonica per la maturazione polmonare debba essere obbligatoriamente effettuata in tutti i casi in cui si possa prospettare l'interruzione della gravidanza prima della 33<sup>a</sup> settimana.

*È da sottolineare con forza l'opportunità di una preventiva consultazione con il neonatologo che dovrà prendere in consegna il neonato, e lo svolgimento del parto in maternità attrezzate anche dal punto di vista neonatologico.*

## **La gestazione in donna in coma e il parto prematuro**

Nella letteratura ostetrica degli ultimi dieci anni sono riportati alcuni casi (pochi per verità) che pongono il problema della possibilità di sopravvivenza del feto nell'organismo di una donna in coma, fino al raggiungimento di un'epoca di gravidanza compatibile con una normale sopravvivenza del neonato: questi casi rientrano a buon diritto in quel terzo delle induzioni mediche di parto prematuro, giustificate sotto l'aspetto clinico.

---

<sup>21)</sup> La valutazione del benessere fetale in caso di IUGR è fondamentalmente basata sul monitoraggio della reattività cardiaca fetale a riposo o dopo stimolo, sull'attività biofisica fetale e sulla flussimetria ombelicale, nonché su metodiche invasive quali la determinazione dell'equilibrio acido-base fetale mediante funicolocentesi.

Nel tentativo di identificare dei markers precoci di ipossia fetale senza attendere le tardive modificazioni del BCF in forma di decelerazioni, importante per un intervento risolutivo della gravidanza è anche la rilevazione di un flusso assente o reverse nelle arterie ombelicali, un aumento degli indici di pulsatilità cerebrali/ombelicali fetali che esprimono senza dubbio un aumento del rischio di mortalità intrauterina.



Si tratta di risultati ottenuti a fronte di trattamenti estremamente impegnativi, sia per la loro durata, sia per la complessità degli interventi connessi al mantenimento delle condizioni di nutrizione e ossigenazione idonee, sia infine per l'estrema difficoltà di prevenire efficacemente il grande rischio di insorgenza di complicanze di vario tipo, infettive soprattutto<sup>22)</sup>.

Se è vero che si tratta di segnalazioni assolutamente sporadiche, e con carattere di eccezionalità, è anche vero che esse pongono un problema di principio sulla necessità di tentare sistematicamente di garantire la sopravvivenza del feto in tali drammatiche condizioni.

Va detto che casi analoghi, non coronati da successo ma conclusi con la morte di entrambi, madre e feto, per il sopraggiungere di complicanze di ordine vario, infettivo, metabolico, ecc., sono purtroppo ben più numerosi anche se, proprio per la sostanziale «normalità» del loro esito infausto non costituiscono oggetto di pubblicazioni scientifiche.

*Tuttavia, la documentata possibilità di successo, ancorchè quantificabile in dimensioni estremamente ridotte, sembra sufficiente a costituire la base etica per un comportamento rivolto a tentare in ogni caso il salvataggio della vita fetale, anche in epoche gestazionali molto precoci.*

---

<sup>22)</sup> È interessante richiamare alcuni dati dalla letteratura in proposito.

Hill e coll. nel lavoro «Management of maternal vegetative state during pregnancy» pubblicato su Mayo Clin. Proc. 60:469-72, luglio 1985, riferiscono di un caso di donna con danno cerebrale anossico irreversibile mantenuta con terapie idonee in vita dalla 14<sup>a</sup> fino alla 34<sup>a</sup> settimana, con nascita di un bambino sano.

De Wilde e coll. (Geburtshilfe Frauenheilkd 60:654-5, sett. 1987) riferiscono della rottura di un aneurisma in gravida nella 27<sup>a</sup> settimana, con conseguente coma persistente malgrado il trattamento neurochirurgico.

La donna partorì alla 36<sup>a</sup> settimana, e due giorni dopo il parto si risvegliò dal coma; trattata farmacologicamente migliorò fino a poter sospendere la terapia.

Koh e Lipkin (J. Parenter. Enter. Nutr. 17:384-7, luglio 1993) riportano un altro caso di donna in coma dopo un trauma stradale occorso nella 13<sup>a</sup> settimana, in cui alla 37<sup>a</sup> settimana fu praticato taglio cesareo con estrazione di un feto di 3640 grammi in buone condizioni.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ABLE-BOONE H., DOKECKI P.R., SMITH M.S.: *Parent and health care provider communications and decision making in the intensive care nursery.* «Child Health Care» 1989, 18 (3), pp. 133-141.
- ALLEN M.C., DONOHUE P.K., DUSMAN A.E.: *The limit of viability neonatal outcome of infants born at 22 to 25 weeks gestation.* «New Engl. J. Med.» 1993, 329 (22), pp. 1597-1601.
- AVERY G.B.: *Ethical dilemmas in the treatment of the extremely low birth weight infants.* «Clin. in Perinatol.» 1987, 14, pp. 361-365.
- COOK L.A., WATEHKO J.F.: *Decision making for the critically ill neonate near the end of life.* «Journal of perinatology» 1996, 16 ( 2), pp. 133-136.
- MARONEY D.I.: *Parent's perspective: realities of a premature infant's first year: helping parents cope* «Journal of Perinatology» 1995, 15 (5), pp. 418-422.
- NISHIDA H., SAKAMOTO S.: *Ethical problems in neonatal intensive care unit medical decision making on the neonate with poor prognosis.* «Hearly Hum. Dev.» 1992, 20, pp. 403-406.
- SANDERS M.R., DONOHUE P.K., OBERDOF M.A., ROSENKRANTZ T.S., ALLEN M.C.: *Perinatal/Neonatal epidemiology: perceptions of the limit of viability. Neonatologists attitudes toward extremely preterm. infants.* «Journal of perinatology» 1995, 15 (6), pp. 494-502.
- TYSON J.: *Evidence-based ethics and the care of premature infants.* in R.E. BEHMAN: *The future of children: low birth weight* (pp. 197-213), 1995. Los altos, CA: Center for the Future of Children. The David and Lucille Packard Foundation.
- UNIVERSITY of WISCONSIN HOSPITAL and CLINICS : *Guidelines for decisions to limit life-sustaining medical treatment.* Madison WI, Dec. 1995. The International Neonatal Network.
- YOUNG E.W.D., STEVENSON D.K.: *Limiting treatment for extremely premature, low-birth-weight infants (500 to 750 g.).* AJDC 1990, 144, pp. 549-552.

# IL VISSUTO PSICOLOGICO DELLA GRAVIDANZA

Non è possibile trattare questa tematica senza una specifica attenzione al «vissuto psicologico» della donna in gravidanza.

Abbiamo analizzato infatti l'argomento della «qualità della vita» del nascituro dal punto di vista del medico, dell'ostetrico, del neonatologo.

Ma quale è l'atteggiamento della donna nei confronti del suo nuovo «stato esistenziale»? Del «bambino» che porta in grembo?

La letteratura al riguardo è immensa, e spesso è stata approfondita in chiave psicoanalitica. Conviene accennare ai lineamenti essenziali di questa tematica.

### **Gli «stadi» evolutivi della gestazione sotto il profilo psicologico**

Il processo di suddivisione in stadi della gravidanza è caro agli ostetrici non meno che a psicologi e psicoanalisti, anche se non sempre le suddivisioni temporali coincidono <sup>23)</sup>.

Nel primo trimestre si riscontrerebbe di frequente nella donna *la presenza di una sostanziale «ambivalenza» circa il sentimento di accoglienza/non accoglienza* di qualcosa che si sviluppa entro il proprio corpo e ne modifica lentamente la forma. Fase di ambivalenza, rafforzata dal fatto di non percepire attraverso i movimenti fetali l'esistenza concreta di un «altro da sé». Fase questa che ove presente, può oggi essere elaborata e superata anche attraverso la visualizzazione ecografica dell'embrione.

Di particolare valore sono sembrate le *rappresentazioni mentali della gestante*. Le rappresentazioni costituiscono anche modelli operativi interni del sé (BOWLBY, 1969, 1973) che consentono di indagare in modo dinamico le caratteristiche cognito-affettive del soggetto: su questa base molti autori hanno esplorato le caratteristiche delle rappresentazioni mentali nel corso della gravidanza, o le loro modificazioni in funzione della riorganizzazione che il passaggio nei vari stadi determina. *Ma i risultati di queste analisi non sono ancora del tutto definiti.*

---

<sup>23)</sup> Per evidenti motivi, il quadro che le ricerche descrivono si riferisce per lo più alla primigravida, cioè alla donna che sperimenta per la prima volta questo nuovo stato biologico-personale.

*Nel primo trimestre, sono fortemente (e diffusamente) espressi nella società attuale i timori che il concepito non sia sano, soprattutto sotto l'aspetto genetico, o sia stato danneggiato da circostanze ritenute avverse nell'epoca in cui fu concepito (assunzione di farmaci, ecc.). La valutazione oggettiva del grado di probabilità (mai di sicurezza) che molte delle circostanze riferite dalla paziente possano rappresentare noxae patogene capaci di determinare nel nascituro esiti non compensati o compensabili dopo la nascita, è difficile. Altro giudizio vale per poche, ma definite lesioni genetiche o per gravissime anomalie di sviluppo morfologico di alcuni organi, che oggi vengono accertate con test mirati di diagnosi prenatale.*

Il Comitato Nazionale per la Bioetica ha ampiamente trattato questa materia, ed al «parere» elaborato si rinvia<sup>24</sup>.

*Nel secondo trimestre, assieme alle sempre più frequenti rappresentazioni che la madre si va facendo del proprio bambino compaiono anche fenomeni «di regressione» cui tanto peso ha assegnato la psicologia in funzione protettiva della gestazione stessa.*

Entriamo in una fase in cui la relazione materno-fetale si fa più piena, consapevole, mentre i vissuti di angoscia, le somatizzazioni, le prospettive di indeterminatezza circa il vissuto corporeo tendono a diminuire. L'inondazione ormonale che ormai dalla placenta si porta all'organismo materno mobilita sempre più ampiamente nutrimento per il bambino ed attenua a livello cenestesico la reazione materna. Molte donne avvertono il nuovo «benessere» corporeo, che si fa anche esistenziale nella sua dimensione più completa.

Parallelamente si manifestano, altrettanto imponenti, i fenomeni della motricità fetale.

Nel terzo trimestre, compiutesi pienamente le modificazioni corporee, l'avvicinarsi del parto secondo le descrizioni «classiche» psicologiche e psicoanalitiche determina in generale nella gestante angoscia, tensione e paura per un evento che è stato variamente inteso nella sua complessità somatica e psichica.

Psicologicamente, è il momento del distacco, della perdita di una comunione simbiotica (protettiva e rassicurante), che darà luogo ad una nuova condizione vitale. Non vi è dubbio che con l'approssimarsi del parto vi è una riorganizzazione preparatoria della psicologia femminile, che se ben sorretta e guidata può favorevolmente influire sul nuovo rapporto che si instaurerà con il neonato dopo la nascita (v. il capitolo sull'umanizzazione della nascita, la psicoprofilassi e la preparazione alle funzioni dell'allevamento).

---

<sup>24</sup>) Documento: «Diagnosi prenatali» del 18 luglio 1992.



## Il senso di maternità

Sembra ora interessante approfondire ulteriormente questo «schema», ed affrontare il tema della genesi del «*sensu di maternità*».

Rivedendo la storia del pensiero relativo al senso di maternità, FREUD nel Compendio di Psicoanalisi (1940), postula una particolare e specifica ragione per la gravidanza e per la procreazione: il bambino ha per la donna il significato sostitutivo del pene mancante. Questa è una posizione che Freud non ha mai abbandonato, neppure dopo gli studi sull'attaccamento preedipico che la bambina ha con la madre. Di mano in mano che aumentava il numero delle donne che si sottoponevano all'analisi aumentavano le conoscenze sul significato inconscio che rivestiva il desiderio di avere un figlio e di andare incontro alla maternità.

Helene DEUTSCH (1945), vide in esso l'esigenza procreativa nel senso di rappresentarsi in un altro e la naturale tendenza a recepire (a mettere dentro) che è propria della donna, un concetto bio-psicologico che costituisce la base della femminilità e del sentire materno. La maternità fu allora vista come la soddisfazione del desiderio più intenso e determinante della donna. La sua tendenza naturale a creare uno spazio interno dove poter accogliere un figlio e potere svolgere la funzione materna è stata in seguito scandita e reiterata da ERIKSON (1964).

Correlando le osservazioni analitiche con le indagini ormonali, disponibili a quell'epoca (1952), BENEDEK ritenne che le manifestazioni emozionali connesse con la tendenza recettiva specifica della donna siano alla base del bisogno di maternità.

In questa luce, la maternità non è un fatto secondario, ma è piuttosto la espressione del pervasivo istinto di sopravvivere nel figlio, è l'organizzatore primario dell'istinto sessuale della donna e anche della sua intera personalità<sup>25)</sup>.

---

25) Anche Grete BIBRING (1961) ha studiato specificamente la gravidanza e i suoi correlati psicologici. Essa è, per questo autore, una crisi maturativa che porta a una posizione nuova, non identica a quella vissuta in precedenza. Come crisi maturativa (simile a quella adolescenziale e alla menopausa) la gravidanza implica – come si è già detto – regressione, allentamento delle difese, modifiche nella organizzazione del senso di sé, nuove identificazioni, ecc., disponendosi la donna a vivere nel figlio visto come oggetto/sé e poi come oggetto separato da sé.

Studiando una serie di donne primigravide, dai primi mesi fino al parto, Bibring e i suoi collaboratori confermarono il concetto che la gravidanza rappresenta sempre un momento maturativo fondamentale nella vita di una donna. Bibring si chiese se un tale stadio maturativo fosse essenziale per lo sviluppo neonatale, ma arrivò alla conclusione che non vi è risposta a questa domanda se si studiano solo donne gravide. Nel suo studio Bibring si propose anche di identificare i momenti più significativi della gravidanza e del dopo-parto, ma l'individuazione di questi stadi rimase piuttosto vaga. Cruciale apparve essere quello in cui la donna comincia ad avvertire i movimenti fetali, che coincide con quello che Winnicott indicava come «preoccupazione materna primaria».

Secondo BOLLAS (1990) già dentro l'utero vi è la nozione, non pensata – lui parla di noto, non pensato – di trovarsi nell'ambito di un processo umano che Winnicott aveva indicato come «holding environment», e di vivere in un ambiente in continua trasformazione. Non appena l'individuo sarà nato, al tempo stesso in cui si svolge l'intelligenza trasformativa della madre, si associa la presenza trasformativa del padre per cui il bambino «capisce» ancor meglio che egli è dentro a una famiglia molto particolare, con le sue proprie modalità di essere e di comunicare.

In verità è da tempo che ci si chiede se la capacità di cure materne abbia inizio con la fecondazione, o ancora prima, o se appartenga invece alla storia personale della madre come persona o della madre e del padre come coppia, per quanto concerne le loro capacità di sentire (e di manifestare) sollecitudine, e le loro capacità di condividere stati d'animo ed affetti con un altro, sia questo un feto oppure un neonato. Si può ritenere che la preoccupazione materna primaria esista per lo meno dai primi movimenti fetali e che sia del tutto condizionata dalla storia personale della madre. È stato ricordato più volte, in proposito, l'affresco di Piero della Francesca a Monterchi, che esprime in modo ineguagliabile questo sentimento della madre verso il figlio nascituro.

La empatia della madre, o *réverie*, o identificazione proiettiva, che operano tutte alla costruzione del figlio immaginario, tanto importante per dare al bambino fin dall'inizio il senso di essere voluto e rispettato come individuo, sconfinano con il legame di reciprocità, che è stato da BOWLBY indicato (1962) come «attaccamento», da KLAUS e KENNEL (1976) come «infant-mother bonding» e da Winnicott come «reciprocità», che sarà foriera, per lui, del senso di scambio che è proprio dei primi rapporti umani condivisi.

---

Dinora PINES (1972), accettando la tesi di Bibring che la gravidanza corrisponda a una crisi maturativa della donna, sottolinea che, specie nella prima gravidanza, viene rivissuto e completato il processo di separazione-individuazione. Vi è inoltre, secondo Pines, una notevole differenza psichica tra il desiderio di diventare gravida e quello di diventare madre. Questo concetto viene ampiamente discusso in un articolo del '72 «Gravidanza e maternità. Interazione tra fantasia e aborto».

Sulla scia di Bibring, ma con un impegno di ricerca del tutto originale, Fausta FERRARO e Adele NUNZIANTE CESARO (1985) ci hanno proposto la gravidanza come un «agire» tra concepimento e nascita che può assumere il senso di un lavoro psichico che termina in un nuovo equilibrio maturativo indicativo di una specifica costruzione di identità femminile, oppure che può arroccarsi in forme regressive di difesa. Citano, in proposito, il concetto di rivalità primitiva, che E. GADDINI (1989) descrive come un affetto modellato sulla imitazione quale meccanismo dell'attività psicosensoriale, mediante il quale il sé infantile realizza un'identità magica con l'oggetto. «Dall'identità magica con la madre, consentita e nutrita da cure materne sufficientemente buone, attraverso esperienze graduali di frustrazioni e separazioni, la bambina (e anche il bambino, naturalmente) comincia a sperimentare se stessa come; separata; da questo momento vengono attivate fantasie di fusione con l'oggetto d'amore che esprimono il desiderio di ristabilire la perduta unità» (pag. 45).

Com'è noto, è stato osservato che la maniera con cui i bambini e le bambine giocano con le bambole è in rapporto con il modo in cui la madre li aveva tenuti in braccio da piccoli. In un film del '69, con il quale Engel e Reischman presentarono il loro studio a distanza su Monica, la bambina seguita dalla nascita perché affetta da fistola esofagea congenita, si poté notare che il modo in cui essa, da poco madre, reggeva il proprio figlio, era del tutto simile addirittura sovrapponibile al modo in cui teneva la propria bambola in una fotografia fatta all'età di quattro anni.

Nelle ultime decadi hanno avuto luogo grandi cambiamenti nel comportamento sociale e sessuale delle donne, le loro implicazioni si vanno integrando nella teoria psico-analitica. «La femminilità primaria», termine introdotto da STOLLER (1976), si riferisce alle identificazioni preconfliittuali. Vengono indicate come «preconfliittuali» le identificazioni che hanno luogo, nel corso del processo evolutivo, prima che gli istinti (aggressività è libido) presenti, alla nascita, vengano avvertiti come propri, allorchè la simbiosi con la madre viene gradualmente a cessare (6-8°), pre-edipiche della bambina, che formano la base della sua identità di genere. Basandosi sulle sensazioni corporee di contatto con un corpo percepito all'origine come simile al proprio, e rinforzata dai continui riferimenti alla madre, la femminilità primaria permette una possente identità precoce. Una seconda fase post-edipica, che fa seguito alle risoluzioni edipiche, costituisce un altro livello di femminilità. BLOS (1980) ha sottolineato che l'ambivalenza nei confronti della madre preedipica viene risolta nella identificazione adolescenziale con la funzione materna. Ma la bambina non abbandona mai interamente il suo attaccamento preedipico alla madre come lo fa il maschio. Questo tollerare l'ambiguità dello sconfinamento dei propri limiti sembra verificarsi sia nel processo psicologico che nel processo fisico della gravidanza. In base al materiale analitico derivato da tre donne alla loro prima gravidanza LESTER e coll. (1986) hanno elaborato alcune considerazioni cliniche. Anche il loro studio verte sulla gravidanza come crisi maturativa e sul tipo di rapporto con il mondo esterno che queste donne andavano costruendo con la maternità. Anche per queste studiosse la gravidanza non è secondaria al desiderio della donna di colmare l'assenza del pene, ma è l'organizzatore centrale delle funzioni sessuali della donna. Per essa la gravidanza rappresenta una crisi maturativa; ma molto si deve ancora capire sull'organizzazione mentale della donna durante la gravidanza.

### **La Generatività ed il concepimento mentale nella madre e nel padre**

La generatività rappresenta per ERIKSON (1950) un indicatore significativo di come l'individuo è andato incontro ed ha eventualmente elaborato i differenti stadi evolutivi che fanno parte della sua scala epigenetica.



Com'è noto, nella scala epigenetica vengono rappresentati i diversi stadi attraverso cui l'individuo passa nel corso del suo processo maturativo. Quello della generatività è uno degli stadi che egli attraversa allorché sarà diventato individuo adulto.

«L'uomo maturo ha bisogno che si abbia bisogno di lui e la maturità ha bisogno di essere guidata e incoraggiata da ciò che è stato prodotto e di cui bisogna prendersi cura.

La generatività costituisce dunque un momento essenziale tanto dello sviluppo psicosessuale che di quello psico-sociale. Quando questa forma di arricchimento viene a mancare si afferma una regressione ad un bisogno ossessivo di pseudo-intimità che è spesso accompagnato da un diffuso senso di stagnazione e impoverimento personale. Nel qual caso gli individui cominciano ad esser indulgenti con se stessi come se vedessero in se, o l'uno nell'altro, il proprio ed unico figlio. Tuttavia il semplice fatto di avere, o perfino di desiderare dei bambini non realizza la generatività, ed anzi alcuni giovani genitori sembrano soffrire proprio per un ritardo della capacità a sviluppare questo stadio. Le fonti di tali condizioni devono spesso essere cercate in impressioni della prima infanzia, in un eccessivo amore di sé fondato su una personalità che ha cercato in sé la propria affermazione con troppo accanimento, ed infine nella mancanza di una qualche fede che fa del bambino un benvenuto della comunità» (ERIKSON, 1950).

È verosimile che il concepimento mentale (inconscio) possa essere vissuto come «accoglimento» da parte del nascituro. Naturalmente, il concepimento mentale inconscio quello che riconosciamo nei sogni e nelle fantasie più di quello conscio va ad innescarsi sull'attaccamento al feto e poi al bambino neonato, sia da parte della madre che del padre.

Il concepimento mentale che precede quello fisico, appare più complesso per i padri che non per le madri e lo stesso si può dire dell'attaccamento. Le madri infatti, attraverso il gioco con le bambole o con le compagne, e attraverso l'identificazione con le proprie madri fin da piccole hanno modo di elaborare immaginativamente le loro fantasie, inconscie relative alla riproduzione.

La madre non solo avrà giocato con le bambole, ma avrà giocato anche a fare la bambina, ed anche a fare il papà o la mamma, sarà regredita alla maniera dei bambini durante la malattia, e avrà forse guardato la propria madre quando accudiva i fratelli più piccoli. Può avere fatto un corso di puericoltura, e forse avrà letto dei libri o visto documentari, e può essersi formata le proprie idee, giuste o sbagliate, su come concepire e allevare i bambini.

Non così i padri. Il concepimento mentale di un figlio è poi particolarmente difficile in quei casi in cui la decisione procreativa è stata presa da una coppia il cui partner maschile è particolarmente immaturo. Questo



viene allora sopraffatto dal timore di perdere lui stesso la sua privilegiata condizione di figlio. Dal timore può passare al panico e al crollo totale che possono riflettersi in gravi perturbazioni della struttura familiare. Se riesce invece a superare l'empasse iniziale, la situazione potrà diventare meno difficile nel momento in cui dal concepimento mentale si passa al bambino concepito, e quindi al feto e poi al neonato in carne ed ossa.

In ogni caso c'è sempre una profonda differenza tra gli uomini e le donne nel concepimento mentale di un figlio e nelle fantasie che alimentano il loro immaginario; una differenza assai più importante di quanto si possa in genere pensare. Non si può tuttavia dimenticare come ogni uomo, come ogni donna, anche lui proviene da una donna. Vi sono tentativi dell'uomo per uscire da queste difficoltà già a livello di concepimento mentale. Vi sono i miti e le usanze primitive, come quello della couvade, per cui quando nasce un bambino il padre se lo porta nel proprio letto e se ne prende cura, oppure c'è l'usanza per cui il padre si sottopone a un digiuno purificatore. Troviamo spesso l'idea di nascere dalla testa, come la mitica Atena, ed è facile far risalire la parola concepimento al concetto di concepire un'idea.

Infine, sia pure nei casi rari, durante la gravidanza della madre, il padre del nascituro può manifestare sintomi somatici del tutto analoghi a quelli che manifesta la moglie.

Visto in chiave clinica, si può dire che felice è quel bambino che è concepito mentalmente allo stesso modo e nello stesso tempo in cui egli è frutto di un concepimento fisico.

Concludendo: quanto abbiamo esposto ripercorrendo a grandi passi una letteratura copiosa *ci porta a sottolineare la importanza della «dimensione psicologica della gestazione», non solo nel vissuto personale della donna, ma nei rapporti stessi che si instaurano fra i membri della famiglia e l'ostetrico, al quale la gestante si affida. Conoscere quali sono i «sentimenti» della gestante, le sue elaborazioni immaginative, le sue preoccupazioni ed attese è fondamentale per chi l'assiste, ed ha un profondo significato deontologico ed etico: offrire anche a questo «aspetto» (che travalica il controllo di parametri organici) la possibilità di esprimersi, ove la gestante nella propria autonomia lo ritenga opportuno.*

Riprenderemo l'argomento allorché si tratterà della «preparazione psicoprofilattica al parto».

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- AMMANITI M.: *La gravidanza tra fantasia e realtà*. Il Pensiero Scientifico Roma, 1992.
- BENEDEK T.: *Psychosexual Functions in women*. New York, Ronald Press, 1952.
- BIBRING G. ET AL.: *A study of the psychological process in Pregnancy and of the earliest mother-child relationship*. «Psychoanalytic Study of the Child» 1961, 16, 9, 44.
- BOLLAS C.: *Origins of the therapeutic Alliance*. Week-end Conference of the English speaking Analysts. London, Oct. 1990, 12-13.
- DEUTSCH H.: *Psychology of Women*. Vol. II. Grune and Stratton, New York.
- ERIKSON E.: *Childhood and Society*. Norton W.W. & Co. 2<sup>nd</sup> Ed. Trad. It. Infanzia e Società. Armando Ed., Roma, 1963.
- ERIKSON E.: *Inner and Outer Space. Reflection on Womanhood*. «Dedalus» 1963, 93, pp. 582-608.
- FERRARO F., NUNZIANTE CESARO A.: *Lo spazio cavo e il corpo saturato*. Franco Angeli Ed., Milano, 1985.
- FREUD S.: *An Outline of Psychoanalysis*. S.E. Trad. Ital. Compendio di Psicoanalisi. Opere: Boringhieri. Torino, 1940.
- GADDINI E.: *Formazione del padre e scena primaria*. In: Scritti (1953-1985) Cortina, Milano, 1989, p. 326.
- LESTER E., METMAN M.: *Pregnancy, developmental crisis and object relations. Psychoanal. Considerations*. «Intern. J. Psycho-Anal.» 1986, 67, p. 357.
- PINEIS D.: *Pregnancy, miscarriage, abortion. A psychoanalytic Perspective* «Int. J. Psycho-Analysis» 1990, 7, p. 301.





**Michelangelo Buonarroti (1476-1564), «Obed in braccio alla madre Rut», particolare di una delle lunette che raffigurano gli antenati di Cristo, nella volta della Cappella Sistina (1508-1512). Città del Vaticano, Roma.**

L'affresco raffigura una donna che culla tra le braccia il suo piccolo dopo averlo allattato. E oggi dopo il noto restauro del 1990-94, che ha liberato il dipinto da tutte le sovrasmisioni, il colore originale è tornato in tutta la sua luminosità.

Ruth è una spigolatrice moabita sposa di Booz, progenitrice di Davide, e quindi di Gesù Cristo, che ha dato il suo nome ad un libro biblico dell'Antico Testamento. Michelangelo la raffigura tra gli antenati di Cristo in una delle quattordici lunette alle pareti della Sistina.

In passato i restauratori del '700 nel ridipingere le parti sciupate della camicia rosa avevano coperto anche un seno nudo che Michelangelo aveva dipinto affinché il significato della scena fosse inequivocabile: Obed ha finito la sua poppata e dorme tranquillo con la madre china su di lui. In tutta la storia dell'arte non si conosce un ritratto più commovente del rapporto tra madre e figlio. Per Michelangelo l'allattamento aveva un particolare rilievo nell'economia della creazione: infatti l'artista confidò al Vasari di avere assorbito la sua passione per la scultura con il latte della balia, che era la moglie di uno scalpellino.

Più volte, nelle sue opere, sia nelle lunette della Sistina che nelle sculture e nei disegni troviamo la madre che allatta il bambino: un intimo legame espresso con profondo amore.



## CAPITOLO SESTO

### IL VISSUTO DEL PARTO

Prima di affrontare il problema dell'umanizzazione della nascita, sembra opportuno soffermarsi sul «*vissuto*» psicologico del parto e delle cure offerte alla partoriente e al neonato.

Anche su questo argomento, osservazioni interessanti ci pervengono dall'analisi psicologica e psicodinamica del profondo.

Per una serie di ragioni, che si possono cercare di rintracciare una ad una, nelle ultime decadi il parto – da evento naturale e fisiologico – è diventato un evento che appartiene sempre alla medicina e spesso alla patologia. Esiste indubbiamente una patologia ostetrica: ma questa riguarda una assoluta minoranza dei parti, forse il 10%. Il vedere invece tutti i parti in chiave patologica è una evidente distorsione di una ostetricia «aggressiva» e interventistica.

Questa distorsione ha modificato nel tempo gli aspetti psicologici che sono connessi al parto.

«Se infatti – come scrive Helene DEUTSCH (1945) – il parto fosse un processo soltanto fisiologico, esso andrebbe soggetto ad assai minori variazioni e influenze culturali di quanto, in realtà, occorra».

Gli antropologi ci hanno proposto una serie di teorie, intese a spiegare la maggiore o minore facilità del mettere al mondo nelle varie epoche e nelle varie culture, tra popoli e razze diverse. Se confrontiamo la descrizione del parto che ci fornisce JORDAN B. 1933, antropologa dell'Università del Michigan, nel suo volume: «Nascere in quattro culture», ci rendiamo conto di quanto il «sistema del mettere al mondo» («birthing system») influisca sui relativi aspetti psicologici. È interessante confrontare il parto casalingo e familiare dei Maya, quello totalmente ospedaliero e medicalizzato degli U.S.A., quello ormai in alta percentuale casalingo delle olandesi, quello vissuto in ospedale, ma con attiva partecipazione della donna, delle svedesi. Secondo il Jordan, il dolore, storicamente esperienza centrale del parto, viene vissuto nelle quattro culture in modo diverso. Per le donne Maya, esso fa parte delle aspettative, viene accettato come cosa naturale, normale; per le donne americane, il dolore è nelle mani del medico il quale, come esperto riceve l'intera delega del corpo della sua «paziente». Le olandesi non ricorrono, spesso, a nessun tipo di antidolorifico, preparate come sono ad aspettare e a rispettare la naturalità del parto. Le svedesi, infine, vengono informate in dettaglio sulla natura e sugli effetti dei

farmaci: sta a loro decidere se usarli, o meno. E in Italia? Da noi, si direbbe che il modello più seguito è quello nordamericano, che considera il parto un evento da gestire sotto il controllo medico, e la partoriente una paziente che deve essere assistita con tecniche e tecnologie che spesso non conosce.

Per alcuni, il dolore – si è detto – è esperienza centrale del parto. Esso ha infatti un valore catartico, specie in quei casi in cui viene assunto un ruolo attivo di fronte all'angoscia che sottende la paura della partoriente di non riuscire a mettere al mondo il figlio.

Le donne presentano espressioni le più diverse della loro sofferenza, essendo la soglia al dolore regolata da fattori multipli. Solo in parte l'attesa positiva del figlio rende il dolore più sopportabile.

Alla luce di queste considerazioni, non si può non rammaricarsi del ruolo passivo cui è stata spesso relegata la donna in sala parto, ruolo che si oppone alle naturali richieste di gratificazione legate al genere e al ruolo stesso della donna, nel cui ambito anche il dolore da parto, purché cosciente e attivamente governato, ha un posto di rilievo tra le preziose componenti della maternità.

Si è detto all'inizio che il rapporto che la donna ha con chi l'assiste al parto ha notevole influenza sullo stesso decorso, e che il suo assumere un ruolo attivo di fronte al dolore è una esperienza per lei di grande importanza, che orienta in chiave positiva e vitale, oppure negativa, il rapporto che essa andrà costituendo col figlio.

Non si può non chiedersi se si possa sottoscrivere interamente ciò che Helene Deutsch, parafrasando l'«*Omne animal post coitum triste est*» dice, a proposito del parto: «*Omnis mulier post partum tristis est*», pur ammettendo l'autrice che questa tristezza è preceduta da momenti di estasi. La tristezza ha verosimilmente a che fare col distacco dal figlio, che spesso viene espressa con la paura che questi «prenda freddo» o che non sia abbastanza accudito, dove separazione, e freddo e paura di non sopravvivere hanno strette connessioni, tra loro, a livello inconscio.

Ben diversi dalla tristezza sono i casi di depersonalizzazione, di confusione o anche di psicosi puerperale. È chiaro che un concentrato di tensioni quale è il parto possa mobilitare influenze disequilibranti o di crollo. Anche il parto in anestesia peridurale, se pure meno depersonalizzante, sembra interferire con il senso positivo che ha il parto per la donna, attivo e regressivo al tempo stesso, su cui si innesca positivamente il primo rapporto con il figlio. Manca l'estasi che subentra al dolore, e che traduce in vita e in gioia l'incontro con il figlio. I vari metodi di preparazione psicofilattica al parto si avvicinano di più ai processi naturali, non interferendo con la coscienza, pur diminuendo il dolore attraverso una maggiore familiarità con questo: riprenderemo più oltre l'argomento.

## La presenza del marito vicino alla partoriente

Il marito, in molte delle culture primitive, raramente è presente al parto. Quest'ultimo viene infatti considerato qualcosa di privato, dove si producono cose non pulite. Anche gli altri maschi devono stare lontano da queste cose private e non pulite, e dalla scena del parto. C'è da chiedersi se l'attuale asepsi, dove ostetrici e infermiere assumono il compito di pulitori, non abbia anche origine da queste lontane consuetudini. Si può capire, in questa luce, la tendenza a investire queste figure di sanitari con sentimenti estremi: amore e odio, fiducia e rancore, disciplina e intolleranza, possono essere spostate su queste figure di sanitari che rappresentano le emozioni originarie dell'infanzia mobilizzate dal parto. Così l'attiva partecipazione del marito può venire spostata sull'immagine del medico, che può venire a rappresentare un padre, o una madre onnipotente. L'ostetrico si trova così ad avere illustri predecessori nei maghi e nei sacerdoti. Egli non sospetta che la donna che si affida a lui con tanta remissività gli conferisce attributi magici; nel momento in cui cerca scampo dai terrori che la sopraffanno mentre sta per partorire. In nessun'altra branca della medicina è altrettanto presente l'interdipendenza tra psicologico e fisiologico, quanto lo è nell'ambito della riproduzione femminile.

Anche nella nostra società, l'uomo è stato escluso per secoli dal parto e dalle prime cure. Negli ultimi decenni con l'ospedalizzazione della nascita quale baluardo ai possibili rischi che l'evento comporta, il parto è diventato meno «pericoloso» ma è stato sempre più sottratto all'ambiente familiare. Da evento sociale è divenuto evento prevalentemente medico e il padre continuava a non essere presente sulla scena della nascita.

Da qualche anno, tuttavia, anche nel nostro paese assistiamo a quella che potremmo definire come la «riscoperta del padre».

Nei molti lavori che appaiono nella letteratura su questo tema emerge una visione della gravidanza ed anche del parto come entrambe incluse in un sistema dinamico che comprende il passaggio dalla «diade» moglie-marito alla «triade» madre-padre-bambino come processo che non inizia dalla nascita del bambino, ma che mette radici all'inizio della gravidanza e che si evolve con il suo decorso. Il concetto Winnicottiano di *preoccupazione materna primaria*, che vede la madre in gravidanza e nei primi mesi della vita del figlio interamente investita nel figlio in modo tale da potersi adattare totalmente ai suoi bisogni, presuppone che, al suo lato, vi sia un padre che condivide le sue vicissitudini quotidiane e la sollevi nei suoi rapporti con il mondo esterno. Visto in questo modo il «Sistema dinamico» cui abbiamo accennato appare assai più solido e integrato nella sua unità psico-affettiva, e permette di prospettarsi che, su queste basi, possa avere luogo un rapporto padre-figlio forte e duraturo. L'elemento che secondo



GREENBERG e MORRIS, (1974) predisporrebbe il padre alla massima percezione e al riconoscimento del figlio è una situazione psicologica definita «engrossment», uno stato di assorbimento, preoccupazione e interesse in cui sono coinvolti i padri alla nascita dei loro figli. La ben nota «sindrome della couvade», già descritta all'inizio del secolo, può essere vista come una condizione distorta di questo assorbimento in cui il padre, invece di stabilire un proprio legame con il bambino, vive il legame con la madre in modo empatico ed imitativo, coinvolgendosi in varia misura nelle sue esperienze di partoriente e di puerpera.

Un miglioramento, sì è detto, è stato quello di permettere ai mariti di assistere al parto. Una ricerca americana indica che, se i padri ne sono gratificati e sono convinti di aiutare, con la loro presenza, le partorienti, queste invece preferiscono spesso avere accanto la propria madre, o una sorella maggiore, o un'amica; cosa che non viene in genere consentita. Questa preferenza per la madre o per l'amica è stata rilevata nella nostra letteratura e può essere assecondata, nel rispetto del consenso informato (v. Documento Venire al Mondo, pag. 33).

### **Accettazione e negazione della famiglia**

Sul processo della nascita ha molta influenza il rapporto che la partoriente ha potuto stabilire con la propria madre, e la eventuale identificazione con lei. È il naturale spostamento della originaria fiducia di base (ERIKSON, H.E. 1963) dalla madre su di un'altra figura femminile che si prende cura, che fa sì che figure femminili vengano preferite a figure maschili in sala parto. A ciò si aggiunge la nota equazione partoriente = bambino che nasce. Talvolta si può ipotizzare che la fruizione materna originaria è entrata a far parte del rapporto con il proprio marito che viene inconsciamente vissuto come madre.

Ci sono tuttavia alcune donne che, a livello inconscio, dell'uomo accanto a loro nel momento del parto non vogliono saperne. Hanno talvolta concepito il figlio fuori del legame coniugale, o in situazioni di promiscuità, al fine precipuo di produrre un bambino, come uno degli aspetti del realizzarsi. Poi scansano l'uomo con cui hanno concepito il bambino.

Nella loro realtà inconscia l'anelito di queste donne è di essere padri e che i loro figli siano figli partenogenetici, i figli della società. Questa fantasia di una paternità sociale, che in pratica vuole dire paternità anonima, corrisponde alla fantasia adolescenziale della ragazza che ha paura della femminilità, e che è atterrita di confrontarsi con la propria madre. Questo tipo di ragazza nega, dentro di sé di potere mai essere come la madre, nel senso di potere avere una crescita femminile, e di potere concepire un



figlio insieme con un padre. Ciò che inconsciamente ambiscono donne di questo tipo è di essere esse stesse padri, o, al più, padri-madri, un prodotto mentale che è di regola raggiunto nel distacco, separazione e perdita della madre originaria. Attraverso questa operazione di diniego, che è una manovra protettiva dall'angoscia di perdita e di solitudine, ha origine un padre non istintuale, un padre-madre, che è simbolo di conforto, di protezione e di sicurezza.

La negazione di potere essere mai come la madre, cioè di potere mai essere la madre, e di potere andare incontro a tutte le vicissitudini del suo soffrire nel metter al mondo il figlio, spesso fa sì che donne orientate in questo modo possano apparire coraggiose e anche stoiche, e ambiscono a volere condurre esse stesse il processo del loro parto/nascita.

Ciò può andar bene fintanto che c'è intorno a loro un ambiente contro cui combattere. Nel combattere, ha infatti luogo una loro sorta di agire e di passare all'azione, che porta «fuori», e distoglie dal soffrire nel corpo.

Le cose diventano difficili nel momento in cui esse si sentono trascurate, o nel momento in cui ci sono decisioni da prendere. Si tratta in genere di donne che hanno avuto un difficile processo di identificazione con la propria madre, dalla quale non si sono mai sentite interamente accettate. Ciò che è all'origine di questi loro disorientamenti è spesso una loro antica deprivazione originaria.

Nel momento in cui queste donne si sentono trascurate in sala parto, subentra in loro il senso terrificante di una profonda solitudine, del tutto analogo a quello che le atterrava al tempo in cui si affacciava per loro la possibilità di una autonomia che, proprio per questo, non ha mai potuto avere luogo. È questa causa che le ha indotte (o costrette?) a vivere reattivamente le proprie esperienze, compresa la propria maternità. E. GADDINI, descrivendo alcuni casi, ricorda il racconto del senso di solitudine provato da una donna di questo tipo in sala parto, allorché, dopo averle indotto il parto, l'avevano – lei diceva – «abbandonata». Lei gridava, e nessuno era lì a rispondere alle sue grida, ad accogliere il bambino. Questo bambino, nato nello sgomento più profondo, ebbe, dopo pochi anni, la diagnosi di autismo. R. GADDINI segnala un altro caso consimile, il cui bambino è (per caso) anch'esso autistico.

Le radici della responsabilizzazione, della capacità di essere soli, del processo che porta alla capacità di assumersi responsabilità, sono profonde, e mettono capo a meccanismi mentali molto precoci. Nell'ambito di questi meccanismi, viene coinvolto anche il problema della decisione. Il sentire di dover prendere una decisione, e l'idea che questa decisione possa essere terminale – che vuole dire, in termini inconsci, la fine di sé – possono scatenare nell'individuo angosce terrorizzanti, legate all'idea che decidere vuoi dire: ammettere il distacco, e promuovere così processi inar-

restabili, che possono portare all'annientamento di sé. Da tutto ciò si può capire come, se è vero che, in genere, il rapporto della partoriente con chi assiste è fondamentale, sia tanto più vero che esso lo è particolarmente nei casi in cui la donna ha sofferto di deprivazione nella prima infanzia o, quanto meno, non ha conosciuto la dedizione totale dei primi mesi che fa di ogni figlio un re.

## **Il puerperio**

Per terminare questa analisi, conviene accennare a qualche reazione psicologica riguardante il *puerperio*.

Le cure offerte alla puerpera e al neonato nelle istituzioni sono andate migliorando negli ultimi anni, ma assai meno di quanto ci si sarebbe potuto aspettare, alla luce delle conoscenze e conquiste in merito alla indissolubilità della coppia madre-neonato. In Italia, a esempio, gli ospedali dove il bambino viene lasciato accanto alla madre, permettendo così che possano innescarsi quegli interscambi che vanno sotto il nome di «attaccamento», sono pochi, spesso sono quelli dove scarseggia il personale che dovrebbe occuparsene separatamente (COLOMBO G. et al., 1985).

Vi sono, peraltro, donne che volentieri affidano al «nido» il bambino nelle prime 1-2 giornate di degenza (salvo il momento della poppata) con il desiderio di un profondo riposo dopo lo stress del parto e forse con il timore di non essere in grado di accorgersi di una improvvisa patologia del neonato (l'incubo della morte improvvisa).

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- COLOMBO G., PIZZINI P., REGALIA A.: *Mettere al mondo: la produzione sociale del parto*. F. Angeli Ed., Milano 1985.
- DEUTSCH H.: *The Psychology of Women*. Vol. II: *Motherhood*: Grune & Stratton, New York, 1945. Trad. it. *Psicologia della donna*. Boringhieri, 1957.
- ERIKSON H.E.: *Childhood and Society*. Norton W.W. & Co. 2<sup>a</sup> Ed. Trad. it.: *Infanzia e Società*. Armando, 1966.
- GREENBERG M., MORRIS N.: *Engrossment: the newborn impact upon the father*. «Am. Journ. of Orthopsychiatry» 1974, 44, 520.
- JORDAN B.: *Birth in Four Cultures*. Eden Press, Montreal/London. Trad. it. *Nascita in Quattro Culture*. Ediz. Emme, 1985.





### L'UMANIZZAZIONE DELLA NASCITA

Dai richiami sin qui fatti, e dall'esperienza corrente, appare evidente come, soprattutto nelle società occidentali si sia gradualmente affermata una tendenza alla tecnicizzazione dell'evento parto, da taluni interpretata come traduzione pratica della cultura tecnocratica dominante in tali società, o addirittura della visione paternalistica che informerebbe tutta la medicina tradizionalmente intesa.

A fronte di tale visione si sono sviluppate richieste crescenti per una «umanizzazione», ovvero di una «demedicalizzazione» del parto, nella convinzione di riportare questo fondamentale momento della vita alla sua più naturale dimensione.

#### Il movimento psicoprofilattico

Nasce, a metà del secolo, per fronteggiare questi inconvenienti, il movimento di preparazione psicoprofilattica al parto. Questo si è ormai articolato in varie scuole e tecniche; ma nella sua più ampia accezione va inteso – come si espresse MALCOVATI negli anni '60 – come un complesso di pratiche psicopedagogiche e chinesiterapiche atte a dare alla futura madre:

a) un'esatta conoscenza di quei fenomeni della generazione di cui essa è la grande protagonista, cancellando dalla sua mente gli errori, i pregiudizi, le superstizioni che ancor oggi, non di rado, circondano la vita sessuale femminile e la maternità;

b) un «educazione materna», cioè un sano orientamento psicologico e spirituale nei riguardi della gravidanza, del parto e del nuovo essere; orientamento psicologico e morale che, condizionando il comportamento individuale nel parto, costituisce la parte essenziale del «metodo»;

c) un'adeguata preparazione fisica o meglio psicofisica – in certo senso propriamente «tecnica», che in gergo sportivo potrebbe essere chiamata «allenamento» per «eseguire» il parto, cioè per secondarne attivamente i vari tempi e fenomeni nel modo più corretto ed efficiente.

Il risultato di una buona «preparazione psicoprofilattica» – che sia stata praticata coscienziosamente da parte della gestante e da parte di chi l'ha preparata – è triplice:

a) una condizione di tranquillità, di fiducia in se stessa, di sereno coraggio della futura madre di fronte a quell'evento naturale, il parto, che è spesso motivo di paura e di ansia;

b) uno svolgimento naturale, fisiologico, e quindi più facile, del parto stesso, con ovvio vantaggio anche per il nascituro;

c) un'attenuazione quasi costante e, in un certo numero di casi, l'abolizione di quei «dolori» che sono considerati come un ineluttabile attributo – sino a diventarne quasi un sinonimo – del parto stesso.

Come ricorda il MALCOVATI (1960), «tale *metodo*», che si è inserito in questi anni fra la pratica ostetrica e il costume sociale, rappresenta un capitolo specialistico di quella «medicina psicosomatica» che, pur derivando sostanzialmente da un antico filone della medicina classica, ha avuto solo in questi ultimi anni una concreta base scientifica e più larghi consensi<sup>26)</sup>.

In particolare è dimostrato, ed è di comune esperienza, come l'aggiustamento equilibrato e il rafforzamento della sfera psichica – che il medico può facilmente realizzare nel suo rapporto umano col paziente – possano influenzare sensibilmente e favorevolmente sia funzioni fisiologiche, come nel caso nostro il parto, sia vere e proprie manifestazioni morbose.

Questa visione delle cose, negli anni '60 valida ed esauriente per ristabilire il rapporto fra medico specialista e paziente, si è ulteriormente arricchita, ma anche complicata da nuovi filoni culturali ed operativi, che vogliamo in sintesi ricordare nei punti seguenti:

1) Non è estraneo – in questo sviluppo – anche il movimento femminista.

Come ricordano FARAGIANA ed altri (1987), «alla fine degli anni '60 i movimenti delle donne hanno avviato un approfondimento conoscitivo della realtà corporea femminile, delle sue necessità e possibilità, della sua gestione e controllo, come ricerca e riappropriazione di una identità fisica, psicologica e sociale.

Sono stati così, per la prima volta, resi disponibili molti utili materiali relativi alla salute e alla sessualità femminile: dagli aspetti fisici, psicologici ed emotivi a quelli relazionali nei vari momenti della vita. Tali materiali sono stati elaborati attraverso indagini collettive, discussioni di esperienze e riconsiderazioni critiche delle conoscenze scientifiche e della pratiche sanitarie (v. ad es. Boston Women's Health Book Collective, Sheila Kitzinger, Balekos ecc.).

Dopo aver ottenuto «la liberazione dalla paura di una vita ininterrotta di gravidanze non volute» e considerando storicamente superato il rischio di morte – fino a questo secolo strettamente connesso all'evento del parto»

---

<sup>26)</sup> Essa, come è noto, studia, nella personalità normale e patologica dell'individuo, le interferenze reciproche fra la sfera corporea o fisica (soma) e la sfera psichica: queste due zone dell'essere umano, infatti, si compenetrano e influenzano a vicenda, si può dire in ogni momento e in ogni manifestazione della vita e della malattia e, integrandosi con la sfera spirituale, determinano la personalità globale dell'individuo, condizionano il suo comportamento e le sue reazioni, incidono quindi, in un certo senso, sul suo destino.

– i movimenti si sono impegnati nella ricerca di modi più soddisfacenti, partecipati ed attivi di vivere la gravidanza e la nascita.

La critica alla medicalizzazione generalizzata della gravidanza, del travaglio e della nascita ha assunto come «obiettivo simbolico» la «posizione litotomica» e combattuto l'interventismo tecnologico e chirurgico del ginecologo, l'uso estensivo dell'anestesia e dell'ecografia, la separazione del neonato della madre, l'allattamento artificiale.

Per contro, ha sollecitato una riconsiderazione scientifica interdisciplinare, culturale e pratica, sugli aspetti psicologici e sociali della gravidanza e del parto, sull'organizzazione dell'assistenza alla gestante e sul ruolo dell'équipe sanitaria.

Essa ha altresì prodotto numerose proposte tecniche, di preparazione fisica e psicofisica della donna e della coppia al parto, intese al recupero di risorse fisiche, neuromuscolari e articolari, che i comfort e gli stress della società contemporanea fanno poco utilizzare, ma che sono utili alla donna per aiutare se stessa e il proprio bambino nell'evento naturale e sociale, fisiologico, ma non abituale, della gravidanza e del parto e negli impegni fisici, psicologici ed emotivi che essi comportano».

Fra queste, anche le proposte delle diverse «posizioni di parto», lasciate alla libera scelta della donna, l'uso della «sedia ostetrica» (v. FARAGIANA, 1985).

2) Un altro «filone» è collegato alla «presenza del padre del nascituro» in sala parto, argomento che è stato già esaminato in precedenza sotto l'aspetto psicologico-psicoanalitico, ma che in questo paragrafo è bene riprendere sotto il profilo psicoprofilattico.

Molte osservazioni sono concordi nell'indicare i vantaggi sia sul piano psicologico, che su quello fisiologico che derivano alla partoriente dall'assistenza di una persona di fiducia che l'accompagna e la sostenga in sala travaglio e in sala parto (NORDIO 1983, CERUTTI 1976, FORLEO 1984).

Secondo ZANETTI ed altri (1987), «studi americani affermano che la presenza del partner contribuisce ad alleviare il senso di paura e di ansietà che spesso grava sulla donna allontanata dall'ambito familiare e alle prese con le complesse e a volte impersonali routine ospedaliere, e può avere un effetto positivo anche in senso ostetrico» (PARKE, 1982).

È noto che alla donna al cui travaglio è presente il marito vengono somministrati quantità minori di farmaci per attenuare il dolore.

Tale riduzione dell'uso di analgesici è stato confermato più volte e rappresenta un fatto positivo sia per la madre che per il bambino.

CALDERO-BARCIA, inoltre, ha evidenziato come fosse presente una brusca elevazione dell'ossitocina ogni qualvolta il partner accarezzava la propria moglie.

Tutto questo depone a favore di tale «presenza» (ove gradita dalla donna).



3) L'altro fatto saliente che ha caratterizzato la psicoprofilassi ostetrica italiana, si riferisce a un sodalizio culturale che, già agli inizi degli anni '60, si è stabilito tra l'ostetricia e la psicoanalisi (FORNARI, MIRAGLIA, ORLANDINI, GADDINI, ecc.).

Questo filone è in grado di offrire spiegazioni più approfondite delle «ansie» della gestante e della partoriente e di rimuoverle, con tecniche appropriate.

4) Circa le metodologie, si è diffuso in Italia il RAT (tecnica del training respirativo autogeno), introdotto dalle Scuole dell'U.C. (Bompiani, Ancona, Piscicelli).

Il RAT, oltre ad avere il pregio di una base scientifica già collaudata nell'ambito della neuropsichiatria e della psicosomatica, avvalendosi di una tecnica psicocorporea, raggiunge meglio, come l'esperienza ha sempre più dimostrato, le finalità di supporto psico-fisico, con riflessi positivi sulla diminuzione del dolore.

Finalmente, va citato, il metodo della cosiddetta «nascita senza violenza», e tecniche derivate (a ispirazione cosiddetta ecologica).

ORLANDINI ricorda che a partire dal 1974, in Francia la «naissance sans violence» propugnata dal ginecologo FREDERIK LEBOYER, ha notevole diffusione e popolarità. Va precisato che non si tratta di metodo ma di raccomandazione emotivo-sentimentale allo scopo di ottenere soprattutto l'attenuazione della sofferenza fetale e neonatale. In pratica LÉBOYER raccomanda silenzio in sala parto, luci attenuate, taglio ritardato del cordone ombelicale ed immediato contatto del neonato con l'addome materno.

*In definitiva, approcci culturali di tipo antropologico, etologico, sociologico e psico-neuroendocrinologico (Cisternino) concorrono e, nello stesso tempo, si confrontano nella cosiddetta «umanizzazione del parto»: obiettivo questo avvertito sempre di più nella evoluzione recente della medicina occidentale come irrinunciabile.*

## **Il dolore del parto ed il suo controllo**

Nella storia dell'uomo, fra le condanne originali che sono pesate sul suo destino, quella del dolore di parto è stata tragica e senza una giustificazione convincente, sì da attribuire l'origine alla violazione di un precetto divino.

In epoca più recente, come già ricordato, si è cercato un rimedio nei principi della psicodinamica e nei modelli dei riflessi pavloviani, come è avvenuto nei metodi russi, in quello inglese di READ e francese di LAMAZE, nelle spiegazioni sempre più teoriche della psicologia, negli insensati tentativi regressivi di un «parto in acqua», come in esperienze recenti.

Le prime proposte dei russi si sono concluse all'inizio di questo secolo con i condizionamenti ipnosuggestivi di VELVOSKI, PLATONOV e NIKOLAIEV. Così pure le spiegazioni date da READ (1930), designate nell'equazione «paura-tensione-dolore», si sono limitate a produrre una semplicistica proposta didattica ed un approccio transferale di rilassamento ipnotico.

Intorno agli anni trenta, i principi pavloviani avevano spostato l'attenzione circa l'influenza degli atti respiratori nell'inibire le funzioni corticali che allestiscono il dolore del parto. Questa proposta è stata raccolta da un ginecologo francese (LAMAZE, 1953) e diffusa in tutto il mondo. In quegli anni in Italia le maggiori scuole di ostetricia (si ricorda in particolare quella di MALCOVATI, di MIRAGLIA, di DELLEPIANE) accolsero con grande interesse questa proposta e la divulgarono ma senza esercitare una dovuta analisi dei principi che la orientavano.

Una base teorica, e migliori risultati, sono venuti con il metodo RAT (come già ricordato): il meccanismo che si attiva durante il rilassamento RAT è il «respiro autogeno», la cui produzione è antitetica a quanto accadeva nella respirazione alitante, poichè la spontaneità del suo svolgimento assicura durante gli stress quantità ottimali di ossigeno ed una omeostasi altrettanto efficace. Inoltre durante il rilassamento autogeno le funzioni sensoriali si attenuano spontaneamente in quanto esse tendono alla generalizzazione e alla diffusione sistemica.

Questi effetti determinano evidenti cambiamenti nel tono dei muscoli volontari del perineo e dei muscoli volontari ed involontari del grande elevatore dell'ano, con un effetto liberatorio sull'ansia centrale e neutralizzante sui riflessi periferici di contenimento.

Così gli stimoli intensi invece di accentuare le risposte motorie tendono a potenziare il rilassamento.

A fianco di tali metodologie, si sono sviluppate tuttavia anche quelle «attive» e farmacologiche di *abolizione del dolore*.

Il controllo del dolore durante il travaglio di parto con metodi anestesologici è sempre stato un problema molto controverso; vi è spesso infatti, la convinzione che il travaglio ed il parto debbano essere eventi naturali e fisiologici e che, quindi, anche il dolore che lo accompagna sia parte integrante di questa funzione «biologica». Convinzione supportata dai possibili effetti collaterali non solo materni, ma anche fetali e neonatali dell'imperfette metodiche che fino a pochi anni fa si applicavano per l'analgesia nel parto.

I requisiti fondamentali di una tecnica antalgica usata in tali circostanze sono infatti:

- la sicurezza per la madre mancanza di effetti collaterali sul neonato;
- l'assenza di interferenze sulla dinamica fisiologica del travaglio e del parto.

Tale tecnica dovrebbe, inoltre, essere sufficientemente flessibile per potersi adattare alle varie fasi del travaglio.

Per tali richieste l'anestesia peridurale è attualmente il metodo più efficace per combattere il dolore della partoriente trasformando – per coloro che ne sono i paladini – il parto in una esperienza appagante e serena.

Il posizionamento di un catetere nello spazio epidurale permette, infatti, di dosare gradualmente l'effetto antalgico e di adattarlo alle richieste dei vari stadi del travaglio.

La scelta del tipo, della concentrazione e del volume dell'anestetico locale e l'eventuale uso di farmaci adiuvanti, permettono di modulare l'analgia in relazione alle variazioni dell'intensità del dolore, mantenendo inalterate tutte le altre sensibilità, compresa la funzione motoria indispensabile per una evoluzione fisiologica del parto.

Peraltro pur essendo un metodo sicuro, è pur sempre un atto invasivo non privo di rischi, e vanno quindi messe in luce l'utilità e le indicazioni di questa tecnica.

Vi sono indicazioni materne, fetali ed ostetriche che sono correlate fra loro, poichè causate dall'insorgere di fenomeni patologici provocati dal dolore.

Il dolore è una sensazione estremamente soggettiva, che dipende dalle precedenti esperienze, dal livello culturale, dalla soglia; tutti fattori che differiscono in modo significativo da una donna all'altra.

Concludendo: si confrontano, oggi, due linee di pensiero.

*Da un lato coloro che ritengono la sofferenza di parto come una componente inscindibile dell'evento nascita, facente parte del dinamismo stesso che accompagna la coscienza umana, al suo aprirsi come forza di propulsione generatrice e creatrice. Rispettare questo processo naturale, e tuttavia renderlo meno traumatico, aiutare la donna a sublimarlo ed a correggere le distorsioni funzionali ed evolutive subite dal corpo, potenziare i requisiti autogeni di cui si dispone per correggere le distorsioni, significa porsi in una posizione etica da cui l'operatore, insieme alle doti della sua competenza professionale, non può prescindere.*

*Dall'altro lato coloro che valorizzano le potenzialità della moderna analgesia ostetrica, e che ritengono che una vera umanizzazione della nascita non può ottenersi, in presenza della sofferenza e del dolore <sup>27)</sup>.*

---

<sup>27)</sup> Naturalmente, occorre garantire all'analgesia sicurezza ed innocuità ai fini del benessere fetale, oltreché materno.

La peridurale continua è attualmente la metodica che più soddisfa le esigenze di sicurezza, di efficacia, di flessibilità e di adattabilità alle varie fasi del parto, ma è una tecnica che può anche interferire, in mani non esperte, sull'attività uterina e sull'andamento del travaglio prolungando la durata della fase espulsiva ed aumentando interventi strumentali.

La realizzazione di una analgesia efficace, sicura e prontamente disponibile coinvolge vari servizi (Anestesiologia e Rianimazione, quello di Ostetricia e Ginecologia ed il personale ostetrico). Ancora oggi (soprattutto motivi di costo) varie condizioni limitano quello che potrebbe apparire un diritto di scelta della partoriente, basato sull'insindacabilità del principio di autonomia.

Permane in ogni caso il dovere della corretta informazione da parte dell'ostetrico; in ogni caso va rilevato che una corretta preparazione psicologica al parto non contraddice, ma anzi facilita l'applicazione dell'analgesia alle reali necessità di essa.

### **Parto intraospedaliero o parto domiciliare?**

L'incremento dei parti operativi, ed in particolare del ricorso al taglio cesareo, che in numerose realtà cliniche dei paesi industrializzati raggiunge incidenze percentuali molto elevate, è stato preso come indicatore di una tendenza al disimpegno, tecnico ma anche etico, del medico che opta troppo facilmente per una soluzione tecnicamente semplice, ma umanamente privata dei valori di arricchimento e di esperienza del vissuto della nascita naturale. Con ciò non riconoscendo all'intervento chirurgico quel valore risolutivo nei confronti della patologia o della possibile complicanza che, al contrario, viene affermato dalla categoria degli ostetrici (v. più ampiamente all'appendice 1).

In una certa opinione pubblica, inoltre, è stata posta in discussione la certezza che sia da attribuirsi al parto in ospedale la diminuita mortalità sia della madre che perinatale. L'ospedalizzazione ha coinciso con il passaggio

---

Per realizzarla diffusamente, è indispensabile tuttavia un intenso lavoro organizzativo. Occorre infatti:

- modificare l'attitudine all'indifferenza della professione medica verso una sofferenza del tutto non necessaria;
- condividere questo impegno di servizio tra tutte le figure che si occupano di questo momento critico aumentando la collaborazione tra ginecologo-anestesista ostetrica;
- divulgare la conoscenza delle possibili interferenze della peridurale sull'attività uterina e sull'andamento fisiologico del travaglio per adottare procedimenti terapeutici immediati;
- assicurare la presenza costante di un anestesista esperto in sala parto;
- proporre e definire delle linee guida di comportamento sull'applicazione della peridurale in travaglio;
- istituire un protocollo comune di sorveglianza della paziente sia in termini di valutazione e di quantificazione del dolore e dei suoi effetti collaterali sia in termini di valutazione della qualità della terapia antalgica e della possibile comparsa di complicanze.

L'efficacia della terapia antalgica infatti e i possibili effetti indesiderati devono essere valutati e verificati incessantemente, monitorizzando l'andamento del travaglio ed il benessere materno-fetale in stretta collaborazione con il ginecologo e/o l'ostetrica.



da un universo femminile (di madri, di ostetriche) a un mondo maschile dominato da medici. È stato un passaggio non indolore per le donne, per i loro bisogni psicologici e per i loro figli. E se è vero che la mortalità perinatale è passata dal 40-50 per mille negli anni '50, al 10-20 per mille negli anni '80, non si può pensare che il merito vada solo alle pratiche mediche migliorate, ma a tutti gli innumerevoli cambiamenti degli ultimi anni, non ultimi la diminuzione della natalità non programmata ed assistita, ed in particolare la diminuzione delle gravidanze tra le giovanissime.

La richiesta, recentemente riaffiorata, del parto domiciliare sembra affermare proprio l'esistenza di questo dualismo di posizioni che contrappongono valori eticamente validi, e tuttavia apparentemente inconciliabili. Sono intuibili i contenuti che vengono affermati da coloro che sostengono la nascita «naturale», demedicalizzata, come la migliore modalità per nascere. Certamente il parto « senza violenza», svolto nel contesto familiare, o comunque evitando manipolazioni della donna, visite ostetriche (ritenute spesso superflue in un evento, appunto, naturale) ma anche pratiche sicuramente sgradite come tricotomie, clisteri evacuativi, monitoraggi prolungati e simili, riacquista un significato di momento più denso di esperienza personale, di intenso vissuto individuale e di coppia. Significato che può essere reso molto meno comprensibile – nel parto intraospedaliero – dall'intervento invadente di medici, ostetriche, anestesisti ed infermieri, con somministrazione di farmaci attivi sul travaglio, sulla contrazione uterina, sulla stessa percezione della contrazione, per dolorosa che la si voglia considerare.

Intervento che quindi può snaturare la comprensione del significato più intimo della nascita, «ricoprendo» l'evento di sovrastrutture tecniche e tecnologiche capaci di realizzare un rumore di fondo, una confusione percettiva, più o meno totalmente mascherante nei confronti della semplice e fondamentale verità dell'evento stesso.

La madre rischia certamente di vivere una esperienza clinica, in luogo di un momento irripetibile di acquisizione umana.

Al contrario, si fa da più parti notare il dato scientificamente inoppugnabile del grande miglioramento, in termini di mortalità e di esiti perinatali, conseguito nei paesi industrializzati a seguito dell'introduzione delle moderne tecnologie di sorveglianza fetale durante il travaglio, ciò che è pressoché impossibile realizzare a domicilio

La acquisizione di tecniche che permettono la rilevazione istantanea della frequenza cardiaca fetale, la possibilità di conoscere il livello di ossigenazione del sangue fetale, la conseguente capacità di decidere il parto operativo (cesareo) su basi scientificamente documentate, ha coinciso con un'epoca storica dell'ostetricia moderna caratterizzata dal quasi totale azzeramento della mortalità fetale in travaglio, e da una forte riduzione del-

l'incidenza di complicanze a distanza per il neonato. Parimenti l'evoluzione della neonatologia ha portato, come si è ricordato, a consentire la buona sopravvivenza di feti (neonati) estremamente prematuri, o di peso bassissimo, mentre l'avvento di nuove tecniche anestesilogiche ha permesso di minimizzare il rischio intrinseco all'anestesia ed attraverso lo sviluppo di metodiche di anestesia periferica, ha consentito alla madre di rimanere vigile e cosciente durante l'intervento ostetrico, addominale o vaginale.

Per i sostenitori della nascita «tecnicizzata», quindi, è chiaramente visibile la base etica su cui la teoria si fonda: infatti rifiutare l'uso delle moderne tecnologie si traduce nell'assumere un rischio a carico della salute feto-neonatale che nella moderna realtà clinica e scientifica non è lecito accettare.

Il problema merita, quindi, un approfondimento.

I sostenitori del parto naturale, e domiciliare in particolare, affermano che tale pratica porterebbe ad una riduzione della frequenza di tagli cesarei, ipotizzando che una significativa percentuale di tali interventi sia eseguita per indicazioni non rilevanti, o per problemi che potrebbero essere risolti diversamente. Tuttavia revisioni di studi di politica sanitaria negli USA non hanno confermato tale tendenza a fronte dell'espansione del parto domiciliare (SAKALA C., 1993).

Parimenti al parto «demedicalizzato» si attribuisce una maggiore incidenza di mortalità perinatale, o di eventi lesivi per il feto, mentre esistono ricerche condotte con studi randomizzati, scientificamente corretti, che sembrano dimostrare che, in gravidanze completamente *fisiologiche e attentamente selezionate* il parto in sedi esterne all'ospedale – purchè dotate di requisiti minimi assistenziali – è altrettanto sicuro (in termini di mortalità perinatale) che quello in ospedale (MAC VICAR J. et al., 1993; HAFNER-EATON C., PEARCE L.K., 1994; WALDENSTROM U., NUSSON C.A. 1994).

Tuttavia non vi è unanimità di vedute sulla totale sicurezza, perchè nelle sedi del parto demedicalizzato sembrano verificarsi con maggior frequenza alcune complicanze, come maggior durata del travaglio, maggior incidenza del parto post-termine, maggiore frequenza di ritenzione placentare e di emorragie post-partum, nonché frequente necessità di trasferimento in ospedale delle donne alla prima gravidanza. Alcuni hanno anche rilevato una maggior incidenza di mortalità perinatale (RR (rischio relativo) = 1.25) che sarebbe peraltro da correlarsi ad una non ottimale selezione delle donne da avviare al parto «naturale». Infatti sembra dimostrato che se la selezione per l'accesso alle sedi alternative (parto domiciliare) è accuratamente condotta la mortalità perinatale è del 4.1 per mille mentre con una selezione impropria, o con l'autoselezione l'indicatore sale ad un inaccettabile 67.5 per mille: in entrambi i casi, comunque, il valore eccede quello della mortalità endouterina rilevata a termine di gravi-

danza (WOODCOCK H.C. et al., 1994; CAMPBELL R. et al., 1984; FELDMAN G.B., 1992).

D'altra parte una selezione veramente ottimale consentirebbe l'accesso al parto domiciliare, demedicalizzato, ad una percentuale molto ridotta di donne, circa il 2%, confinando questa possibilità ad una veramente ristrettissima minoranza (DODSWELL T. et al., 1996).

Sul problema così delineato sembra possibile avanzare alcune considerazioni.

*Nessuna delle due ipotesi, «tecnologica» e «naturale», appare capace di fornire una soluzione ottimale a tutte le esigenze, cliniche e psicologiche, umane e famigliari, che emergono dalla complessa disamina della tematica, né la radicalizzazione «ideologica» del conflitto fra le ipotesi sembra in alcun modo accettabile o utile, posto che entrambe offrono aspetti positivi ma non sono scevre di inconvenienti.*

*La necessità di limitare interventi chirurgici e procedure diagnostiche o terapeutiche invasive o mal tollerabili allo stretto necessario nell'interesse della madre e del feto è affermazione di sicura evidenza, fino ad apparire banale, così come chiaro è il diritto della partoriente alla autodeterminazione, correttamente informata, nei confronti della modalità di parto da preferire.*

*D'altronde è altrettanto chiaro che molte condizioni di «rischio» materno e fetale possono beneficiare grandemente delle stesse tecnologie definite invasive.*

### **L'«alleanza terapeutica»: la collaborazione fra gestante, curante e partoriente**

Il parto in casa, almeno in Italia, è oggi ancora una richiesta di pochi, anche se fino a due generazioni fa era largamente diffuso. È vero che molte donne hanno, ora, cieca fiducia nell'ospedale e nelle macchine – sebbene poi siano poche a ricordare il parto svolto in questo regime come una esperienza positiva. Ma se un numero crescente di donne pensa alla possibilità di partorire in casa, con la dovuta assistenza, è anche perché ogni tentativo di umanizzare il parto in ospedale ha, per ora, dato risultati non soddisfacenti.

Rimangono esclusi, ad es. da ogni tentativo di umanizzazione del parto i fratelli e le sorelle che vedono il venire al mondo del nuovo nato (vissuto come altro se stesso) come qualcosa di magico o tecnologico, assai più inquietante che tenero e «gioioso».

Il parto, si è detto, è normale in oltre l'80% dei casi, e non richiede se non raramente, l'intervento medico. Di fronte a questa constatazione, è

facile ritenere che – convinte dai progressi tecnologici – le donne vengano sottoposte ad amniocentesi, ad ecografie e a monitoraggio continuo, non soltanto quando questi sono assolutamente necessari. Si replica che nessuno può prevedere esattamente il decorso fisiologico del parto, e la «reattività» del feto allo stress.

Si insiste nel dire che, sotto il predominio incondizionato e indiscutibile della tecnologia, è ovvio che aumenti la giustificazione dell'intervento. Anche la pratica ostetrica d'altra parte, come hanno segnalato esperti epidemiologi inglesi (CHALMERS I., 1985) sta vivendo il suo momento schizofrenico, divisa com'è attualmente tra la minaccia di essere accusata (e rinviata a giudizio) per *incurie*, oppure per eccesso di interventismo. Ne deriva una qualche sorta di commercializzazione del parto, che ha assunto in alcuni paesi aspetti sopraffacenti, ad es. negli Stati Uniti e ora anche in Inghilterra, dove intervenire è diventata una sorta di assicurazione personale della classe ostetrica. cui ben pochi sono in grado di sottrarsi. In una recente ricerca sul continuo rapido aumento del parto cesareo (CHALMERS I., 1985) è emerso che il timore di conseguenze legali era la seconda più frequente ragione data come risposta per giustificare l'intervento stesso. D'altra parte il costo medio dei legali e delle cause cui vengono sottoposti gli ostetrici in U.S.A. sono tali da scoraggiare molti ben pensanti che forse, per loro natura, sarebbero portati ad attendere e a rispettare il processo naturale del parto.

La soluzione dei numerosi problemi accennati sembra quindi proporsi attraverso una articolazione di scelte che richiedono una fattiva ed impegnata collaborazione fra gestante e curanti; scelte di cui è evidente anche il riferimento ai principi bioetici di «autonomia» e di «beneficialità»

Un primo punto riguarda la necessità che la donna, che è la prima «responsabile» del proprio corpo, e soprattutto della propria maternità, sia in ogni caso partecipe di qualsiasi scelta venga compiuta in merito alla modalità del parto. Si rientra quindi nell'ambito della corretta informazione: sembra dunque un dovere non solo del curante, ma delle strutture sanitarie diffondere una cultura di base che permetta alla donna di giungere al termine della gravidanza in possesso di una base informativa adeguata a poter valutare il più serenamente possibile la situazione, facile o complessa, che caratterizzerà il suo parto. Nozioni trasmesse in sala travaglio, sotto la pressione emotiva dell'urgenza, difficilmente possono consentire una valida comprensione, e conseguentemente una corretta partecipazione al processo decisionale.

Il principio di beneficialità, cui il medico è professionalmente tenuto, porta a ritenere che, in ogni gravidanza, il riconoscimento di fattori di «elevato rischio» (un basso rischio si considera intrinsecamente presente, ed inevitabile, in ogni caso) debba considerarsi elemento pregiudiziale per la



proposta di soluzione da presentare alla gestante: la gravida deve essere sempre correttamente e completamente informata della situazione per tutto ciò che concerne la salute sua e del suo bambino.

Nelle gravidanze a rischio elevato la «scelta tecnologica» appare irrinunciabile, alla luce dei progressi conseguiti e del miglioramento della prognosi ostetrica ad essa correlata. Sarà tuttavia preciso compito ed impegno etico del curante limitare gli interventi, incluso il taglio cesareo, ai casi in cui esista una precisa, documentata indicazione, dandone completa informazione alla gestante e rendendola partecipe di ogni decisione. La comunità scientifica deve farsi carico dell'impegno culturale della elaborazione di protocolli di diagnosi e di selezione, che permettano il corretto riconoscimento delle condizioni di «normalità», nelle quali il rischio è ridotto al minimo imponderabile e non totalmente eliminabile, sempre presente negli eventi naturali e non comprimibile dalla scienza e dalle tecnologie. Infatti, la convinzione che il pericolo della morte per la madre e per il feto sia definitivamente allontanato dalle sale da parto moderne è convinzione fallace ed infondata, che urta contro precise evidenze statistiche (FELDMAN, cit.).

Per le partorienti cui sia riconosciuto un rischio minimo possono attuarsi procedure caratterizzate dal massimo rispetto e dalla massima naturalità, compatibili con standard ottimali di sicurezza operativa.

Se non sembra corretto suggerire in questa sede procedure o comportamenti che sono competenza delle Società scientifiche o delle commissioni di esperti, si ritiene invece di dover sottolineare la opportunità di ridurre all'indispensabile l'impiego di farmaci e di procedure più o meno invasive in funzione delle scelte, informate, della gestante.

Esperienze di soluzioni intermedie, del tipo «family centred delivery» o «home-like low-technology maternity care» possono essere suggerite come modelli di riflessione, prototipi da cui trarre spunto per ulteriori ricerche e progressi, in funzione di soluzioni di eccellente sicurezza assistenziale abbinata alla percezione della propria identità di madre, del proprio contesto familiare ed affettivo irrinunciabile in un tanto importante momento di esperienza.

Non si vedono quindi ragionevoli ostacoli ad una sorveglianza del battito fetale condotta in modo intermittente, secondo tempi e sequenze e modalità attentamente programmate, evitando alla gestante posture obbligate sia nel travaglio che nel parto, accettando le tecniche di rilassamento che siano proposte o richieste ed offrendo eventualmente l'alternativa di un'opzione «medicalizzata» come l'anestesia peridurale (v. capitolo).

Tutto questo, peraltro, non può essere affidato ad un semplice volontarismo, ma deve essere attentamente programmato nel contesto delle singole unità operative ostetriche, anche in funzione delle disponibilità tecnologiche, strutturali, di organico delle unità stesse.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- ANCONA L.: *La profilassi biopsichica in ostetricia*, in BOMPIANI A. et al. (1 c.), pp. 13-20.
- BOMPIANI A., DELL'ACQUA S., PISCITELLI U., ROMANINI C. (a cura di): *Profilassi ostetrica e psicologica nella preparazione al parto*. Ed. SEU, Roma, 1975.
- CAMPBELL R. et al.: *Home bir this in England and Wales perinatal mortality according to intended place of delivery*. «Brit Med. J.» 1984, 289; pp. 721-724.
- CHALMERS I.: *Schizophrenia in Obstetric: Practice: not intervening is negligence, intervening is assault*. Relazione al Convegno «Culture del Parto». Genn. 1985. Amm. Prov. Milano.
- CHALMERS I.: Trends and Varations in the use caesarean Delivery. In: Cleutch J. Ed. *Perinatal Medicine, Proceodings of the IX European Congress of Perinatal Medicine*. Lancaster, MT Press Italy, 1985.
- CERUTTI R.: *La psicoprofilassi ostetrica quale momento di un programma di igiene mentale*. In: *Ginecologia psicosomatica e psicoprofilassi ostetrica*. Piccin Ed., Padova, 1976.
- CERUTTI R.: *La psicoprofilassi ostetrica italiana*. Cleup Editrice, Padova, 1989.
- CISTERNINO A.: *Il ruolo attuale della psicoprofilassi ostetrica*. In Cerutti R.: (1 c.) pp. 311-314.
- DODSWELL T. et al.: *Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom?* «Brit. Med. J.» 1996, 312, pp. 753-757.
- FARAGIANA SCASSELLATI A. et al.: *Nuovi modelli di assistenza alla nascita*. (In Forleo e Sbiroli I. c.).
- FARAGIANA SCASSELLATI A., SCASSELLATI SFORZOLINI G.: *L'uso della sedia ostetrica e la PPO: analisi di quattro anni di esperienza professionale*. In Atti del Congresso di Catania, 1985.
- FELDMAN G.B.: *Prospective risk of stillbirth*. «Obstet. Gynecol.» 1992, 79, pp. 547-553.
- FORLEO R., SBIROLI C.: *Per una nuova assistenza alla nascita*. CIC Ed. Int., Roma, 1987.
- FORNARI F.: *Codice materno e disturbi della femminilità*. In: *Ginecologia psicosomatica e psicoprofilassi ostetrica*. Piccin Ed., Padova, 1976.
- GAGLIARDI L., BUSSOLINO S.: *La nascita fra natura e tecnologia*. In: Cerutti R. (1 c.) pp. 359-364.
- HAFNER-EATON C., PEARCE L.D.: *Birth choises, the law and medicine: balancing individuals freedoms and protection of public's health*. «J. Health Polit. Policy law» 1994, 19, p. 81 e ss.

- LEBOYER F.: *Per una nascita senza violenza*. Bompiani Ed., Milano, 1975.
- MAC VICAR J. et al. : *Simulate home delivery in hospital: a randomized controlled trial*. «Brit. J. Obstet. Gynaecol.» 1993, 100, pp. 316-323.
- MALCOVATI P.: *Stato attuale del problema del parto psicoprofilattico*. «Minerva Ginecologica» X/1, 1958, pp. 18-24.
- MALCOVATI P.: *Stato attuale del problema del parto psicoprofilattico*. Introduzione a *Sarò Madre*, Ed. Rizzoli, Milano, 1960.
- MIRAGLIA F.: *Aspetti psicologici dello stato giuridico*. In: *Profilassi ostetrica e ginecologica nella preparazione al parto*. Ed. SEU, Roma, 1975.
- MIRAGLIA F.: *Obstetric psychoprophylaxis has now come into its own*. In: Prill H.J. e Strauber M. (Ed.): *Advances in psychosomatic obstetrics and Gynecologys*. E. Springer-Verlag, Berlin, 1982.
- NORDIO S.: *Divenir padri*. F. Angeli Ed. Milano, 1983.
- ORLANDINI E.: *La psicoprofilassi ostetrica e le sue origini storiche*. In: *Per una cultura medica in psicoprofilassi ostetrica*. «Nascere», Ed. Mattioli, Fidenza 1988.
- PISCICELLI U.: *Il vissuto respiratorio nella preparazione al parto indolore*. Atti del I Congresso Int. Training autogeno, Milano, 1968.
- PISCICELLI U.: *La psicoprofilassi ostetrica*. «Progresso Scientifico» Ed., Roma, 1993.
- PISCICELLI U.: *Training autogeno respiratorio*. Piccin Ed., Padova, 1993.
- ROMANINI C., ATTANASIO S., TRANQUILLI A.: *Attualità sulla psicosomatica*. In: *Ginecologia e ostetricia*. C.I.C. Ed., Roma, 1987.
- SAKALA C.: *Midwifery care and out-of-hospital birth settings how do they reduce unnecessary cesarean section births?* «Social Sci. Med.» 1993, 37, pp. 1233-50.
- Zanetti M. et al.: *Modificazioni dell'assistenza ostetrica indotta dalla presenza del partner in sala parto* (in Forleo e Sbiroli l.c.).
- WALDENSTROM U., NUSSON C.A.: *Experience of childbirth in birth center care. A randomized controlled study*. «Acta Obstet. Gynecol. Scand.» 1994, 73, pp. 547-554.
- WOODCOCK H.C. et al.: *A matched cohort study of planned home and hospital births in Western Australia 1981-1987*. «Midwifery» 1994, 10, pp. 125-135.

## LA TUTELA GIURIDICA E SOCIALE DELLA MATERNITÀ

Un aspetto che riveste rilevante importanza, nell'esame dei problemi bioetici connessi alla gravidanza ed al parto, riguarda gli aspetti etico giuridici relativi alla tutela della gestante e della partoriente e del nascituro, ed i possibili conflitti fra «interessi» materni e fetali, che in talune situazioni possono non coincidere.

Mentre verrà offerto, in allegato, un testo analitico sulle norme giuridiche sin qui elaborate, appare necessario – in questa sede – richiamare alcuni concetti generali.

La Carta Comunitaria dei diritti sociali fondamentali dei lavoratori del 1989, cui è seguita la direttiva sul luogo di lavoro e la direttiva 92/85 del 19.10.92 sulla protezione delle donne gestanti e puerpere, assicura oggi alle lavoratrici appartenenti ai 15 Paesi dell'Unione europea, una protezione speciale durante la gravidanza e la maternità. Studi specifici avevano posto in rilievo insufficienze e lacune nelle regolamentazioni vigenti in alcuni Stati membri. La necessità di imporre standard minimi che non pregiudicassero le legislazioni più garantiste ha portato alla emanazione della Direttiva menzionata. In essa vengono previste a favore della lavoratrice in maternità particolari condizioni sul lavoro: modifiche all'orario di lavoro ed assegnazione di lavoro alternativo; divieto alle lavoratrici gestanti e nel periodo di allattamento di essere esposte ad agenti fisici e biologici tossici, diritto alla retribuzione per il periodo di riposo, congedo senza perdita della retribuzione per effettuare esami prenatali.

La normativa italiana è più garantista di quella comunitaria, in quanto prevede un congedo di maternità più lungo (20 settimane) con retribuzione (l'80% del normale) a carico della previdenza sociale, garantisce il mantenimento del posto di lavoro fino ad un anno dal parto, impone una efficace prevenzione contro gli agenti fisici (sino a 7 mesi dopo il parto) ed una prevenzione nei confronti degli agenti biologici (divieto di esposizione a vernici, piombo ecc. ...).

La normativa comunitaria ed italiana puntualizzata sull'argomento ci induce a delle riflessioni *bioetiche* sulla funzione sociale della maternità, sulla tutela dei diritti della donna madre, sulla tutela dei diritti del concepito quale titolare di posizioni giuridiche soggettive.



## **Funzione sociale della maternità**

La bassa natalità in Europa e nei Paesi industrializzati ha reso gli Stati consapevoli della necessità di una specifica protezione della maternità per le lavoratrici, della necessità di proteggere la salute della madre e del concepito, di assicurare una sicurezza adeguata sul luogo di lavoro in quanto la partecipazione della donna (in età riproduttiva) alla attività economica del Paese è un dato incontrovertibile.

È stata prospettata l'ipotesi che la normativa sulla parità di trattamento fra uomini e donne in materia di lavoro venisse a violare il principio di uguaglianza formale sancito dalla Costituzione italiana (art. 3). In realtà trascurare la diversità naturale fra uomo e donna, collegata alla specifica funzione riproduttiva svolta dalla donna, equivarrebbe a lasciare che tale funzione limitasse l'uguaglianza sostanziale fra i sessi; tutelare invece la donna nel momento della maternità consente realmente una sua permanenza effettiva nel mercato del lavoro. Il tener conto delle diversità naturali consente così di passare da una uguaglianza formale ad una uguaglianza sostanziale senza violare la parità di diritti.

La Corte di Giustizia europea ha recentemente precisato che non costituisce discriminazione fondata sul sesso né viola il principio di parità uomo-donna la impossibilità di licenziamento della donna incinta (Sent. Webb del 14.7.94 causa C 32/93; Sent. Speybrouck 28.1.92 causa T 45/90; Sent. Gillespie 13.2.96 causa C 342/93; Sent. 8.11.90 Dekker causa C 177/88; Sent. 8.11.90 Hertz causa C 179/88).

A livello italiano va ricordato che la normativa sulla parità di trattamento fra uomini e donne e la tutela della lavoratrice madre è stata oggetto di valutazione della Corte Costituzionale che ha esteso anche al padre lavoratore il diritto di astenersi dal lavoro nei casi contemplati dalla legge 903/77 ove la donna rinunci ad avvalersene o se l'assistenza della madre al bambino sia diventata impossibile per decesso o grave infermità della donna (Sent. Cost. n. I del 14.1.77; Sent. Cost 13.4.90 n. 215). Una sentenza della Corte Costituzionale (n. 93/95) ha dichiarato applicabile alla lavoratrice domestica il divieto di licenziamento in caso di maternità anche di donne straniere.

Da quanto esposto si evince che i diritti attribuiti alla donna non collegati alla maternità e al parto sono diritti rivolti prevalentemente alla tutela del bambino mentre la normativa di protezione sulla salute coinvolge sia la donna sia il concepito.

## **Diritti della partoriente in tema di filiazione**

Nell'ambito della tutela della maternità e della funzione sociale che lo Stato deve svolgere nei confronti dei «nascituri» o dei «neonati» sarebbe

opportuna una puntuale informazione alle gestanti in difficoltà dei diritti che esse hanno nei confronti del figlio.

La disinformazione sui loro diritti porta non raramente all'abbandono selvaggio del figlio e, purtroppo, seppure in rari casi, all'infanticidio. Fatti di cronaca quotidiani ci inducono a ritenere necessaria una chiarificazione dei diritti della partorientente in tema di filiazione.

Questa deve essere edotta sulla disciplina italiana vigente in tema di «diritto al segreto del parto» e del diritto a «riconoscere» o a «non riconoscere» il figlio naturale. Anche se la partorientente è coniugata può dichiarare di non voler essere nominata nell'atto di nascita; non risultando il nome della partorientente non è ammesso, se coniugata, identificarne il marito attraverso il meccanismo delle presunzioni legali. Questo principio è stato riaffermato nella recente sentenza della Corte Costituzionale (n. 171/94) che puntualizza il diritto della partorientente, anche se coniugata, a non essere nominata nell'atto di nascita del figlio; di conseguenza non sarà possibile individuarne il marito e rendere operativa la presunzione di paternità dello stesso (Sentenza 7 aprile 94 n. 171 in C.U. serie speciale n. 20 pag. 29).

Ove la donna non voglia riconoscere il figlio, questo dovrà essere denunciato rispettando la volontà della madre di non voler essere nominata. La legge 15 maggio 1997 n. 127 pur innovando sulle modalità di denuncia dell'atto di nascita ribadisce all'art. 2 la possibilità per la donna di non essere nominata nell'atto di nascita del figlio.

La legge italiana a differenza di molte legislazioni straniere per le quali *mater semper certa est* ha preferito non obbligare la madre al riconoscimento per ovviare il rischio che il bambino venga soppresso prima o dopo il parto onde evitare una maternità illegittima o indesiderata.

La nuova legge sul diritto di famiglia del 1975 consente espressamente il riconoscimento del figlio naturale tanto da parte della madre che da parte del padre anche se già uniti in matrimonio con altra persona all'epoca del concepimento (art. 250 c.c. e Cass. 2.467 n. 3184). Il riconoscimento non produce effetti, se non nei confronti del genitore che l'effettua e deve essere conforme alla verità genetica: in caso contrario è impugnabile per difetto di veridicità e di alterazione di stato del reale rapporto di procreazione (art. 567 c.p.).

Il preminente valore di verità nei rapporti di filiazione (contro il favor legitimitatis dominante nella originaria stesura del codice civile) rende tutt'ora vigenti le norme incriminatrici in tema di «alterazione di stato» mediante attestazioni o false certificazioni.

La rigorosa applicazione di questo principio fa sì che la presunzione di paternità venga meno in caso di inseminazione artificiale eterologa, ponendo a serio rischio lo status giuridico del nato a seguito di tali procreatiche.

La presunzione di paternità di cui all'art. 231 c.c. non costituisce una presunzione assoluta, infatti non opera per il solo fatto della nascita da

donna coniugata ma presuppone la formazione dell'atto di nascita di figlio legittimo. Mancando il rapporto biologico l'atto che dichiara il figlio come legittimo è stato ritenuto falso in quanto volto ad alterare la realtà del rapporto di procreazione assegnando al nuovo nato uno stato civile non veritiero dal punto di vista biologico. Lo status civile di un neonato, infatti, non rientra nella disponibilità dei privati.

Ne consegue che ove il figlio sia nato a seguito di fecondazione eterologa questo non potrebbe essere dichiarato all'ufficiale di stato civile dalla coppia coniugata, come figlio legittimo ma dovrebbe essere dichiarato come figlio naturale di donna coniugata ed il marito potrà chiedere l'adozione speciale di chi è coniugato con un genitore naturale (art. 44 Legge n. 184 1983 sull'adozione). (Trib. di Rimini 24.3.1995 in *Diritto di famiglia* 1996 p. 569 con note di G.M. UDA e L. TOSATI). La Corte Costituzionale è stata investita dal Tribunale di Napoli sulla legittimità dell'art. 235 del c.c. e sulla possibilità di disconoscere la paternità del figlio concepito con il consenso del marito mediante la inseminazione artificiale; una pronuncia in tal senso è imminente.

### **Tutela giuridica del concepito**

Esiste un diritto del concepito come centro autonomo di rapporti giuridici in previsione ed in attesa di divenire persona in senso giuridico?

La Convenzione di New York nel riconoscere al fanciullo la «necessità di una protezione e di cure particolari, ivi compresa una protezione legale appropriata sia prima che dopo la nascita» (Preambolo) fornendo alla madre adeguate cure pre-natali e post natali (art. 17) impegna gli Stati ad interventi di protezione del nascituro.

La tutela della salute dell'individuo e l'interesse della collettività (art. 32 Cost) sono diritti sanciti a livello costituzionale.

Ci si può domandare se sia legittimo un intervento a tutela del concepito da parte di organi amministrativi o giudiziari nei casi in cui la gestante non abbia cura del suo stato (tossicodipendente, malata di mente ecc. ...). Può essere compreso fra i diritti del concepito anche il diritto a nascere sano? Spetta al minore il diritto al risarcimento del danno per fatto illecito verificatosi quando la capacità giuridica non era stata ancora acquisita? Anche se sotto il profilo giuridico il concepito non ha «personalità giuridica» fino all'evento nascita è pur sempre un soggetto che ha rilevanza costituzionale.

Sulla situazione del concepito va ricordata la sentenza della Corte Costituzionale (18.2.75 n. 27) la quale ha affermato: che la tutela del concepito ha «fondamento costituzionale» in quanto l'art. 31 impone la protezione della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio; – che fra i drit-



ti inviolabili dell'uomo riconosciuti e garantiti dall'art. 2, deve collocarsi, sia pure con caratteristiche sue proprie, la situazione del concepito stesso; – che sono diritti fondamentali anche quelli relativi alla vita e alla salute della donna gestante.

La successiva legge (22.5.78 n. 194) sulle «Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza» proclama all'art. 1 che lo Stato... «riconosce il valore sociale della maternità e tutela la vita umana dal suo inizio», cioè dal concepimento. Infatti la interruzione della gravidanza, ammessa solo entro i primi novanta giorni (art. 4) o in casi eccezionali dopo tale data (art. 6), è sanzionata penalmente al di fuori dei casi e delle modalità consentite. Ne consegue che, in assenza delle condizioni che consentono l'interruzione della gravidanza, il concepito matura la *legittima aspettativa* alla nascita e la legge stessa – come abbiamo già ricordato – si premura di assicurare con l'art. 7, «ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto» quando sussiste la mera «possibilità» di vita autonoma.

La Corte Costituzionale (Sent. n. 5 del 1997) nel giudizio di inammissibilità del referendum di iniziativa popolare, volto a liberalizzare la interruzione volontaria della gravidanza, facendo cadere i controlli amministrativi e giurisdizionali attualmente previsti, nonché la connessa fattispecie incriminatrice dell'aborto, ha ribadito il principio che la vita umana debba essere tutelata sin dal suo inizio. Richiamando la giurisprudenza costituzionale ha puntualizzato che «il diritto alla vita, inteso nella sua estensione più lata, sia da iscriversi fra i diritti inviolabili, e cioè tra quei diritti che occupano nell'ordinamento una funzione, per dire così privilegiata in quanto appartengono all'essenza dei valori supremi sui quali si fonda la Costituzione italiana».

Il C.N.B. nel Parere del giugno 1994 sulle Tecniche di Procreazione assistita ha già avuto modo di riaffermare il diritto dei figli ad avere uno status certo ed incontrovertibile e a non dover subire discriminazioni nei rapporti giuridici e sociali in ragione delle circostanze della propria nascita.

È opportuno ricordare che ove il figlio non venga riconosciuto dalla madre o dal padre, sarà dichiarato dal Tribunale per i Minorenni in stato di adottabilità (art. 11, l.184/83) stante il diritto di ogni bambino ad essere allevato in una famiglia stabile e a crescere in un ambiente familiare in un clima di benessere e di amore (legge sull'adozione n. 184/83; Convenzione di New York sul diritto del fanciullo del 1989; Convenzione dell'Aja del 1983 sulla protezione dei minori e sulla cooperazione in materia di adozione internazionale).

Per una maggiore tutela della maternità sarebbe opportuno rendere noto e precisare i diritti alle gestanti straniere puntualizzando la possibilità di far nascere il bambino in Italia, non riconoscerlo e rimanere anonime.



Il diritto alla vita è un diritto inviolabile che concerne anche le donne straniere in maternità che non possono essere espulse dopo il terzo mese (art. 7 comma 9 lettera *d*) D.L. 132/96). L'art. 8 precisa inoltre che la tutela della maternità responsabile e della gravidanza è applicabile anche alle straniere temporaneamente presenti sul territorio. Va fugata la paura delle partorienti non in regola con il permesso di soggiorno, di essere schedate in ospedale al momento del parto in quanto le cure urgenti per maternità sono riconosciute dall'art. 13. Questo recita che l'accesso dello straniero alle strutture sanitarie non comporta alcun tipo di segnalazione a parità di condizione con il cittadino italiano.

Solo con la nascita il concepito acquista la capacità giuridica.

Una recente sentenza della Cassazione (22.11.93 n. 11.503 in Foro it. 1994 p. 2480) chiarisce la posizione giuridica del feto una volta venuto ad esistenza (e quindi è divenuto soggetto) ed il diritto alla tutela della sua salute, tutela della salute che non deve ritenersi limitata alla attività che si esplica dopo la nascita, ma deve ritenersi estesa al dovere di assicurare le condizioni favorevoli nel periodo che la precede onde garantire l'integrità del nascituro anche per le prestazioni che siano effettuate anteriormente alla nascita. Ne consegue che ove venga accertato un rapporto di causalità fra un comportamento colposo anteriore alla nascita ed il danno che ne sia derivato al soggetto che, con la nascita ha acquistato la personalità giuridica, sorge per questo il diritto autonomo al risarcimento del danno cagionato alla sua salute anteriormente alla nascita (sul punto vedi: AA.VV. Questioni di etica e di responsabilità nella diagnosi prenatale. in *Diritto di famiglia e delle persone*, 1994, p. 412).

Il legislatore pur non attribuendo al feto la personalità giuridica, ha però inteso tutelarne sin dal suo concepimento garantendogli, se non un vero e proprio diritto alla nascita, la possibilità che sia assicurata la sua salute durante la gravidanza della madre (prevenzione nelle donne in maternità contro i rischi da agenti fisici, biologici e tossici ecc. ...; diritto ad effettuare esami prenatali in orari di lavoro senza la perdita della retribuzione; riposo, sospensione dal lavoro, ecc. ..., *Direttiva 92/85*; *Legge 1971 n. 1204*; *Legge 1976 n. 1026*; *Legge 1977 n. 903*, ecc.).

Né è possibile obiettare che il feto sia parte del corpo materno in quanto la normativa richiamata dimostra che si tratta di una entità distinta tutelata anche contro gli eventuali atti lesivi o attentati che provengono dalla stessa madre (esempio aborto al di fuori delle ipotesi consentite e previste dalla legge).

### **Le ipotesi di conflitto di interessi fra gestante e feto**

Quanto richiamato induce a soffermarci su questo argomento, affiorato da qualche tempo nella società statunitense, ma che viene ormai

discusso anche nella letteratura bioetica e giuridica italiana con crescente interesse.

In linea di principio, possono ritenersi conflitti materno fetali tutte quelle situazioni in cui l'interesse della madre e l'interesse del nascituro non sono fra loro, almeno in qualche riguardo, compatibili.

Da quanto esposto, risulta che i principali interessi di cui viene ritenuto portatore il bambino ancora non nato sono quelli di vivere, di essere in buona salute, di non soffrire.

Questi «interessi», nella recente evoluzione dottrinale, tendono a divenire sempre più «diritti» (esigibilità verso terzi).

Altri diritti, quali ad es. il diritto all'autodeterminazione, non sono solitamente riconosciuti al nascituro <sup>28)</sup>.

Tutti i conflitti materno-fetali sono quindi conflitti tra l'interesse del bambino e uno o più diritti della madre. In particolare con i diritti della madre:

- 1) all'autodeterminazione;
- 2) alla difesa della propria integrità corporea;
- 3) alla salute.

### *1. Conflitti con il diritto all'autodeterminazione della donna*

Tutte le scelte della madre che possono, secondo diversi gradi di probabilità, danneggiare la salute del bambino, comportano inevitabilmente conflitti tra diritto all'autodeterminazione della donna e diritto alla salute del bambino.

– Attività fisiche, sportive, ludiche e lavorative che comportino un rischio per la salute, l'integrità fisica, o la stessa sopravvivenza del bambino.

– Stili di vita, abitudini alimentari, tossicomanie di ogni tipo che possano compromettere gli equilibri metabolici e lo sviluppo stesso del bambino.

– Scelte relative al parto che possano mettere a rischio la vita del bambino e che siano determinate da credenze filosofiche o religiose, o da altra convenienza non specificamente medica (ad esempio rifiuto del parto medicalizzato anche in condizioni di rischio, oppure scelta del momento del parto in base a valutazioni individuali indipendentemente dalla migliore scelta per il bambino).

I valori in gioco in tutti questi casi sono da un lato la salute e la vita del bambino, e dall'altro la libertà della madre. Nel dibattito attuale si

---

<sup>28)</sup> Chi non riconosce che il bambino prima della nascita sia portatore di diritti, non riconosce neanche l'esistenza di conflitti materno-fetali ma ritiene che essi siano solo conflitti materno-sociali variamente mascherati (Tooley M.: *Abortion and Infanticide*, Philosophy & Public Affairs, Princeton University Press 1972, 37-65).

tende ad affermare che la commensurabilità di questi valori dovrebbe dipendere dalle singole circostanze, poichè, a volte a fronte di una minima limitazione della libertà materna si avrà una significativa riduzione dei rischi per la salute del bambino, mentre, altre volte, un sacrificio importante della libertà materna potrà corrispondere solo ad una minima variazione dei rischi di salute per il bambino.

## *2. Conflitti con il diritto all'integrità corporea della donna*

Lo sviluppo delle tecniche di diagnosi e terapia fetale già permette e sempre più permetterà in futuro di effettuare interventi diagnostici e terapeutici sul feto. L'uso di queste tecniche implica, tuttavia, un'invasione del corpo materno e, in alcuni casi, una lesione della sua integrità fisica, dei suoi confini cutanei o mucosi.

L'invasività delle diverse metodiche varia ampiamente andando da un semplice prelievo di sangue sino alla chirurgia fetale effettuata per via endoscopica. Indipendentemente dal fatto che alcuni di questi interventi possano essere pericolosi per la salute della madre, va segnalato che tutti, nessuno escluso, comportano che la madre renda disponibile per il bene del bambino il proprio diritto all'inviolabilità corporea. Si tratta, cioè, di un caso intermedio: non essendo né riconducibile al caso 1 (non è qui in gioco il principio di autonomia della donna), né al caso 3 (la salute della donna non è messa in pericolo). Il diritto che qui è in gioco è il diritto a non avere violata l'integrità del proprio corpo.

I valori in gioco sono quindi da un lato la promozione della salute del bambino e, dall'altro, il rispetto dell'integrità corporea della madre. Anche in questo caso vi sono gradazioni diverse di questi diritti, poichè si va dal caso in cui la violazione dell'integrità corporea della madre si verifica per futili motivi, tali cioè da non configurare un reale interesse del bambino ma solo un interesse del medico a raccogliere dati per scopi di ricerca, sino a condizioni in cui, invece, la violazione dell'integrità corporea della madre permette di salvare la vita al nascituro.

## *3. Conflitti con il diritto alla salute della donna*

Un terzo gruppo di conflitti riguarda tutte quelle situazioni in cui da un punto di vista medico il migliore interesse della madre o del bambino non può essere perseguito senza rischiare di provocare un danno all'altro membro della coppia. Ci sono due possibili situazioni:

1) Procedure diagnostiche o terapeutiche, o trattamenti a cui la madre è consigliata di sottoporsi per il proprio bene e che possono danneggiare il nascituro (es. la madre si deve sottoporre ad un trattamento antineoplastico);

2) procedure diagnostiche o terapeutiche, o trattamenti a cui vi è indicazione di sottoporre il nascituro e che possono danneggiare la madre (es. interventi di chirurgia fetale).

I valori in gioco riguardano in questo caso direttamente la salute della madre contrapposta alla salute del bambino. Anche qui la commensurabilità di questi valori è data dal grado di rischio per l'integrità e benessere che viene preso in considerazione, in rapporto a quei determinati metodi terapeutici che vengono consigliati.

Spesso, è nella scelta dei metodi che può ottenersi una efficace salvaguardia degli uni e degli altri interessi.

Comunque, finché il feto non raggiunge la capacità di vita autonoma resta *ex lege* fondamentale la tutela della vita e della salute materna. La questione è, tuttavia, resa più complessa dal fatto che, spesso, condizione per la sopravvivenza del bambino è proprio la sopravvivenza della madre. In questi casi bisogna perseguire la salvezza della madre anche per ottenere la salvezza del figlio.

### *La coercizione nei conflitti materno-fetali*

Un'importante conseguenza di questa classificazione dei conflitti materno-fetali è quella di rendere evidente che, se anche da un punto di vista legale non è possibile obbligare la madre a rinunciare ad un suo diritto in favore del nascituro<sup>29)</sup>, vi sono tuttavia situazioni in cui l'eventuale coercizione sembrerebbe moralmente giustificabile data la sproporzione dei beni in gioco.

Gran parte dei conflitti si possono risolvere con un'opportuna e illuminata opera di convincimento della gestante. Tuttavia, alcuni AA. hanno affacciato anche l'ipotesi della coercizione, per quanto si affermi che la semplice nozione di coercizione sia inadatta a rendere conto della com-

---

<sup>29)</sup> Secondo la legge italiana vi sono solo cinque evenienze per cui una persona può essere sottoposta ad un trattamento medico contro la propria volontà:

1. In caso di un rischio immediato per la vita della persona senza che vi sia la possibilità di spiegare la situazione o che il paziente sia in grado di comprenderla. In questo caso un rifiuto al trattamento è considerato non efficace (R.D. 19/1/30, n. 1390). Il consenso è presunto perché si ritiene che il dissenso sia dovuto o a un'assenza o a un'impossibilità a comprendere l'informazione ricevuta. Vale tuttavia la pena di notare che, perché sia lecito, il trattamento deve essere: *i)* proporzionale al rischio; *ii)* assolutamente improcrastinabile da un punto di vista medico. In assenza di questi due criteri, o anche di uno solo di essi, il medico che non rispetti la volontà del malato è perseguibile per lesioni procurate.

2. Vaccinazioni obbligatorie (L. 1/3/1963, n. 292).

3. Malattie sessualmente trasmissibili, tubercolosi e lebbra (L. 26/7/1956, n. 897).

4. Tossicodipendenza (legge n. 126, 26/6/1990). Tuttavia è il caso di notare che in conseguenza del referendum popolare dell'Aprile 1993, sono abolite le sanzioni penali per i tossicodipendenti che si rifiutano di sottomettersi ad un trattamento curativo.

5. Malattie mentali (art. 33, L. 13/5/78, n. 180). Il legislatore, pur affermando il principio che il malato mentale non può essere sottoposto a trattamento contro la propria volontà, ammette la possibilità, sotto particolari garanzie di legge e come evento straordinario, di trattamenti sanitari obbligatori.



plexità delle opzioni possibili, dovendosi preferire l'idea di uno «spettro coercitivo»<sup>30</sup>).

Ciò premesso, dobbiamo riconoscere che – almeno nella attuale situazione italiana – le situazioni di conflitto fra interessi materni e fetali possono ricondursi a due paradigmi: il primo riguarda abitudini di vita della madre potenzialmente nocive per il feto (fumo, alcool, uso di droghe, lavoro in ambiente nocivo) il secondo la necessità che la madre si sottoponga ad interventi più o meno invasivi, di carattere diagnostico o terapeutico, esclusivamente rivolti al benessere fetale (quindi non rilevanti per la salute materna) e dalla cui omissione può derivare danno al feto stesso<sup>31</sup>).

È evidente, nella casistica tratteggiata, che se esistono interessi potenzialmente conflittuali, notevole differenza si riscontra anche nella «natura» degli interessi medesimi, che nel caso della madre consiste nel dover sopportare sintomi sgradevoli e rinunciare alla propria libertà di azione, mentre per il feto coinvolge il pericolo della vita stessa.

Questa rilevante differenza di «peso specifico» fra le due posizioni sembra chiarire, sul piano bioetico, la soluzione del problema, stante la *diversa rilevanza del beneficio che può derivare* alla madre e rispettivamente al feto dal prevalere del rispettivo interesse specifico. E d'altra parte se è vero che la madre deve considerarsi la legittima rappresentante e depositaria dell'interesse fetale, ed a lei quindi spetta in definitiva la decisione nel merito, è altrettanto chiaro che questo ruolo le compete solo finché agisce in favore del feto stesso, anche a costo di personale sacrificio.

A questo proposito non si può sottacere un possibile problema d'ordine giuridico, che abbiamo già intravisto nell'ipotesi di «coercizione».

---

<sup>30</sup> Feinberg (Feinberg J.: *The moral limits of the criminal law*. Oxford University Press, 1983, New York) distingue lo spettro delle forze coercitive utilizzando il parametro delle alternative lasciate al soggetto. Innanzitutto egli considera la *compulsion proper*, in cui non si lascia alcuna alternativa alla persona e che corrisponde ad un vero e proprio ordine di trattamento, pagando un'amenda o scontando un periodo di detenzione; infine considera la *coercion proper* e la *coercion pressur*e, che lasciano intatto lo spettro delle alternative basandosi sul rendere alcune di queste svantaggiose (si tratta di un'applicazione del principio del rinforzo negativo, cioè di un «sistema a punizione»). In conclusione Feinberg discute anche le tecniche di manipolazione seduttiva che operano secondo un meccanismo di rinforzo positivo, applicando, cioè, un «sistema a ricompensa».

<sup>31</sup> È questo il caso, ad esempio, in cui la madre deve sottostare alla somministrazione di farmaci che comportano rilevanti effetti collaterali negativi o comunque sgraditi, la cui azione terapeutica è esclusivamente diretta al benessere fetale. In talune forme di cardiopatie fetali è necessario somministrare farmaci cardioattivi utilizzando l'organismo materno come veicolo, talora dovendosi raggiungere dosaggi non trascurabili; in altre occasioni la terapia necessaria al feto gli viene somministrata attraverso l'iniezione nel cordone ombelicale, che chiaramente può raggiungersi solo attraverso la puntura dell'addome materno.

Molte altre situazioni analoghe sono ipotizzabili, con riscontri di incidenza molto diversa; la più frequente, nella patologia ostetrica, è la minaccia di parto prematuro il cui trattamento può comportare la somministrazione prolungata di farmaci che hanno molti effetti collaterali indesiderabili per la madre la quale, oltre a sopportare tali effetti, deve anche rinunciare alla propria attività per osservare periodi spesso assai prolungati di riposo (v. anche il capitolo sul parto prematuro).

Infatti risulta dalla letteratura che il principio della tutela del diritto alla salute del feto è stato in più occasioni ribadito, mentre non risultano enunciazioni giuridiche in base alle quali venga formalmente sancito il dovere della madre di sottostare a terapie o comunque ad interventi rivolti alla tutela stessa.

La recente evoluzione della medicina perinatale renderebbe necessaria tale precisazione nei confronti dell'obbligo materno, che peraltro potrebbe trovare un fondamento giuridico nell'articolo 40 del Codice Penale, II Comma, che stabilisce che «non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo». In questa specie infatti è chiaro che la madre, come rappresentante legale «naturale» del feto, ha l'obbligo di fare quanto possibile per impedirne la morte, o il danno di salute derivante dalla mancata terapia, o anche dalla nascita prematura clinicamente non motivata, da cui deriva implicitamente l'obbligo a sottostare alle misure necessarie a tale tutela.

È peraltro necessario ricordare come in altri Paesi il problema sia stato affrontato, e come la tendenza prevalente, per esempio negli Stati Uniti, sia quella di affermare in modo pressochè assoluto il principio dell'autonomia della donna. Questo potrebbe essere superato per specifica disposizione del Tribunale in situazioni particolari e specifiche, fermo restando che, anche in chiave utilitarista, esiste l'interesse della donna che il feto nasca per quanto è possibile sano. Secondo l'American Academy of Pediatrics Committee on Bioethics, ad esempio, sono necessarie tre condizioni per imporre alla donna un intervento nell'interesse fetale: che il trattamento che viene imposto comporti un basso rischio, che vi sia la dimostrata certezza del danno inevitabile del feto in assenza del trattamento stesso, e che il trattamento sia adeguato e con alta probabilità di efficacia. Ma a commento di questo statement PINKERTON e FINNERTY (1996) rilevano la difficoltà di stabilire quale sia il «basso» rischio, così come la certezza del danno o la efficacia del trattamento: definizioni forse semplici da enunciare, ma certamente assai più complesse da tradurre in quantificazioni concrete di fronte al caso clinico. Più lineari sono probabilmente le «condizioni» suggerite da STRONG (1991), secondo cui «il trattamento deve comportare rischio insignificante o assente per la salute della madre; vi siano motivi che costringano a superarne l'autonomia; sia fortemente probabile un danno sostanziale per il feto in assenza dell'intervento; che l'intervento possa prevenire il danno sostanziale per il Feto».

In ogni caso, pur non risultando titolare di diritti specifici, il *feto viene visto come un paziente. Il principio dell'autonomia materna risulta sostanzialmente sempre dominante, ma i criteri di beneficiabilità e di non maleficenza possono giungere a superarlo, almeno sotto determinate condizioni ed attraverso ben precise procedure.*

## **Il Parto Cesareo a richiesta: «Autonomia» della partoriente e «beneficialità» dell'ostetrico. In che misura i desideri espressi dalla partoriente debbono essere considerati?**

La evenienza storica che paradigmaticamente riassume quasi tutte le possibili opzioni comportamentali del medico, ponendo fondamentali questioni di indole deontologica ed etico-giuridica, è rappresentata dal cosiddetto «parto cesareo d'indole compiacente».

La discussione bioetica che al proposito si svolge, richiede qualche preliminare chiarimento sul «gioco del ruolo» (della partoriente e dell'ostetrico) anche nei confronti di questa operazione ostetrica.

La sussistenza di una *indicazione terapeutica codificata* riconduce il problema del ricorso al parto cesareo (p.c.) nell'ambito delle potestà mediche sorrette da una valida impostazione diagnostica ed assicurate da precise valutazioni in ordine alla analisi di rischi e dei benefici, comparativamente commisurati alla alternativa del parto naturale. In proposito ricorrono le linee guida dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO: Rapporto sulla tecnologia appropriata per la nascita 1985) che, per l'autorevolezza della fonte donde provengono, documentano di per se stessa la rilevanza socio-sanitaria del tema. Il ricorso o meno al parto cesareo (p.c.), inteso come provvedimento clinico imposto da fattori di chiaro rilievo patologici non ha per confini, nel caso appunto di indicazione terapeutica, che, da un lato la sintesi scienza / coscienza del medico – che ne deve comunque connotare la libertà di scelta – dall'altro la responsabilità professionale intesa come dovere di rispondere ad istanze morali, deontologiche, giuridiziarie.

Naturalmente, valgono per la fattispecie i principi fondamentali del consenso informato, fermo restando il duplice impegno che differenzia da ogni altra la prestazione dell'ostetrico, il quale deve dirigersi, fin quando possibile, verso la contemporanea salvaguardia della vita e della salute della madre (consenziente o dissenziente) e del feto, che nella fase del parto (durante il parto: in analogia con l'art. 578 c.p.) gode ormai di una tutela assoluta. Come si dice con efficacia, per l'ostetrico duplice è la «soggettività» di ogni programma di cura.

La necessità di salvaguardare l'incolumità del feto deve, è ben vero, confrontarsi con il 'limite soggettivo all'intervento del medico rappresentato dal consenso della gestante, in quanto il consenso resta la garanzia di un diritto di libertà personale che sempre e comunque legittima l'atto medico. Ed è del pari vero – in linea generale – che le uniche situazioni in cui il medico può operare in deroga al consenso sono rappresentate dai casi in cui sussista un'emergenza non altrimenti superabile e l'intervento sia assolutamente indispensabile ed improcrastinabile per salvaguardare la vita



del paziente se incapace di esprimere la propria volontà (vige allora la scriminante dello stato di necessità ex art. 54 c.p.). *Ma ancor più particolare è il caso del parto cesareo d'urgenza in cui il pericolo di danno grave alla persona è necessariamente riferito non solo alla donna (si fa l'esempio della viziatura pelvica, della minaccia di rottura d'utero, del distacco di placenta, ecc.) ma anche al bambino, per cui appare perfettamente razionale e lecita l'esecuzione di un parto cesareo senza consenso (e anche contro la volontà della partoriente) qualora l'omettere o il ritardare l'estrazione per via addominale del feto possa costituire grave pericolo per la sopravvivenza o per la salute della persona nascente (agli esempi precedenti potrebbero aggiungersi altri: ad es. grave sofferenza fetale, ecc.).*

*Diverso ha da essere il comportamento dell'ostetrico di fronte ad un rifiuto della gestante all'esecuzione di un taglio cesareo, quando vi sia pur sempre un'indicazione medica, ma non ricorra peraltro lo stato di necessità: in tali casi il medico non sembra essere legittimato ad eseguire un intervento contro la volontà della paziente.*

La giurisprudenza statunitense di pronunce relative al conflitto tra i diritti del feto e quelli della madre, conflitto più volte risolto dalle Corti giusto con la riaffermazione della libertà della madre di disporre e di scegliere riguardo al proprio corpo, subordina questa libertà all'interesse dello Stato di preservare la vita del feto, qualora sussistano concrete possibilità di sopravvivenza. Significativa è in tal senso la decisione della Corte di Appello del Distretto della Columbia che ha ordinato l'esecuzione di un taglio cesareo, in assenza di consenso della donna, al fine di preservare la salute del feto ritenendo che tale intervento seppure non avrebbe compromesso la salute della donna, avrebbe permesso la sopravvivenza del bambino.

*In definitiva il parto cesareo terapeutico già implica una eccezione alla regola del consenso (della donna), là dove la decisione della partoriente possa compromettere la vita del feto nascente: nel qual caso non solo lo stato di necessità ma anche i principi fondamentali della deontologia medica impongono di forzare una volontà che non può dispiegarsi a danno della vita di un terzo soggetto di diritti.*

*Ulteriori e più sofisticati problemi pone – invece – il parto cesareo volontario o non terapeutico, che discende da un'opzione della donna cui sono sostanzialmente estranee motivazioni mediche. Ne è stata compiuta di recente una analisi preoccupante anche nel nostro Paese, ove elevatissima è l'incidenza del parto cesareo, che ne analizza la crescente richiesta, suscettibile di «divenire preponderante in un contesto sociale futuro, nel quale la donna tende sempre più ad affermare la propria autonomia» relativamente alla risoluzione della «gravidanza» secondo indirizzi particolari e da lei stessa imposti.*



Il dibattito vede due posizioni.

Da un lato stanno coloro che ritengono che il ginecologo debba assecondare la richiesta della paziente, che rifiutando per motivi personali (spesso la paura di soffrire) un evento naturale rende disponibile il proprio corpo ad un intervento risolutore, ormai gravato da rischi minimali. Prevale in questa visione il concetto di «autonomia» della donna.

Dall'altro lato stanno coloro che ritengono il parto cesareo a richiesta e senza indicazione clinica come un intervento di comodo o di compiacenza. A parte la estraneità alla medicina di siffatte motivazioni causali, non possono non essere fatte presenti remore di indole psicologica (sono segnalate conseguenze negative sulla psiche della donna) oltre che deontologica (il medico non è tenuto ad interventi che contrastino con il suo convincimento clinico)<sup>32</sup>.

---

<sup>32</sup>) Il contrasto fra il principio di autonomia e principio di beneficiabilità è sottolineato anche da un lucido articolo di G. SERRA. Scrive: «Ma, ed è questo che agita i nostri dubbi, di solito, la scelta o richiesta di un cesareo non avviene in un clima calmo e consapevole, ma più spesso *durante il travaglio*, nell'agitazione che si produce in quel contesto nel quale dolore, paura, angoscia e fretta di arrivare alla conclusione, finiscono con il prevalere su ogni possibile determinazione. Proprio per le modalità con cui affiora, questa richiesta di cesareo appare nient'altro che un bisogno immediato di aiuto, una sollecitazione, disperata ed angosciata. Può questa *richiesta gridata* essere considerata una determinazione assoluta del proprio volere, ed essere vista alla stessa stregua di una richiesta analoga, ma fatta prima, nel momento di calma? Nella mia esperienza quasi tutte le donne, specie le primipare, ad un certo momento del travaglio, sollecitano un cesareo. Quasi un'invocazione, di fronte ad un avvenimento di così elevato contenuto emozionale come il travaglio. Sono donne ancora capaci di intendere e volere, ma impaurite, sconvolte, agitate dalla crudeltà di un evento sicuramente *naturale*, ma non per questo facile da affrontare. Come comportarsi? Fare il cesareo a tutte? È possibile. Per noi ostetriche sarebbe anche più semplice. Ma non è detto che, a posteriori, risulti la strada migliore. Per molte resterebbe il *rammarico di non essere riuscite* a partorire per via vaginale. Generalmente, dopo la richiesta verbale di cesareo, più o meno gridata, ma non sempre espressa con la stessa convinzione, ognuna reagisce con modalità diverse: alcune mobilitando tutte le proprie forze, altre restando confuse nei loro conflitti, altre ancora rimuovendo il nucleo della conoscenza. Molte, la più parte, quando poi riescono a partorire per via vaginale, ricorderanno anche con gratitudine la *dolcezza del diniego*, o la *fermezza espressa* nel credere alla loro possibilità di parto vaginale. Se ce ne fosse il tempo, molte di quelle confuse potrebbero ancora modificare il proprio approccio, la propria partecipazione, soprattutto se non ci fossero dolori ripetitivi ed incalzanti. Ma, purtroppo, in medicina, e soprattutto in ostetricia, non sempre è dato disporre di tempi così individualmente variabili. Sicché spesso o si decide di seguirne i desiderata, o si cerca di andare avanti, privilegiando le altre componenti ancora attive in un comportamento che vuole essere etico: *l'intento di far del bene, di non arrecare danno, e di considerare le risorse disponibili*.

Letica clinica presume che ogni paziente sia il miglior giudice dei propri interessi. Sul piano puramente legale il requisito di base è che il paziente sia *idoneo* (il cosiddetto *competent* anglosassone) a prendere decisioni. Tuttavia sappiamo che non sempre alla idoneità legale ne corrisponde una eticamente altrettanto certa: come proprio nel caso di pazienti molto conflittuali, molto emotivi, molto infantili. In tutti questi casi, se il medico si limitasse solo a registrarne la volontà, senza verificarne lo spessore riflessivo, o l'abilità a scegliere, e/o comunicare una preferenza rispetto ad altre, o la capacità di ragionare, in tutti questi casi forse si finirebbe con il convalidare scelte del tutto improprie. Mi domando se in questi casi di idoneità non del tutto certa, almeno in quei dati momenti, non possano anche prevalere gli altri supporti alla base del *prendersi cura di qualcuno*: saperlo sorreggere nei momenti più difficili, saperlo ascoltare con benevolenza, ma dando un significato non operativo alle deliberazioni, valutandone la volontà anche alla luce di quanto affermato prima, in momenti di minore angoscia.

L'analisi delle soluzioni cui la giurisprudenza conviene in contingenze analoghe (sul parto cesareo «*volontario*» non v'è ancora giurisprudenza italiana) porterebbe alla conclusione, cui si ritiene di aderire, che: «se il paziente il quale è ignaro dell'arte medica, inoltra pretese assurde e vuole imporle al medico, questi non è affatto tenuto ad accontentarlo ma deve comportarsi, secondo scienza, nell'interesse del malato, eventualmente disattendendo le sue pretese, salvo recedere dal mandato se quello insiste. Diversamente il medico violerebbe i precetti dell'arte e recherebbe danno anche alla propria reputazione professionale e a quella della categoria»<sup>33</sup>).

*Non si può a questo punto che concludere con le chiare linee tracciate nella recente letteratura ostetrica e medico-legale, ritenendo che il parto cesareo «volontario» sia di per sé da rigettare quando estraneo a indicazioni cliniche, in quanto pregiudizievole della realtà fisico-patologica e clinica, incongruamente gravata da procedure chirurgiche non esenti da rischi per la madre.*

Per di più il parto cesareo volontario contrasta con il «fondamentale principio dell'indicazione medica oggettiva al trattamento sanitario» e sovverte il corretto rapporto medico-paziente, in quanto simili procedure volontarie travalicano ben aldilà dell'ineludibile – e sempre più socialmente pregnante – momento dell'informazione e del consenso, così lucidamente delineato nel nostro Codice di Deontologia medica in accordo con la dottrina giuridico-costituzionale e con la giurisprudenza<sup>34</sup>).

---

<sup>33</sup>) Particolarmente significativo nella valutazione dell'operato del medico che supinamente ottempera alla volontà del paziente è l'esplicito riferimento del Giudice alla responsabilità del medico che si piega alle di lui scelte. Come afferma la Corte di Cassazione: «il medico si era arreso alle insistenze del paziente, ignaro delle difficoltà: circostanza questa, che aggrava di molto la responsabilità del chirurgo, il quale non solo non doveva accedere ai desideri del paziente ma doveva prima tentare di convincerlo della necessità ... e poi, comunque, procedere all'esecuzione dell'intervento stesso nei tempi e nei modi più opportuni e confacenti, a prescindere dalla volontà del paziente» (Cass. Civ., Sez. III, 1° Marzo 1988, n. 2144).

<sup>34</sup>) In tutti i Paesi industrializzati è stato rilevato, negli anni '70, un rapido incremento del tasso percentuale dei parti cesarei, che tende peraltro ad equilibrarsi negli anni '80-'90 su valori elevati e comunque da Paese a Paese (NOTZON et al., 1987, 1993, 1994; STEPHENSON et al., 1993, ecc.).

Alcune delle «indicazioni» riportate dalla letteratura, quali ad es. la presentazione di podice e la sofferenza fetale, dimostrano una frequenza pressoché paragonabile e costante nei vari Paesi; altre invece (quali la distocia o il «pregresso cesareo») variano notevolmente, contribuendo più largamente alla differenziazione esistente fra i vari Paesi nella concezione del rischio materno-fetale correlato al parto, e alla relativa impostazione assistenziale. Su questi fattori incide fortemente l'«esperienza» del personale ostetrico (medico e diplomato) deputato all'assistenza come anche le casistiche italiane documentano (v. ad es. VIGNALI, 1997 ecc.).

Il discorso ritorna sulla «formazione» e sulla «responsabilità» in merito all'adozione di tecnologie appropriate (noto ad es. è il pericolo dell'induzione farmacologica del parto con farmaci impropri, a cervice impreparata), già innanzi sviluppato.



## Competenza, diligenza, prudenza e umanità: cardini dell'assistenza ostetrica

Quanto abbiamo esposto, tuttavia, non fa altro che ribadire un dovere professionale per l'ostetrico: *prendersi cura, con umanità, dell'intera vicenda esistenziale della partoriente, saper colloquiare con lei, aiutarla a rimuovere le ansie e le paure non motivate, collaborare a compiere una serena valutazione delle responsabilità che la gestante si assumerebbe nei confronti del benessere del nascituro ed anche di se stessa ove rinunciasse a servirsi di quelle tecnologie e margini di sicurezza che la moderna ostetricia è in grado di offrire, peraltro non indulgendo ad accogliere (o perfino ad offrire) soluzioni meramente di comodo (come ad es. il parto cesareo «volontario», clinicamente non motivato).*

Concludendo, appare evidente che in termini bioetici, la prospettiva dell'assistenza alla gravidanza ed al parto è molto ricca.

Alcune considerazioni conclusive che potrebbero farsi al riguardo sono tanto ovvie da apparire scontate: non è certo il caso di ricordare *che ogni decisione dovrà essere presa nell'esclusivo interesse della coppia madre-feto*, in una realtà clinica in cui il parto non pone più il drammatico dilemma dell'era preantibiotica fra salvezza materna e salvezza fetale: la caduta dei rischi correlati all'esecuzione del taglio cesareo (gravato di altissima mortalità materna prima dell'avvento degli antibiotici) ha praticamente portato alla scomparsa dal repertorio ostetrico di quegli interventi «eroici» per via vaginale in cui il rischio di morte fetale (unica possibile alternativa al rischio materno) era elevatissimo.

Ugualmente scontato è il discorso relativo all'obbligatorietà etica, prima ancora che medico-legale, del *consenso informato* su tutte le scelte che il parto comporta. Consenso che dovrebbe più facilmente derivare da un'informazione di base fornita molto prima dell'inizio del travaglio, durante i nove mesi di tempo vissuti nell'attesa dell'evento, quando non esistono urgenze pressanti capaci di condizionare le scelte e quando è generalmen-

---

In molti Paesi, peraltro, si è osservato un incremento dei parti cesarei «di convenienza» nei giorni prefestivi, e nelle ore serali (FRASER et al., 1987, ecc.), ciò che presenta opinabili valutazioni deontologiche.

Ovunque adottati, i criteri per definire preliminarmente i quadri della «sofferenza fetale» e della «distocia» sembrano aver ridotto il ricorso immotivato ed emotivo al parto cesareo.

Nella letteratura, appare frequente la nostalgia per l'impegno e l'esperienza dei più anziani, che – abbandonando il ruolo di «ostetrici» per quello di «ginecologi» – hanno privato le nuove generazioni della trasmissione della «pazienza», saggezza e della capacità «tecnica» a risolvere per via naturale molti problemi dell'ostetricia; questi appaiono all'ansia del giovane ostetrico inesperto più facilmente risolvibili con l'intervento chirurgico addominale. Peraltro, non si può negare che un fattore molto importante nel determinare il più recente atteggiamento «interventista» è dato dall'incremento verificatosi negli ultimi anni in ogni Paese occidentale (sia pure in misura diversa) del contenzioso per affermata «malpractice».

te possibile affrontare con calma e serenità tutti i temi di decisione, ma che dovrebbe puntualizzarsi ad ogni «variazione» della previsione assistenziale nel corso stesso del travaglio.

È in gioco la «relazionalità» normativa del medico e della gestante<sup>35</sup>, e sulla reciproca e fiduciaria «comprensione» si svolge il rapporto di «alleanza terapeutica» così caro alla bioetica clinica.

Una segnalazione a sé stante sembra richiedere, invece, la meno scontata serie di responsabilità etiche che ricadono *sull'équipe* per quanto concerne la necessità di fornire un'assistenza costantemente aggiornata sul piano culturale, in un contesto scientifico in grandissima evoluzione, nel quale lo sforzo individuale e di *équipe* per il mantenimento dei migliori livelli operativi – offrendo quindi a madre e nascituro le migliori possibilità di assistenza – non è realizzabile senza specifico impegno, senza costi economici talvolta anche rilevanti, senza sacrificio personale.

A questo impegno dei curanti non può non corrispondere un uguale coinvolgimento degli *amministratori delle strutture sanitarie*, le cui scelte devono essere costantemente finalizzate al fondamentale obiettivo della migliore qualità assistenziale da fornire alle partorienti.

In questo senso le scelte per la migliore collocazione delle risorse all'interno delle strutture assistenziali dovranno tener conto delle specifiche necessità e caratteristiche delle strutture stesse.

*L'articolazione dell'assistenza perinatale in «livelli» qualitativi, cui far corrispondere le afferenze in termini di gravidanze con maggiore o minore livello di rischio perinatale si traduce in scelte certamente di tipo politico, ma alla cui base devono essere ben identificabili i requisiti bioetici di tutela della vita nascente. Tutela questa che comporta senza alcun dubbio impegni economici rilevanti, ma il cui beneficio risulta configurabile come un impegno a carattere sociale ed ideale, finalizzato all'uomo ancor prima che al cittadino.*

La struttura sanitaria, dovrebbe facilitare – al momento del travaglio e del parto – anche in sede pubblica, la presenza del medico e/o dell'ostetrica che ha seguito la gravidanza, ove richiesto dall'interessata.

---

35) Le considerazioni svolte in questo Documento si applicano chiaramente, per la parte di loro specifica competenza, anche alle Ostetriche e più in generale al personale di assistenza.



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

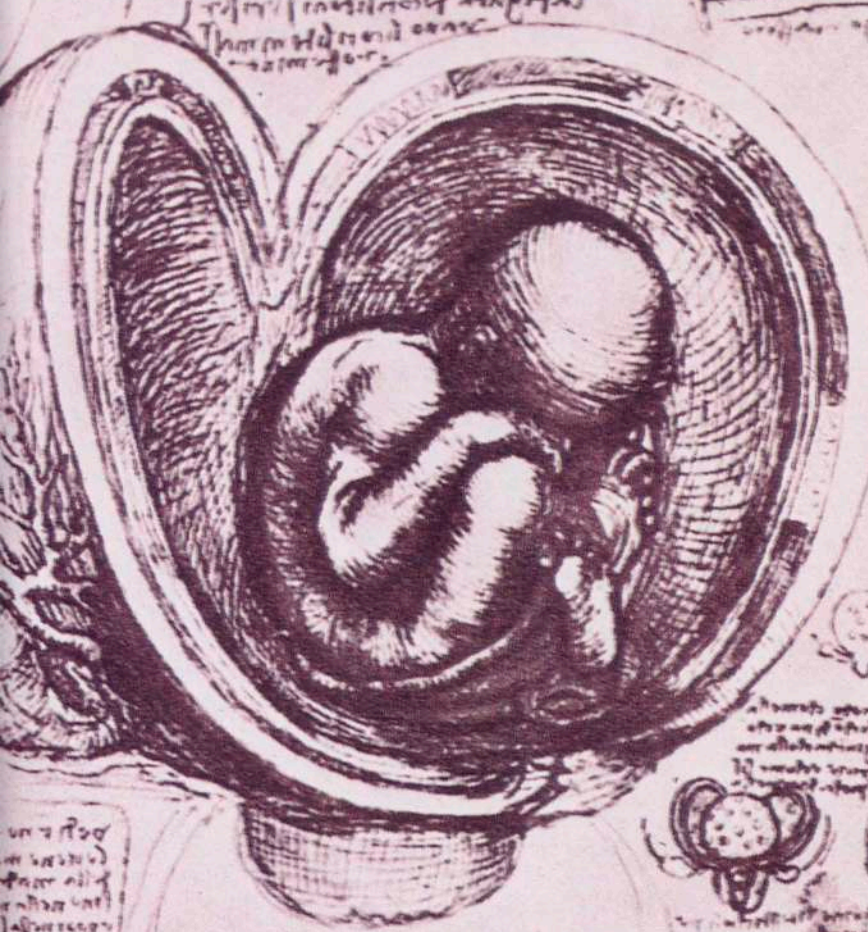
- AA.VV.: *Questioni di etica e di responsabilità nella diagnosi prenatale*. In: *Diritto di famiglia e delle persone*, 1994, pag. 412.
- BINI M.: *Due o tre cose che so di lei (dell'ostetricia)*. «Nascere», 1997, 70, pp. 7-9.
- DE VONDERWEID V., CARTA A., CHIANDOTTO V.: *Italian multicentric study on very low birth weight babies*. «Ann. Ist. Sup. Sanità» 1991, 27, p. 633 e ss.
- DI RIENZO G.C., PARDI G., GRELLA P.V., DONATI S., LAURO V., COSMEI E.V.: *Indagine conoscitiva sui punti di nascita in Italia*. «SIGO Notizie» 1995, pp. 13-17.
- LAGREW D.C., MORGAN M.: *Decreasing cesarean section rate in a private hospital: success without mandated clinical changes*. «Am. J. Obst. Gyn.» 1996, 174/1, pag. 184-191.
- LOCAIO A.R., LAWTHERS A.: *Relation between malpractice claims and cesarean delivery*. «Jama» 1993, (269-3), p. 366-373.
- MAEDA K. (a cura di): *Sorveglianza intrapartum: raccomandazioni sulle attualità diagnostiche e previsione di nuovi sviluppi*. «SIGO Notizie» 1996, p. 49-57.
- NOTZON F.C., CNATTINGS S. et al.: *Cesarean section delivery in the 1980s: international comparison by indications*. «2 Am. J. Obstet. Gynecol.» 1994, (170-2), pp. 495-504.
- PINKERTON J.V., FINNERTY J.: *Resolving the clinical and ethical dilemma involved in fetal-maternal conflicts*. «Amer. Journ. Obstet. Gynec.» 1996, 175; 2:289-295.
- SERRA G.B.: *Diritto all'autodeterminazione e responsabilità del medico (il caso del «taglio cesareo»)*. In: *Questione Giustizia*, F. Angeli Ed., anno 16, n. 4 1997, pag. 797-805.
- STRONG C.: *Court-ordered treatment in obstetric: the ethical views and legal framework*. «Obstet. Gynec.» 1991, 78, pp. 861-7.
- TOMSEN T., PAUL R.H., MILLER D.A.: *Cesarean birth: how to reduce the rate*. «Am. J. Obst. Gn.» 1995, 172/6, pp. 1903-1911.
- VIGNALI M.: *Il medico ostetrico in sala parto*. «Nascere» 1997, 70, pp. 21-23.

Handwritten text at the top left of the page, partially obscured by the main illustration.

Handwritten text at the top center, above a small diagram of a rectangular object.

Handwritten text at the top right, next to a curved anatomical structure.

Handwritten text located above the main anatomical illustration.



Handwritten text to the right of the main illustration, describing anatomical details.



Handwritten text in a small box on the left side of the page.



Handwritten text on the right side of the page, below the smaller fetal illustration.

Large block of handwritten text at the bottom left of the page.

Handwritten text located between the two small anatomical sketches.



Handwritten text below the flower-like sketch.

Large block of handwritten text at the bottom center of the page.

Handwritten text at the bottom right of the page.



**Leonardo da Vinci (1452-1519), Feto umano nell'utero aperto.  
Quaderni di Anatomia, volume III, foglio B recto.**

Leonardo sembra non si sia dedicato intenzionalmente allo studio approfondito dell'anatomia umana, ma come altri pittori del Rinascimento, solo per una base preliminare allo studio della figura, e soltanto dopo, attratto dal suo genio indagatore, si sia dedicato ad indagini anatomiche accuratissime; forse dal 1488 a Milano e saltuariamente fino al 1515 a Roma quando, alla corte del Papa Leone X Medici, fu costretto ad interromperle definitivamente per il divieto assoluto di accesso alla sala mortuaria dell'Ospedale di Santo Spirito.

Egli eseguiva personalmente le preparazioni anatomiche e corredeva tutti i suoi disegni con molte annotazioni. I fogli con studi anatomici sono quasi tutti riuniti nella Reale Biblioteca di Windsor, pochi sono custoditi da altre biblioteche o si trovano in codici di proprietà privata.

L'importanza di tali studi, basati sulla diretta osservazioni, a detta dei contemporanei, di circa trenta cadaveri d'ambo i sessi e di ogni età, è che precedono di alcuni decenni il rinascimento degli studi anatomici. Nello studio leonardesco del corpo umano c'è uno stretto legame tra l'indagine anatomica e quella fisiologica: Leonardo diceva che di ogni organo, o parte di esso, bisogna ricercare anche «l'uso, l'ufficio, il giovamento».

Notevoli sono i disegni del feto umano nella sua caratteristica posizione intrauterina, sia isolato, sia in seno all'utero aperto. Seguendo fondamentalmente Galeno (129-200 ca.) Leonardo ammette e disegna intorno al feto tre «pannicoli» che egli chiama «amnius, alantoidea e secondina o corion» ed il feto è nel liquido amniotico «citrino, cristallino, in gran quantità» e distribuisce egualmente il suo peso sulla superficie interna dell'utero.

## LA CLINICA DEL PARTO

Con il termine di parto si intende l'espulsione dall'organismo materno del feto, della placenta e degli annessi placentari (membrane amniocoriali, ecc.) dopo il termine della ventottesima settimana di gravidanza. Già l'aspetto cronologico di questa definizione può essere oggetto di considerazioni critiche, perché se è vero che per la legge italiana il parto precedente tale periodo deve considerarsi abortivo, è parimenti ben noto che in epoche recenti i progressi dell'assistenza perinatale consentono non di rado la sopravvivenza di bambini partoriti prima di tale termine. Se è quindi chiaro il fenomeno fisiologico cui si fa riferimento, è invece evidente che porre limitazioni di ordine relativo alla durata della gravidanza per separare il «parto» dal «parto abortivo» introduce un elemento di relatività fortemente condizionato da elementi estranei al fenomeno stesso.

Volendo comprendere pienamente alcune considerazioni su aspetti bioetici inerenti l'evento parto, esposti nella relazione, è necessario ricordarne brevemente le caratteristiche fisiologiche (parto naturale) e le principali varianti «medicalizzate», dal parto farmacologicamente assistito, agli interventi di chirurgia ostetrica per via vaginale (forcipe, ventosa) ed addominale (taglio cesareo).

### La preparazione biologica dell'utero al travaglio nel corso della gravidanza

Fondamentalmente possiamo ritenere il travaglio di parto come l'episodio conclusivo di una lunga serie di eventi preparatori, che durante l'arco della gravidanza hanno realizzato condizioni morfologiche e biochimiche idonee allo svolgimento del travaglio stesso. L'utero aumenta di volume e le fibrocellule muscolari raggiungono la misura ottimale per l'espressione della massima forza contrattile; le singole cellule sono protagoniste di modificazioni (guidate dall'evoluzione dell'assetto ormonale generale dell'organismo) che ne organizzano il biochimismo in modo finalizzato alla contrazione. Le acquisizioni scientifiche degli ultimi decenni hanno documentato con grande precisione il ruolo di sostanze che, a livello locale e generale, intervengono nella preparazione delle condizioni ottimali e poi nell'avvio e nel mantenimento dell'attività contrattile uterina che costituisce l'elemento fondamentale per l'espletamento del parto.

---

(\*) Scopo di questa appendice è quello di offrire ulteriori informazioni al lettore. In particolare, la clinica del parto è rivolta a lettori non medici per comprendere meglio sotto l'aspetto «tecnico» questo evento.



Se è verosimile che nel futuro i meccanismi cellulari sottesi all'evento contrattile possano trovare interpretazioni ancora più raffinate ed esaurienti di quelle attualmente in nostro possesso (che a loro volta sono assai più convincenti delle teorie che erano in auge anni addietro), è tuttavia chiaro che l'evento fondamentale del parto è l'inizio delle contrazioni del travaglio.

Contrazioni meno intense, cioè capaci di esprimere minor forza (minore pressione intrauterina) sono in realtà presenti durante tutta la gravidanza. Si tratta però di eventi di breve durata e di bassa intensità, il cui ruolo è probabilmente rilevante nell'emodinamica uteroplacentare, favorendo il miglioramento dello scambio di gas respiratori e di nutrienti tra circolazione materna e fetale, ma irrilevanti dal punto di vista della dinamica uterina, cioè dell'espressione di una forza «espulsiva».

### **Inizio, dinamica del travaglio e meccanica del parto**

Varie teorie esistono sulle cause che danno inizio al travaglio di parto, anche se, come accennato, forse nessuna di esse è completamente soddisfacente allo stato attuale delle conoscenze. Sono invece ben note alcune caratteristiche di queste contrazioni. Innanzi tutto esse originano in prossimità del fondo uterino, e si diffondono verso la cervice, terminando simultaneamente in tutti i distretti del viscere: in tal modo la durata della contrazione è maggiore nella porzione fundica rispetto a quella distale, risultandone una forza orientata dall'alto verso il basso, che tende quindi a sospingere il contenuto «mobile» dell'utero (cioè il feto) verso l'esterno. Inoltre sono contrazioni che, in situazione di fisiologia, si alternano con pause di rilasciamento muscolare secondo un ritmo preciso e ben organizzato: tale alternarsi si traduce anche in un'azione emodinamica positiva, agendo come una pompa premente ed aspirante a livello della camera intervillosa (lo spazio in cui avvengono gli scambi tra sangue materno e sangue fetale). Durante la contrazione la pressione che si sviluppa all'interno del muscolo porta alla chiusura delle vene che lo attraversano prima della chiusura delle arterie, dotate di pareti più resistenti alla compressione: pertanto il sangue arterioso continua a giungere nello spazio intervilloso; nella fase di rilasciamento il fenomeno si ripete, favorendo quindi da un lato l'immissione di sangue ossigenato, dall'altro lo scarico per «aspirazione» al termine dell'evento contrattile. Infine, l'intensità e la frequenza delle contrazioni evolvono secondo precise regole, realizzando una progressiva crescita dell'efficacia dinamica sia nel modificare il collo dell'utero, sia nell'azione propulsiva sul feto attraverso lo spazio che si viene creando per progressiva dilatazione, che è detto canale del parto.

Già nell'ultima parte della gravidanza sono iniziate modificazioni a carico della porzione di utero che si trova sopra il collo, e subito al di sotto della parte muscolare più potente del corpo uterino. Questa zona anatomica, detta istmo, si trasforma prendendo il nome di «segmento uterino inferiore», e subisce una distensione plasmandosi quasi a forma di coppa, ed accogliendo al proprio interno l'estremità del feto (generalmente la testa) che per prima scenderà nel canale del parto ed andrà incontro ad una serie di fenomeni di adattamento necessari per

l'espulsione. Questa estremità ha la caratteristica di essere una grande parte del corpo fetale (appunto la testa, nelle condizioni fisiologiche, ma talvolta il podice, oppure una spalla), e quindi di necessitare di particolari meccanismi per essere partorita: viene definita dagli ostetrici «parte presentata»: piccole parti, come le mani o i piedi del feto non rientrano in questa definizione.

Sotto l'azione delle contrazioni il collo uterino, che ha già subito modificazioni preparatorie, e che è strutturalmente diverso dal corpo perchè contiene molto poco tessuto muscolare e molto più tessuto elastico e connettivo, subisce progressive deformazioni: dapprima si raccorcia, poi inizia a dilatarsi, anche per la pressione che subisce «a tergo» dalla parte presentata, che viene nel medesimo tempo gradualmente spinta verso il basso dalle stesse forze contrattili. Nel tempo la dilatazione procede, anch'essa secondo leggi ben note e con velocità di progressione diversa nella donna alla prima gravidanza rispetto alla pluripara, fino a completarsi con la totale scomparsa (per retrazione): da questo momento non esiste più alcun ostacolo «cervicale» alla progressione del feto, e viene completandosi la dilatazione della vagina e dei tessuti molli sotto l'azione dilatante della parte presentata che ormai è profondamente progredita nel canale del parto.

Perchè si giunga alla sua espulsione, e cioè all'evento per lui fondamentale della sua nascita, anche il feto deve dare un sostanziale contributo. Non si vuole alludere alle teorie secondo le quali il feto produce fattori capaci di intervenire in modo molto rilevante nell'attivare e mantenere le contrazioni uterine, ma alla serie di adattamenti meccanici che la parte presentata deve realizzare, e poi anche il rimanente corpo fetale deve ripetere per poter attraversare nel modo meno traumatico possibile il canale da parto.

Senza entrare in una dettagliata descrizione di tali adattamenti, basta ricordare come il bacino osseo della donna abbia diametri diversi, alcuni più ampi e quindi più adatti a consentire il passaggio dei diametri più lunghi della parte presentata, altri più corti, e quindi più sfavorevoli. Pertanto lo stretto superiore, cioè la circonferenza superiore della piccola pelvi, ha un diametro massimo trasversale, che però non è utilizzabile per la sporgenza del promontorio osseo (costituito dalla colonna vertebrale, che in quel tratto è sporgente). Il diametro più favorevole è il diametro obliquo. È intuitivo che la condizione migliore perchè la testa del feto superi questo livello è che si sistemi con il diametro più lungo disposto secondo il diametro obliquo dello stretto.

Analogamente, allo stretto inferiore (che rappresenta l'ultimo ostacolo osseo nella parte bassa del bacino) il diametro maggiore utilizzabile è quello antero-posteriore: la testa fetale dovrà quindi compiere un movimento di rotazione in modo da disporre il proprio diametro maggiore lungo il diametro anteroposteriore dello stretto.

Senza entrare in altri dettagli, ben noti peraltro all'Ostetricia, ma poco pertinenti a questa sede espositiva, si può affermare che le diverse dimensioni delle varie sezioni del bacino osseo, l'angolatura di circa 90° del canale da parto, le differenti resistenze incontrate nella progressione lungo il medesimo obbligano il feto a compiere una serie di movimenti (passivi, come risultante della forza propulsiva opposta alle resistenze del percorso) dalla cui perfetta integrazione dipende in buon esito del parto.



Da quanto esposto si può ben comprendere come il parto fisiologico sia un evento molto complesso, pur nella sua sostanziale semplicità, per la cui riuscita devono collimare molti fattori di diverso ordine, dalla biochimica della contrazione muscolare alla meccanica dei rapporti dimensionali fra pelvi materna e testa fetale, dalla buona flessione della testa medesima (che permette l'utilizzazione dei diametri più favorevoli) alla capacità della donna di compiere efficaci «spinte» attive nel periodo espulsivo.

### **Le fasi del parto**

Il decorso del parto si articola in diverse fasi. In un primo periodo prodromico si verificano contrazioni lievi, poco organizzate e di bassa efficacia sulla cervice, che peraltro va gradualmente appianandosi. Segue una fase «attiva», in cui si realizza la dilatazione cervicale. La progressione di questa nel tempo descrive una curva classica, ad S italiana: inizialmente più lenta, si sviluppa poi in una fase di «massima pendenza», in cui il rendimento delle contrazioni in termini di dilatazione è ottimale, per rallentare in prossimità del completamento della dilatazione. Fa seguito il periodo espulsivo, o secondo stadio (il precedente è definito piuttosto ovviamente periodo dilatante), nel quale avviene l'espulsione del feto, con la partecipazione attiva della madre, che deve compiere delle «spinte» utilizzando il torchio addominale per assecondare l'azione contrattile dell'utero. Anche in questa fase sono necessari meccanismi precisi perchè tutto si svolga nel modo più fisiologico: ad esempio sarà necessario che l'occipite fetale si collochi sotto la sinfisi pubica materna perchè la forza delle contrazioni espulsive possa spingere il feto a formare una leva il cui fulcro è costituito proprio dal rapporto occipite-sinfisi, e quindi la testa fetale possa fuoriuscire dai genitali materni con la modalità più semplice e fisiologica.

Nel successivo tempo, detto del secondamento, il proseguire delle contrazioni produce il distacco della placenta e la sua espulsione, insieme con quella delle membrane. Nulla avverrà in modo casuale neppure durante questo fenomeno, le cui modalità possono ricondursi a due diversi schemi (il distacco della placenta della parete uterine può iniziare al centro o alla periferia, con tempi, sintomi e caratteristiche conseguentemente differenti) ed ancora una volta sarà necessaria la perfetta sincronizzazione fra diversi eventi per garantire l'ottimale andamento. Contrazioni uterine, meccanismi emostatici (e loro complessa regolazione), completezza del distacco delle membrane sono tutte componenti di questo fenomeno conclusivo che devono svolgersi in preciso sinergismo per evitare temibili complicanze emorragiche. Da quanto detto è chiaro che se il parto è evento di per sé assolutamente naturale e fisiologico, tuttavia al suo felice andamento concorre un numero di variabili estremamente elevato a carico della madre e del feto, e sicuramente il progresso delle conoscenze in tema di fisiopatologia ha consentito di comprendere meglio meccanismi e coinvolgimenti di sistemi dalla cui integrità molto può dipendere.

Un evento assolutamente naturale, quindi, ma che elementi patologici possono facilmente tradurre in una condizione di rischio notevole per la salute, e talora per la vita di ciascuno dei due protagonisti.



Proprio per fronteggiare queste situazioni di rischio l'Ostetricia ha realizzato interventi di tipo medico e chirurgico che consentono in modo diverso di modificare lo svolgersi della nascita.

### **Interventi medici nel corso del travaglio**

Degli interventi medici si può dire brevemente che consistono nell'impiego di farmaci attivi sulla contrazione uterina, che possono permettere di migliorarne l'efficacia e l'intensità sino a indurre un'attività contrattile anche quando questa sia spontaneamente assente. Alcuni farmaci possono favorire modificazioni del collo uterino, rendendolo più facilmente modificabile e facilitandone quindi la dilatazione; altri ancora possono bloccare le contrazioni, e quindi possono concettualmente essere utilizzati non solo di fronte alla minaccia di un travaglio che insorga prima del termine, quando un'eccessiva attività contrattile rischi di creare condizioni sfavorevoli per il feto, o di produrre la rara ma pericolosissima rottura dell'utero.

È evidente che l'impiego di questi farmaci risponde a precise indicazioni, il cui rispetto non è problema bioetico, ma semplicemente di normale deontologia e correttezza professionale. Infatti situazioni in cui il medico effettui una induzione di travaglio ad una paziente non per precise indicazioni cliniche correlate al benessere materno e/o fetale, ma per motivazioni di altra natura configurano un esempio di cattiva pratica medica, e vanno censurate. Il problema etico può forse proporsi quando sia la donna a richiedere un intervento di questo tipo per suoi personali motivi che prescindano dal contesto medico. In questo caso la situazione è concettualmente assimilabile a quella della donna che richieda per ragioni personali l'esecuzione del taglio cesareo, che verrà presa in considerazione in seguito.

Come è noto esistono strumenti che permettono di praticare un espletamento vaginale del parto, che sono il forcipe e la ventosa ostetrica, così come è possibile realizzare il parto mediante estrazione del feto attraverso l'addome materno con l'intervento di taglio cesareo.

### **Il taglio cesareo: le indicazioni**

Come è ben noto, si tratta di un intervento chirurgico laparotomico nel quale si procede alla estrazione del feto attraverso ad una incisione eseguita sull'utero. Mentre in passato questa veniva eseguita sulla porzione corporale del viscere, attualmente si pratica sul segmento inferiore. Questa differenza tecnica risulta altamente vantaggiosa perchè ha limitato i rischi di rottura dell'utero in gravidanze successive, ha consentito di poter ripetere più cesarei nella stessa donna, limita l'entità del sanguinamento intraoperatorio e permette di «peritonizzare», cioè di ricoprire con un lembo di peritoneo viscerale (la plica vescico-uterina) la breccia isterotomica, limitando grandemente il rischio di complicanze infettive nella cavità peritoneale.

Prima dell'avvento degli antibiotici il cesareo era gravato di altissima mortalità materna per la frequente sovrapposizione di infezioni non dominabili. Attualmente questo problema può ritenersi sostanzialmente risolto, ed il cesareo costituisce la soluzione elettiva di molte condizioni patologiche in ostetricia.

La tendenza attuale è verso l'ampliamento delle indicazioni dell'intervento, che classicamente consistevano nella presenza di sproporzione fra dimensioni fetali e dimensioni del bacino materno, nella sofferenza fetale acuta, nella placenta previa centrale, nel distacco intempestivo di placenta normalmente inserita, e poche altre. Ma la sostanziale assenza di complicanze rilevanti, la possibilità di ripetere l'intervento anche più volte sulla stessa donna (almeno fino a tre volte, nelle esperienze correnti) la semplicità tecnica dell'esecuzione ed una generica buona accettazione delle interessate hanno reso il cesareo l'intervento che molti ostetrici oggi considerano di prima scelta di fronte alla maggior parte dei problemi correlati al parto.

Non si può tuttavia sottacere il fatto che complicanze possono gravare anche su questo, come su ogni intervento chirurgico. A carico della donna possono verificarsi le complicazioni che sono correlate all'esecuzione dell'anestesia (sia generale che periferica, oggi praticata da molte Scuole per questo intervento), ma anche una maggiore vulnerabilità uterina in gravidanze successive, soprattutto se insorte precocemente (rischio di rottura dell'utero). Più rare le complicazioni a livello del feto, soprattutto se l'indicazione è stata ben ponderata, in presenza di feto maturo e sano; d'altra parte anche un feto sofferente o immaturo non subisce un trauma maggiore nell'estrazione cesarea rispetto al parto naturale che, come si è visto, lo impegna in modo sicuramente più gravoso.

Le indicazioni all'intervento possono essere assolute (cioè tali da non ammettere alcuna altra possibilità di scelta) o relative.

Una ulteriore suddivisione tradizionale e didattica le differenzia in indicazioni materne, fetali e placentari. Ne ricorderemo solo alcuni esempi classici, perchè una elencazione completa sarebbe prolissa e di poco interesse, mentre forse più utile è ricordare che nuove indicazioni vengono spesso proposte con il crescente ricorso alla tecnica. Tra queste, in particolare quella del cosiddetto «bambino prezioso», cioè il feto concepito da una donna trattata a lungo per sterilità, nella quale si teme di non poter ottenere un'altra gravidanza, e per il quale taluni ritengono di optare per il cesareo ad evitare qualsiasi rischio ipoteticamente connesso al parto.

Indicazioni materne sono quelle relative alla comparsa di patologia materna in gravidanza: ipertensione proteinurica, diabete gestazionale, cardiopatie, condizioni patologiche dell'organismo materno in cui si può ritenere che la donna non sia in grado di sopportare il travaglio senza rischio di aggravamento della propria salute. Indicazioni materne sono anche quelle relative alla comparsa di eventi anomali del travaglio quali la sproporzione feto pelvica, la distocia cervicale (cioè la mancata dilatazione del collo uterino), la anomalia o viziatura del bacino.

Indicazioni fetali: oggi si tende a riconoscere la necessità della estrazione del feto per via laparotomica legata alla comparsa di ritardo di crescita intrauterina con fenomeni di sofferenza fetale cronica. Analogamente episodi e manifestazioni di sofferenza fetale acuta in travaglio, caratterizzati dalla comparsa di anomalie



della frequenza cardiaca fetale e di alterazioni dell'equilibrio acido-base del sangue, rilevabili con le tecniche di monitoraggio, possono essere indicazioni all'estrazione del feto per via laparotomica.

Indicazioni legate alla patologia degli annessi fetali sono soprattutto quelle relative alla posizione della placenta (placenta previa, cioè inserita a livello del collo uterino, che oblitera quindi lo spazio attraverso il quale il feto deve procedere, con rischio di gravi emorragie), o alla comparsa di fenomeni emorragici acuti da distacco di placenta parziale o totale. Il prolasso del cordone ombelicale da rottura delle membrane è una ulteriore situazione di sofferenza fetale acuta che porta alla esecuzione di un taglio cesareo d'urgenza.

L'intervento può essere effettuato elettivamente in una paziente con una nota ristrettezza del bacino, e in pazienti che abbiano subito in precedenza una isterotomia per pregresso taglio cesareo o per pregressa miomectomia. La decisione di sottoporre una paziente a taglio cesareo deve essere sempre preceduta dall'accurata raccolta dei dati anamnestici, clinici e di laboratorio, che consentano di eseguire l'intervento secondo le norme della correttezza e sicurezza anestesiológica per la paziente.

In alcune situazioni in cui l'estremo cefalico è profondamente impegnato nello scavo pelvico e si renda necessaria una estrazione rapida del feto, può essere difficile la decisione se eseguire un taglio cesareo o un parto operativo vaginale mediante forcipe o ventosa ostetrica. Il taglio cesareo è di rado indicato in caso di morte fetale endouterina a meno che non vi si associno una placenta previa, una presentazione anomala, o comunque condizioni di specifico e severo rischio per la madre. In questi casi l'approccio chirurgico è più sicuro per la madre. Eccezionale, ma descritto, il cosiddetto «cesareo post mortem», con cui entro brevissimo tempo dalla morte della madre (non oltre i 10 minuti) è possibile riuscire ad estrarre un feto ancora vivo.

## **Complicanze del taglio cesareo**

Le complicanze da taglio cesareo possono essere a carico della madre e del feto. Le materne comprendono quelle imputabili alle manovre di anestesia (sovradosaggio di anestetico, ipossia, aspirazione di contenuto gastrico), quelle dovute all'intervento (emorragia, danno alla vescica o all'intestino) e quelle che hanno reso necessario l'intervento (ipertensione, diabete, infezione delle vie urinarie). Le complicanze tardive materne, come in ogni intervento laparotomico, possono consistere in infezioni respiratorie, tromboembolia, ileo, emorragia, infezione delle vie urinarie, infezione e deiscenza della ferita. Complicanze a lungo termine sono rappresentate dalla rottura uterina in corso di una successiva gravidanza, aderenze ed ostruzione intestinale.

Un'ipossia fetale e quindi neonatale può verificarsi per la sindrome da ipotensione supina materna, per sovradosaggio dell'anestetico o di altri farmaci, per ipoventilazione materna. Si può realizzare un'emorragia prima che il bambino sia espulso o possono insorgere difficoltà nell'estrarlo se l'incisione addominale o uterina è troppo piccola o per la situazione trasversa del feto stesso che richiede par-



ticolari accorgimenti per la corretta estrazione. Tuttavia va notato che in molti casi il bambino può risultare alla nascita sofferente per la condizione che ha condotto all'intervento come il ritardo di crescita intrauterino, l'emorragia antepartum, l'ostacolato travaglio, e potrà essere difficile riconoscere il rispettivo ruolo delle cause di sofferenza.

## **Il forcipe**

L'uso del forcipe inizia con l'invenzione dello strumento da parte di Chamberlen nel 1600 circa, ed è noto come per molti anni lo strumento stesso sia stato gelosamente custodito come segreto di famiglia e tramandato da padre a figlio. Dopo la sua divulgazione, innumerevoli modificazioni e migliorie sono state apportate fino ai nostri giorni. Il forcipe in origine non aveva la curvatura pelvica, la cui introduzione è attribuita a Levret, a Parigi, nella prima metà del XVIII secolo, e questa modifica può essere considerata il più grande progresso apportato allo strumento dopo la sua introduzione.

Nel contesto di una Ostetricia dell'era preantibiotica, in cui il taglio cesareo era gravato di altissima mortalità materna, la diffusione del forcipe fu enorme ed il suo impiego vastissimo, e su indicazioni diverse. Così si attribuisce a Smellie il primo impiego del forcipe per l'estrazione della testa fetale nel parto podalico. Tuttavia persino l'introduzione della curvatura pelvica ovviò solo parzialmente alle difficoltà delle applicazioni «alte» di forcipe, e nel 1877 Tarnier pensò di impiegare assi di trazione non molto differenti rispetto al moderno forcipe di Milne Murrey. Il principio dell'asse di trazione ha reso possibile una trazione migliore in conformità con le curvature del canale da parto e allo stesso tempo una riduzione della forza traente necessaria risparmiando così traumi sui tessuti materni e fetali. Grazie a questo principio infatti è possibile scomporre la forza di trazione nelle componenti più appropriate ed esercitarla nella corretta direzione. Attualmente comunque l'importanza di queste nozioni ha un valore prevalentemente culturale e poco applicativo perchè l'applicazione alta di forcipe è rara nella pratica ostetrica.

La funzione principale del forcipe è quella di sostituire la forza da tergo con la trazione, nei casi in cui gli sforzi espulsivi materni siano insufficienti per determinare rapidamente un parto sicuro. Una seconda funzione è quella rotatoria che può essere cautamente realizzata in particolari situazioni, soprattutto impiegando uno speciale tipo di forcipe (di Kielland, che è stato disegnato e prevalentemente usato con questo intento). Un ulteriore possibile vantaggio dello strumento, sempre in mani esperte, è quello di proteggere la testa dalla pressione dei tessuti materni, vantaggio descritto soprattutto nei parti podalici. In quest'ultimo caso il forcipe maneggiato con maestria può prevenire parti troppo precipitosi con tutti i pericoli derivanti dall'improvvisa decompressione. È fondamentale sottolineare che devono essere presenti delle indicazioni ben precise per l'uso del forcipe, e delle condizioni dette «permettenti», in assenza delle quali l'impiego dello strumento porta inesorabilmente a conseguenze gravemente lesive per la madre e/o per il feto.

Per prima cosa il parto deve essere meccanicamente realizzabile (deve esserci la certezza assoluta che non sia presente una sproporzione feto pelvica); in secondo luogo la presentazione deve essere appropriata: le uniche presentazioni in cui è possibile l'applicazione sono infatti quella di vertice, quella di faccia nel caso in cui il mento è anteriore oppure nella fuoriuscita della testa nella presentazione podalica. La posizione della testa deve essere ben nota non solo rispetto al suo livello ma anche rispetto al grado di rotazione e di flessione che devono essere accuratamente accertati prima dell'applicazione di forcipe. Inoltre deve esserci una condizione di completa dilatazione della cervice. L'impiego di una analgesia periferica (locale) è consigliata da molti Autori, mentre non è ritenuta opportuna l'anestesia generale, che impedirebbe l'attiva collaborazione della donna.

È importante sottolineare che deve essere presente un'attività uterina contrattile adeguata (a questo proposito è interessante notare che l'applicazione di forcipe è, secondo alcune segnalazioni, in grado di stimolare l'attività contrattile uterina). Questa condizione è inoltre necessaria affinché avvenga la retrazione uterina dopo l'estrazione del feto e soprattutto si riduca la forza di trazione necessaria all'espletamento del parto.

Le indicazioni all'uso del forcipe possono essere materne, fetali, materno-fetali: fra le prime problemi fisici materni come cardiopatie, patologia polmonare severa, ecc. ...; tra le indicazioni fetali la sofferenza fetale acuta in periodo espulsivo è esempio classico, ma anche un periodo espulsivo eccessivamente prolungato, la rotazione sacrale dell'occipite, il fallimento nell'applicazione della ventosa sono situazioni che possono essere correttamente risolte dall'impiego del forcipe.

### **La ventosa ostetrica, o vacuum extractor**

Sir James Young Simpson di Edimburgo viene considerato il primo ad aver fabbricato uno strumento che rendesse possibile l'espletamento di un parto con l'aiuto della suzione.

L'attuale vacuum extractor di Malmstrom presenta differenze tecnologiche notevoli rispetto a quello di Simpson del 1849, ma il principio rimane il medesimo. Inizialmente lo strumento non fu ben accetto, in un contesto dominato dal forcipe, tanto che Chalmer nel 1963 racconta, in una rassegna storica, di come questo apparecchio sembrasse essere adatto a sostituire il forcipe solo nel caso di un operatore privo di destrezza manuale, o inesperto.

La ventosa di Malstrom divenne popolare nell'Europa occidentale particolarmente presso la Scuola di Bruxelles, dove dal 1958 ha totalmente soppiantato l'uso del forcipe, come successivamente in molti altri centri, soprattutto europei.

La ventosa consta di una coppetta di suzione cui viene applicato un tubo collegato ad una pompa, in grado di creare una pressione negativa; la coppetta viene posizionata sulla testa fetale e quindi si procede gradualmente a realizzare nel suo interno la depressione che garantisce la tenace adesione alla testa, e quindi la possibilità dell'azione traente sul feto.

Esistono condizioni che permettono di ottenere i migliori risultati: la prima prevede l'uso della coppa del maggior diametro possibile, per distribuire la depressione sulla superficie più ampia, ma anche per ottenere la migliore trazio-

ne. A differenza dal forcipe, la testa fetale non è fissata fra le branche metalliche dello strumento, e quindi i suoi movimenti condizionati totalmente dall'operatore, al contrario rimane libera di adeguarsi al canale da parto sotto l'azione di una forza traente di intensità controllata (pena il distacco della coppetta) il cui obiettivo è di favorire il disimpegno con un movimento quanto più possibile fisiologico. Altra, ovvia, condizione necessaria è la completa dilatazione del collo uterino; inoltre devono essere presenti contrazioni efficaci (quindi è sconsigliata l'applicazione in anestesia generale).

Le indicazioni previste per l'uso della ventosa sono sostanzialmente sovrapponibili a quelle descritte per il forcipe, che ha sostituito presso molte Scuole; tuttavia il tempo necessario perchè si crei la depressione utile all'effetto traente dello strumento (quantificabile in alcuni minuti) fa sì che nelle situazioni di più grave emergenza (sofferenza fetale acutissima) molti operatori ritengano preferibile l'uso del forcipe.

È anche da ricordare che entrambi gli strumenti sono ritenuti da molti studi responsabili di danni cerebrali fetali. Tuttavia l'uso appropriato, il rispetto delle condizioni permissive e soprattutto l'esperienza dell'operatore sembrano condizioni capaci di limitarne i rischi.



## L'EVOLUZIONE DELLA NORMATIVA RIGUARDANTE LA PROTEZIONE DELLA MATERNITÀ

### **Premessa**

È subito opportuno compiere un breve excursus di carattere storico per quanto si riferisce al secolo che volge al termine, allo scopo di comprendere l'origine e l'evolversi dell'assetto assistenziale; e passare poi a considerare l'attuale quadro normativo.

Pertanto il documento è stato suddiviso in alcuni capitoli:

1. Breve excursus (storico) sulla protezione della maternità nell'ultimo secolo in Italia.
2. Norme vigenti per la tutela della salute e del benessere psicofisico della donna in gravidanza e del neonato.
3. Il Dibattito sui «diritti della maternità» in Europa.
4. Compendio di leggi nazionali e regionali italiane sul lavoro delle donne in gravidanza.

Completa la trattazione un elenco delle leggi nazionali e regionali visionate, per ciascuno degli argomenti esaminati.

L'analisi di questa materia è stata compiuta con la fattiva collaborazione del Prof. D. ARDUINI e del Dr. NAGAR, che vivamente si ringraziano.

---

(\*) Questa appendice, che ha carattere di rassegna legislativa, offre una migliore conoscenza dell'evoluzione della normativa di tutela della maternità.

## I.

### BREVE EXCURSUS SULLA PROTEZIONE DELLA MATERNITÀ NELL'ULTIMO SECOLO IN ITALIA

#### 1. Il periodo precedente l'istituzione della Repubblica

Il forte tributo di mortalità e morbilità pagato nel passato dalla gestante, dalla partoriente, dal feto, dal neonato, ha reso l'autorità sanitaria sempre più sensibile alla necessità di assicurare alla gravidanza ed al parto un'organizzazione assistenziale adeguata, sia essa «privata» che «pubblica»<sup>1)</sup>.

La gravidanza ed il parto, da sempre caratterizzati dal carattere sostanzialmente «privato» e familiare della vicenda, acquistano una rilevanza sempre più «pubblica» dell'assistenza nell'intervallo fra le due guerre mondiali che hanno caratterizzato questo secolo.

Se – all'inizio del secolo – è ancora predominante il parto domiciliare, essendo in gran parte affidato alla tradizionale figura della «levatrice», e l'intervento del medico (medico condotto o, più raramente e quasi esclusivamente nelle città, l'ostetrico) riservato alle condizioni d'urgenza provocate dal parto distocico, viceversa negli anni che precedono la prima guerra mondiale si delinea più chiaramente anche un «dispositivo» pubblico per l'assistenza al parto.

Gran parte dell'assistenza era gestita da Enti di beneficenza. La legge sulle Opere Pie del 17 luglio 1890, n. 6972 – che per'altro rimase parzialmente in vigore fin quasi ai nostri giorni – conteneva per la maternità e l'infanzia due sole disposizioni: l'art. 79 prevedeva il ricovero in Ospedale delle donne partorienti e prive di abitazione, l'art. 8 prevedeva la tutela degli orfani e dei fanciulli abbandonati.

La graduale presa di coscienza della situazione, ed il verificare che altri Paesi avevano adottato strumenti legislativi specifici di tutela materno-infantile (ad es. l'Inghilterra con il Children Act del 1908) portò gradualmente ad un miglioramento dell'assistenza.

Si sperimentarono organizzazioni locali, a carattere «comunale» come le «Maternità» (a struttura amministrativa autonoma ed in generale di modeste dimensioni), o le cosiddette «Case da parto» – caratteristiche dei primi anni del secolo e gestite da singoli ostetrici privati, o gli «Asili materni» delle Opere Pie, sino ai Reparti di maternità inseriti negli Ospedali generali, ove cioè all'assistenza prettamente ostetrica fosse più facilmente affiancata l'esperienza chirurgica ed internistica.

In ogni caso, predominante nei primi decenni del secolo era l'attenzione portata al parto – evento di per sé di prognosi sempre incerta – e pressoché oscura la conoscenza della fisiologia o della patologia della gravidanza.

---

<sup>1)</sup> Le statistiche relative alla condizione sanitaria sono eloquenti. Nel 1890-1900 la natimortalità era di 4,5 per 100 nascite. La mortalità infantile raggiungeva la cifra di 16,7 per 100 bambini (!). Nel complesso, 300.000 bambini al di sotto dei tre anni, ogni anno morivano.

Mano a mano che miglioravano le metodologie cliniche di assistenza, e dalla risposta alle «emergenze cliniche» si individuavano sempre di più anche le caratteristiche della fisiopatologia dello stato gravidico (anni '20-'40 del secolo) grazie anche al progresso della conoscenza di base (chimica, biochimica, endocrinologia, fisiopatologia respiratoria e circolatoria, etc.), andava delineandosi anche l'importanza della «assistenza» durante la gravidanza, ancorchè normale, con un embrionale carattere di «prevenzione». Si ponevano in evidenza soprattutto le influenze esercitate dall'attività lavorativa e dalla malnutrizione sullo stato gravidico, e diveniva sempre più chiara l'importanza di una corretta «igiene della gravidanza» ai fini del risultato finale, sia materno che fetale.

Dopo la prima guerra mondiale nascevano le prime leggi «specifiche» per la tutela materno infantile, e – sempre negli anni '30 – venivano creati in molti Paesi (ed anche in Italia) dispositivi a carattere assistenziale «ambulatoriale» per assicurare alla gestante e soprattutto alla «nutrice» una rete di servizi territoriali atti a promuovere l'«igiene della gravidanza» e la «puericultura».

La «maternità» acquistava così una *dimensione sociale*, uscendo dal mero ambito della famiglia e dalla «privacy» individuale.

## **2. Le leggi a tutela della maternità e dell'infanzia fra le due guerre mondiali**

Si deve rilevare il forte impegno del legislatore nazionale italiano fra gli anni 20-30 a favore delle gestanti, delle madri e del nascituro (visto sotto l'aspetto dei suoi diritti di cittadinanza, sia pure nell'ambito della tutela della stirpe).

L'elenco dei provvedimenti è il seguente:

1. Cfr. RD 16 dicembre 1923, n. 2900, Approvazione del nuovo testo del regolamento generale per il servizio di assistenza degli esposti, in «Gazzetta Ufficiale», 18 gennaio 1924, n. 15.

2. Cfr. Legge 10 dicembre 1925, n. 2277, Protezione e assistenza della maternità e dell'infanzia, in «Gazzetta Ufficiale», 7 gennaio 1926, n. 4.

3. Cfr. RD 15 aprile 1926, n. 718, Approvazione del regolamento dell'esecuzione della legge 10 dicembre 1925, n. 2277, sulla protezione ed assistenza della maternità e dell'infanzia, in «Gazzetta Ufficiale», 5 maggio 1926, n. 104.

4. Cfr. RDL 8 maggio 1927, n. 798, Ordinamento del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati o esposti all'abbandono, in «Gazzetta Ufficiale», 1° giugno 1927, n. 126.

5. Cfr. RD 29 dicembre 1927, n. 2822, Approvazione del regolamento per l'esecuzione del R. decreto legge 8 maggio 1927, n. 798, sull'ordinamento del servizio di assistenza dei fanciulli illegittimi abbandonati o esposti all'abbandono, in «Gazzetta Ufficiale», 7 marzo 1928, n. 56.

6. Cfr. RD 24 dicembre 1934, n. 2316, Approvazione del testo unico delle leggi sulla protezione ed assistenza della maternità ed infanzia, in «Gazzetta Ufficiale», 25 febbraio 1935, n. 47.



Per effetto di tali norme, nasceva l'OMNI; l'esempio della diffusione dell'Opera Nazionale Maternità ed Infanzia, in Italia, negli anni 1930-1950 valga ad indicare un tipo di «risposta» dello Stato a queste esigenze, risposta peraltro presente anche in altri Paesi (sia pure con modalità diverse)<sup>2)</sup>.

### **3. L'art. 31 della Costituzione e lo sviluppo della normativa a tutela della maternità**

Nella Costituzione della Repubblica Italiana, nata nel II dopoguerra, veniva solamente recepito il principio della «tutela della maternità». Le norme relative alla maternità si inseriscono nel complesso della trattazione giuridica della famiglia, che la repubblica riconosce come società naturale fondata sul matrimonio (art. 29), nell'ambito della quale afferma l'esistenza di diritti, ma anche di doveri riguardanti la funzione genitoriale (art. 30).

---

<sup>2)</sup> L'OMNI aveva carattere di organismo centralizzato al vertice, ma ampiamente ramificato a livello provinciale ed operativo in sede comunale. Il Sen. Marchiafava, relatore al Senato del disegno di legge, metteva chiaramente in evidenza anche il carattere fortemente «preventivo» del provvedimento (seduta dell'8 dicembre 1924). Alcuni passi recensiti lo dimostrano: «Questa legge è detta della protezione della maternità e della infanzia: riguarda adunque la donna durante le funzioni della maternità; la gravidanza, il parto, il puerperio e l'allattamento; cioè durante tutto il periodo, come dicono i fisiologi, della simbiosi fisiologica, che comincia dalla fecondazione e finisce con il divezzamento; e inoltre riguarda la infanzia, la quale non si limita al tempo dell'allattamento e al secondo anno di vita, come si crede da alcuni, ma distinta dai fisiologi nei tre periodi, prima, seconda e terza infanzia, si estende negli anni successivi all'età prescolastica e scolastica sino alla pubertà conclamata, nella quale dall'adolescenza si entra nella giovinezza, *juventus a juvare*, l'età, come scrive il nostro Luciani, della piena attività durante la quale si sviluppano l'energie atte al lavoro utile e si ha la capacità di portare le armi.

La protezione della maternità significa che alla donna nella gestazione, nel parto, nel puerperio nell'allattamento si diano le condizioni favorevoli affinché quelle funzioni si compiano nel modo migliore per il bene della madre e del bambino. Durante la gestazione la donna deve avere il necessario conforto materiale e morale; vivere, cioè, in un ambiente tranquillo senza cause di patemi dell'animo, in una casa salubre e pulita, lavorare con moderazione, evitando gli strapazzi e avere un'alimentazione sufficiente e sana. Inoltre alla donna gestante, negli ultimi mesi della gravidanza, è necessaria una vigilanza competente. L'esame della donna gestante fatto da un medico specializzato ha importanza pratica e sociale, perché può rilevare condizioni patologiche, come la sifilide, la tubercolosi, l'albuminuria, la blenorragia, la cui cura pronta eviterà danni talora letali per la madre e per il bambino: basti ricordare la efficacia della cura pronta della sifilide, dell'albuminuria, della blenorragia, delle quali malattie, la prima, se non uccide il bambino può dare la infelicità per tutta la vita, la seconda può essere causa di morte della madre e del bambino, la terza è la causa più frequente della cecità. Aggiungiamo che la visita medica competente prevede e previene le difficoltà meccaniche evitabili del parto.

Le donne gestanti, non obbligate al lavoro fuori della casa, in condizioni di agiatezza che loro consenta di avere una buona assistenza, devono possedere la istruzione che le guidi a praticare quelle norme che la medicina suggerisce per il bene loro e dei figli che portano nel seno. Ma questa legge pensa precipuamente alle donne gestanti, le quelli, per la dura necessità, sono obbligate al lavoro nelle officine, nei campi o altrove, e a quelle che, pur non obbligate a quel lavoro, mogli di operai o di piccoli impiegati, devono attendere a tutte le faccende domestiche e sono prive di mezzi per avere quell'assistenza, che hanno le gestanti agiate. Ora per le donne gestanti obbligate al lavoro, questo deve essere moderato per la qualità e per il tempo, e nell'ultimo periodo della gestazione la moderazione deve essere maggiore fino alla cessazione almeno nelle quattro settimane che precedono il parto, e intanto la donna non deve essere privata della sua mercede, senza la quale potrebbe anche mancare dell'alimentazione necessaria a sostentarla.

La Costituzione riconosce anche la necessità di assicurare ai figli nati fuori dal matrimonio ogni tutela giuridica e sociale, compatibile con i membri della famiglia legittima, così come prevede che la legge detti le norme ed i limiti per la ricerca della paternità (3°-4° comma dell'art. 30).

Proseguendo, secondo una chiara logica interna, la Costituzione all'art. 31 recita: «La Repubblica agevola con misure economiche e altre provvidenze la formazione della famiglia e l'adempimento dei compiti relativi, con particolare riguardo alle famiglie numerose (comma 1). Protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù fornendo gli istituti necessari a tale scopo (comma 2)».

Alcune delle caratteristiche della protezione necessaria sono indicate all'art. 37, nel titolo III° riservato ai rapporti economici. Vi si legge: «La donna lavoratrice ha gli stessi diritti e a parità di lavoro le stesse retribuzioni che spettano dal lavoratore. Le condizioni di lavoro debbono consentire l'adempimento della sua essenziale funzione familiare ed assicurare alla madre ed al bambino una speciale adeguata protezione» (1° comma dell'art. 37). Il richiamo alla maternità

---

Per la vigilanza delle donne gestanti e specialmente per la indagine dei primi sintomi, che spesso sfuggono ai profani, di quelle malattie ricordate e di eventuali anomalie o malformazioni, indagine, che apre la via alla profilassi e alle cure tempestive e salvatrici, è necessaria la istituzione dovunque, nelle città e nelle campagne, di ambulatori annessi alle cliniche, agli ospedali, agli asili materni, o isolati, assai meglio se vicini alle officine, alle fabbriche con donne lavoratrici, ove siano medici competenti, levatrici esperte e infermiere visitatrici abili, accorte, pazienti, con il sentimento elevato del dovere. In questi ambulatori le donne gestanti saranno visitate, riceveranno le cure convenienti e tutti quei consigli igienici utili alla continuazione normale della gravidanza e alla preparazione di un parto felice. Alle visite delle donne gestanti negli ambulatori si aggiungeranno le visite delle dette infermiere nelle loro case, perché siano indirizzate ed aiutate in ciò che si deve preparare per il parto e il puerperio e per il benessere del nascituro».

«Di grande utilità sociale sono gli asili materni, ove trovano ricovero le donne gestanti povere e abbandonate, nubili e maritate, e ricevono assistenza materiale e morale perché il parto si compia normalmente, e vi soggiornano durante l'allattamento. Questi asili materni sono la migliore provvidenza per tante povere donne gestanti, vittime spesso della egoista seduzione, e per i loro bambini, cui è assicurato il latte materno, e sono insieme il mezzo profilattico più efficace del feticidio e dell'infanticidio commessi di regola dalle donne gestanti e dalle puerpere nubili, che vivono del lavoro e che, senza aiuto e senza speranza, voglio nascondere la loro disgrazia con la morte del feto o del neonato».

«Giova infine alla protezione della maternità la istruzione nelle scuole, nelle officine, negli ambulatori, per la quale si diffondono fra le giovani le nozioni elementari di puericultura avanti la procreazione, durante la gestazione, dopo la nascita, per avviare al maggior bene sociale l'istinto della riproduzione».

«Avvenuto il parto con l'assistenza della levatrice o, eventualmente, dell'ostetrico, con tutte quelle norme che valgano a preservare dalle infezioni puerperali, la madre dovrà rimanere nel riposo e nella calma per almeno quattro settimane, cominciando l'adempimento del dovere di nutrire il figlio del suo latte. La protezione del bambino è imposta dalla mortalità e dalla morbilità elevate nei primi anni di vita e dalle condizioni di gracilità, di deficienza di molti fanciulli, onde la maggiore disposizione ad ammalare e la incapacità, nell'età adulta, di un lavoro proficuo e di adempiere i doveri sociali. Alla puericultura prenatale con l'assistenza e la cura alla donna gestante segue la puericultura postnatale, seguono le cure da prestarsi al bambino. La prima di queste cure, la più vitale, è l'allattamento materno, il miglior mezzo di protezione del bambino e di difesa dalle malattie e dalla morte. Esistono, peraltro, talune condizioni nelle quali la madre non può allattare e, anche potendo, l'allattamento materno riuscirebbe dannoso al bambino. Ora perché la madre possa allattare il suo bambino è naturale che debba trovarsi nelle condizioni favorevoli all'adempimento di questa nobile e benefica funzione. Così



ed alla tutela della stessa è dunque chiaramente presente nella Costituzione Italiana, dove – a detta degli esperti – la parola «maternità» dà rilevanza a quella «società naturale» che si instaura fra la madre ed il concepito (LIPARI, 1986), offrendo «tutela, ad una situazione in cui contemporaneamente trovano tutela, in una prospettiva unitaria, la madre e il concepito (BISCONTINI, 1983)».

La maternità è, dunque, una «relazione» fra due entità – madre e figlio – d'ordine naturale (fattuale) che la repubblica riconosce, e che rileva unitariamente nei confronti dei terzi in quanto situazione giuridica cui viene dalla legge assicurata «protezione».

È da questi presupposti che si sviluppa anche quella particolare disciplina del lavoro che protegge la donna lavoratrice come «gestante» e come «puerpera» – i cui presupposti riscontriamo nel lontano 1919 (Conferenza interalleata di Washington sul progetto di convenzione per la protezione della donna operaia durante le funzioni della gestione, del parto, del puerperio e dell'allattamento) e che vediamo inizialmente applicati nei provvedimenti del 1925 – disciplina sulla quale si è prodotto un forte impegno del legislatore nei decenni trascorsi, ed i cui elaborati ora vengono brevemente esaminati.

#### **4. Lo «stato sociale», la tutela della donna e la tutela della maternità dopo il 1978**

L'avvento dello «Stato sociale» a modello inglese (BEWERIDGE) nell'immediato secondo dopoguerra, rapidamente diffusosi in alcuni Paesi europei, rafforzava ancor più l'obiettivo di una adeguata assistenza alla gravidanza ed al parto, ponendo addirittura fra i parametri indicativi di una «civiltà sanitaria» il tasso di mortalità perinatale.

Questo modello, come è noto, è stato assunto anche in Italia, ed ha dato luogo ad una progressiva legislazione sanitaria che è culminata nella legge 23 dicembre 1978, n. 833 «Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale».

Il «disegno» generale perseguito dal legislatore era quello di trasferire le competenze di numerosi Enti Nazionali specifiche per determinate materie ad un

---

se la madre è obbligata al lavoro è necessario che le siano date tutte le opportunità per allattare il proprio bambino. A questo scopo sono in prima linea le sale di allattamento annesse agli stabilimenti industriali, agli opifici, custodite secondo le norme dell'igiene, ove le madri, ad ore stabilite, interrotto il lavoro vadano a dare il latte ai loro bambini, custoditi e vegliati, nell'assenza delle madri, da persone competenti. Il numero degli stabilimenti, ove lavorano le donne, con sale di allattamento, va sempre crescendo anche da noi, per opera di industriali intelligenti, accorti e buoni. Anche le sale di ricovero per bambini lattanti di madri operaie, le cosiddette crèches, sono utili quando la direzione ne sia competente ed accurata. Per le madri non operaie, mogli di operai, possono essere necessarie sovvenzioni, perché abbiano un'alimentazione sufficientemente sana, durante l'allattamento. A questo scopo giovano anche le sale di refezione per le madri lattanti, delle quali io da molti anni ho veduto i risultati benefici, che sono migliori e maggiori quando alle sale di refezione è annesso un ambulatorio per bambini. Assai giovano gli ambulatori o i dispensari infantili, ove le madri portano i loro bambini, che sono esaminati da medici specialisti, con l'aiuto di infermiere esperte, e sorvegliati nel loro accrescimento, e ricevono, quando occorrono, alimenti convenienti e i rimedi indicati e consigli igienici, la cui pratica viene controllata dalle infermiere visitatrici».



assetto diverso, a «rete» di carattere territoriale, posto sotto la amministrazione delle Unità Sanitarie Locali, dei Comuni e delle Regioni.

Questo disegno, molto complesso e iniziato da tempo, interessò anche il settore materno-infantile intersecandosi con movimenti di opinione e normative poste a tutela della donna e del suo libero determinarsi nei confronti della procreazione, della famiglia e del lavoro.

Pertanto, provvedimenti di natura sanitaria si proposero assieme a provvedimenti di natura sociale, non sempre fra loro perfettamente coordinati.

Si richiamano i più importanti:

a) *Scioglimento dell'OMNI*, con la legge 23 dicembre 1975 n. 698 (modificata e integrata dalla legge 1 agosto 1977 n. 563) e scorporo delle funzioni concernenti le erogazioni a carattere economico per maternità (analogamente a quelle di malattia) dalle funzioni sanitarie già esercitate da enti, servizi e gestioni autonome di Enti posti in liquidazione ai sensi della legge 17 agosto 1974, n. 386, che vennero trasferite ai Comuni per la loro attribuzione alle Unità Sanitarie Locali con la legge 23 dicembre 1978, n. 833 citata (v. art. 74). A partire dalla «Riforma Sanitaria» del 1978 trova origine la dicotomia fra settore sanitario e settore socio-assistenziale, che le leggi finanziarie codificheranno negli anni successivi accentuando la divaricazione.

b) *Sviluppo delle legislazione a favore della donna lavoratrice*. La tutela fisica ed economica delle lavoratrici madri – regolata dalla legge 26 agosto 1950 n. 860, poi estesa in base al recepimento della Convenzione sulla protezione della maternità (Washington 1919) con la legge 2 agosto 1952 n. 1305, e disciplinata in modo più organico dalla legge 30 dicembre 1971 n. 1204 (regolamento di esecuzione DPR 25 novembre 1976 n. 1026). Ulteriori integrazioni derivano dalla legge 9 dicembre 1977 n. 903 e dalla serie delle leggi regionali (di seguito recensite)<sup>3)</sup>.

---

<sup>3)</sup> Come riporta M. Stipo, la disciplina è la seguente: a) divieto di licenziamento: le lavoratrici non possono essere licenziate dall'inizio della gravidanza fino al termine del periodo obbligatorio di assenza dal lavoro, nonché sino al compimento del 1° anno di età del bambino. La norma prevede eccezioni al divieto di licenziamento: alcune hanno natura oggettiva (così l'ultimazione della prestazione per la quale la lavoratrice è stata assente o la risoluzione del rapporto di lavoro per la scadenza del termine), un'altra ha natura soggettiva. Questo caso ricorre nell'ipotesi di «colpa grave della lavoratrice, costituente giusta causa per la risoluzione del rapporto di lavoro» (art. 2); b) astensione obbligatoria dal lavoro: le lavoratrici non possono essere adibite al lavoro durante i due mesi precedenti la data presunta del parto (nonché per il periodo intercorrente fra la data presunta e la data effettiva del parto) e durante i tre mesi seguenti il parto. L'astensione obbligatoria è anticipata a tre mesi prima della data presunta del parto per le lavoratrici occupate in lavori ritenuti gravosi o pregiudizievoli (determinati con decreto del Ministro del lavoro e della previdenza sociale). I periodi di astensione obbligatoria dal lavoro devono essere computati a tutti gli effetti nell'anzianità di servizio; c) divieto di impegno in lavori pesanti o pericolosi: le lavoratrici non possono essere adibite al trasporto o al sollevamento di pesi nonché di lavori pericolosi, faticosi ed insalutari per tutto il periodo della gestazione e fino a sette mesi dopo il parto; d) astensione facoltativa dal lavoro: trascorso il periodo di astensione obbligatoria dal lavoro (cui non si può derogare nemmeno consensualmente) la lavoratrice ha diritto ad assentarsi dal lavoro per un periodo di sei mesi – entro il primo anno di vita del bambino –; naturalmente, in tale periodo la lavoratrice ha diritto alla conservazione del posto di lavoro. Inoltre fino al compimento del terzo anno di età del figlio la lavoratrice madre ha diritto di assentarsi dal lavoro durante la malattia del bambino dietro presentazione del certificato medico; e) periodi di riposo giornalieri: fino al compimento del primo anno di età del bambino, le lavoratrici madri hanno diritto a due periodi di riposo anche cumulabili, di un'ora ciascuno, ed hanno

c) *Istituzione dei Consulitori familiari*, con legge 29 luglio 1975 n. 405. Questo provvedimento – che introduce anche in Italia criteri e strumenti «preventivi» e di sostegno alla famiglia ed alla donna nel settore della procreazione libera e responsabile, dopo la nota sentenza del 1971 emanata dalla Corte Costituzionale che dichiarava l'illegittimità delle norme vietanti la propaganda e l'uso di mezzi anticoncezionali – trova riscontro in analoghi provvedimenti assunti in altri Paesi d'Europa Svezia; Svizzera (1965); Francia (1967); Gran Bretagna (1970); Danimarca, Belgio, Austria (anni '70-80)<sup>4</sup>).

d) *Nuovo Diritto di Famiglia*, che entra in vigore nel 1975 dopo l'emanazione della legge sul divorzio (1970) e che introduce la parità fra uomo e donna nella famiglia – in ossequio alla norma costituzionale – provocando anche nuove concezioni giuridiche nei riferimenti ai diritti dei figli.

---

diritto ad uscire dall'azienda; se l'orario giornaliero di lavoro è inferiore alle sei ore la lavoratrice ha diritto ad un solo periodo di riposo. Tali periodi di riposo sono sempre considerati ore lavorativa, agli effetti della durata e della retribuzione del lavoro. Qualora nelle dipendenze dei locali siano istituiti camere di allattamento od asili-nido e la lavoratrice ne voglia usufruire, i periodi di riposo sono di mezz'ora ciascuno e non comportano il diritto di uscire dall'azienda; f) assistenza sanitaria ed ospedaliera, che è ormai erogata dalle USL. L'interruzione della gravidanza è considerata a tutti gli effetti come malattia; si considera aborto l'interruzione verificatasi prima del 180° giorno dall'inizio della gestazione (art. 12 dPR n. 1026/1976; l. 22 maggio 1978, n. 194).

Per quel che attiene al trattamento economico, è da rilevare che per tutto il periodo di assenza obbligatoria la lavoratrice ha diritto ad un'indennità giornaliera (comprensiva di ogni altra indennità spettante per malattia) pari all'80% della retribuzione. L'indennità giornaliera nel periodo di assenza facoltativa compete a tutte le lavoratrici, con esclusione delle lavoratrici a domicilio e di quelle addette ai servizi domestici, ed è pari al 30% della retribuzione determinata secondo gli stessi criteri relativi all'indennità per il periodo di assenza obbligatoria (è solamente escluso dal computo il rateo giornaliero di gratifica natalizia o la tredicesima e gli altri premi o mensilità eventualmente erogati alla lavoratrice).

Della successiva l. 9 dicembre 1977, n. 903 è da segnalare l'art. 6 che estende la possibilità di avvalersi della astensione obbligatoria dal lavoro e del trattamento economico relativo alla madre adottiva o affidataria in preadozione durante i primi tre mesi successivi all'effettivo ingresso del bambino nella famiglia adottiva od affidataria (con la previsione di diversi termini a seconda che il bambino non abbia superato i sei e i tre anni di età), nonché l'art. 7 che riconosce al padre lavoratore, anche se adottivo od affidatario, il diritto d'assentarsi dal lavoro in alternativa alla madre lavoratrice ovvero quando i figli siano affidati al solo padre.

<sup>4</sup> Come è noto gli scopi del servizio, quali indicati dall'art. 1 sono:

a) l'assistenza psico-sociale per la preparazione alla maternità e alla paternità responsabile e per i problemi della coppia e della famiglia, anche in ordine alla problematica minorile; b) la somministrazione dei mezzi necessari per il conseguimento delle libere scelte della coppia e del singolo in ordine alla procreazione responsabile nel rispetto delle convinzioni etiche e dell'integrità fisica degli utenti; c) la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento; d) la divulgazione delle informazioni idonee a promuovere ovvero a prevenire la gravidanza, suggerendo i metodi ed i farmaci adatti a ciascun caso. I mezzi per conseguire gli scopi prefissati sono sostanzialmente di tre tipi: a) informazione e formazione medica e psicologica; b) assistenza farmaceutica; c) servizio di smistamento verso le strutture sanitarie competenti.

Come giustamente sottolinea Stipa, è importante poi sottolineare che la l. 22 maggio 1978, n. 194 (Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza) tratta ex professo all'art. 2 dei consulenti familiari.

L'art. 2 stabilisce innanzitutto che «rimane fermo» tutto ciò che era previsto dalla legge n. 405 del 1975. Ma gli scopi contemplati dall'art. 1 l. n. 405/1975 sono stati integrati in quanto è prevista una nuova fattispecie, e cioè l'assistenza alla donna in stato di gravidanza; viene così, in un certo senso,

e) La legge 22 maggio 1978, n. 194 «Norme per la tutela sociale della maternità e l'interruzione volontaria della gravidanza». Questa disciplina rimane «estranea» alle leggi di tutela della «maternità» come concepita dalla Costituzione negli articoli già ricordati, ma si appella piuttosto all'evoluzione della normativa sanitaria ex art. 32 Costituzione (interessamento della salute, affermato dalla nota Sanitaria della Corte Costituzionale n. 27/1995). La legge 194 depenalizza in pratica le pratiche abortive abrogando le norme contenute nel titolo X del libro 2° del Codice Penale (in vigore nel 1978), ma di fatto concede – nella interpretazione che è prevalsa – un sostanziale diritto soggettivo di praticare l'aborto nei primi 180 giorni, a causa della larga discrezionalità con cui la legge consente di valutare i motivi di carattere personale, sociale e familiare, nonché economico, che inducono la donna ad abortire. In definitiva, è il «rifiuto» di quella relazionalità che è insita nel concetto di «maternità» inserito nell'art. 31 della Costituzione.

Peraltro, l'art. 2 (lettera d) del 1° comma stabilisce che i consultori devono contribuire a far superare le cause che potrebbero indurre la donna ad interrompere la gravidanza; la tutela «pubblica» della maternità (art. 31 Cost.) è dunque riservata (in questa fase) a questo strumento «debole» e il ricorso al quale è solamente «opzionale».

---

superata la generica indicazione dell'assistenza psicologica e sociale per la preparazione alla maternità ed alla paternità responsabile e la tutela della salute della donna e del prodotto del concepimento. Nell'art. 2 infatti lo scopo dei consultori familiari è stabilito principalmente, con formula aggiuntiva, nella assistenza della donna che si trova già in stato di gravidanza. Il penultimo e ultimo comma dell'art. 2 l. n. 194/1978 prevedono anche le ipotesi della maternità difficile dopo la nascita e la somministrazione dei mezzi necessari in ordine alla procreazione responsabile anche ai minori. Così le lett. a), d) dell'art. 2 l. n. 194/1978 concretizzano singoli doveri dei consultori e delle persone che sono ivi responsabili. Il primo dovere dei consultori (previsto nella lett. a) è quello di informare la donna in stato di gravidanza sui diritti che le spettano in base alla legislazione statale e regionale (ove, ben s'intende, la locuzione diritti comprende analogicamente anche gli interessi legittimi, in senso tecnico) e sui servizi sociali, sanitari ed assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio; altro dovere dei consultori (art. 2 l. n. 194/1978) attiene alle informazioni sulle modalità idonee a ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante: si badi che non si tratta di una mera informazione delle norme idonee ad ottenere il rispetto di queste norme: informazioni, quindi, che attengono ad aspetti legali e che si devono tradurre, oltre che in informazioni generali, in informazioni singole e personalizzate, che si ricollegano cioè alla peculiare situazione familiare o personale di ciascun utente. La lett. c) prevede tre forme di attività dei consultori, allorché la gravidanza o la maternità creino problemi per risolvere i quali risultino inadeguati i normali interventi di cui alla lett. a) (prima considerata), e cioè: 1) attuare direttamente speciali interventi; 2) proporre all'ente locale competente speciali interventi; 3) proporre alle strutture sociali operanti nel territorio speciali interventi.

La disposizione della lett. d) prevede poi, fra i compiti dei consultori, quello di contribuire a far superare le cause che potrebbero indurre la donna all'interruzione della gravidanza. È quindi chiaro che l'art. 2, lett. d) l. n. 194/1978 imponga nuovi compiti ai consultori, allo scopo di evitare che l'interruzione della gravidanza sia una scelta in qualche modo obbligata per la donna; nel senso appunto che questa deve trovare un aiuto alla soluzione dei suoi problemi diversa dall'aborto; i consultori hanno quindi demandata una funzione ulteriore di prevenzione dell'aborto.

Ai sensi del penultimo comma dell'art. 2 in oggetto, i consultori, sulla base di appositi regolamenti o convenzioni, possono utilizzare la collaborazione volontaria di idonee formazioni sociali di base e di associazioni del volontariato, che possono anche aiutare la maternità difficile dopo la nascita.



f) *La legge sull'istituzione degli Asili Nido*. Derivando da antichi «Asili» a carattere comunale o privato, negli anni '50-70 gli Asili nido sono stati considerati uno dei più validi strumenti della politica di assistenza alla prima infanzia onde evitare trascuratezza, inadatti affidamenti e perfino (in talune ipotesi) il ricorso ad istituti. La legge 6 dicembre 1971, n. 1044 ha varato un piano quinquennale per la costruzione di 3.800 asili-nido comunali con il concorso finanziario dello Stato e con la collaborazione delle regioni, cui spetta fissare i criteri per la costruzione, la gestione ed il controllo degli asili-nido (art. 6, 1° comma, l. n. 1044/1971)<sup>5)</sup>.

L'insieme di questi provvedimenti denota una accelerata evoluzione degli orientamenti legislativi in questi ultimi decenni. Il movimento di *tutela sociale della gravidanza* si innesta con il movimento di *tutela della dignità della donna* che non è solo del nostro Paese. Nelle sedi internazionali – vedi ad es. a livello europeo – inizia un lavoro di «pronunciamento» su alcuni principi, e di coordinamento fra i vari Stati delle rispettive legislazioni nazionali, allo scopo di affermare «diritti di cittadinanza» sempre più affini nei vari Paesi europei anche per quanto riguarda la tutela di momenti fondamentali della vita familiare impegnata nella procreazione.

## **5. L'evoluzione più recente dell'assistenza e gli effetti sull'organizzazione sanitaria del settore materno infantile**

Negli anni 50-60 la «specializzazione» dell'assistenza anestesiológica, chirurgica e lo sviluppo della antibiotici consentono di ridurre progressivamente i valori della mortalità/morbilità materna, mentre va delineandosi sempre di più la conoscenza della biologia dell'embrione e del feto nelle varie fasi dello sviluppo, e si

---

<sup>5)</sup> «Nel fissare tali criteri, la regione deve tener presente che gli asili nido: 1) devono essere realizzati in modo da rispondere – sia per la localizzazione sia per le modalità di funzionamento – alle esigenze della famiglia; 2) devono essere gestiti con la partecipazione delle famiglie e delle rappresentanze delle formazioni sociali esistenti sul territorio: in conformità a tale principio, in genere nelle leggi regionali sono previsti l'assemblea delle famiglie degli utenti ed i contatti con i cittadini, attraverso i consigli di quartiere o di zona, e con le forze sindacali in rappresentanza dei lavoratori chiamati ad utilizzare il nido; 3) devono essere dotati di personale qualificato sufficiente ed idoneo a garantire l'assistenza sanitaria e psico-pedagogica del bambino; 4) devono possedere requisiti tecnici, edilizi ed organizzativi, tali da garantire l'armonico sviluppo del bambino (art. 6 l. n. 1044/1971). Gli asili nido sono aperti a tutti i bambini senza discriminazione fisiche o psichiche o di tipo di filiazione; in genere vige il principio della gratuità del servizio. Solo talune regioni (per es. Abruzzo, Marche, Calabria, ecc.) ammettono rette differenziate per le famiglie aventi un reddito notevole.

La gestione degli asili nido costruiti in base al piano è affidata ai comuni, ai loro consorzi o alle comunità montane. A tal uopo le regioni assegnano ai comuni, a titolo di contributo per la costruzione, l'arredamento e la gestione, i fondi ricevuti dallo Stato. La vigilanza igienica e sanitaria sugli asili nido è affidata alle USL (art. 7 l. n. 1044/1971). Ancora con l. 29 novembre 1977, n. 891 sono state dettate norme per il rifinanziamento del piano degli asili nido, istituendo all'uopo a favore delle regioni uno speciale «fondo integrativo» (iscritto in apposito capitolo dello statuto di previsione della spesa del Ministero della Sanità).

Infine sono anche chiamati asili nido quelli che i datori di lavoro possono con l'autorizzazione dell'ispettorato del lavoro-istituire nelle adiacenze dei locali di lavoro, per l'allattamento, l'alimentazione e la custodia dei bambini, di età non superiore ai tre anni, delle lavoratrici dipendenti, allorché nell'azienda siano occupate almeno trenta donne coniugate di età non superiore ai 50 anni». (STIPA).

individuano «metaboliti» fetali nel sangue e nelle urine materne, od iniziano registrazioni della frequenza cardiaca fetale, con l'intento di assicurare all'ostetrico dati di conoscenza del «benessere fetale».

Su questa base essenzialmente diagnostica – sia pure limitata alla conoscenza dei parametri più appariscenti della crescita fetale – nasce la «*Medicina prenatale*», che ben presto si coniuga alla fase successiva al parto, la fase *neonatale*, nella più complessa «*Medicina perinatale*».

Negli anni '70 l'introduzione di nuove tecnologie (come ad esempio gli ecografi a scala di grigi, gli apparati di monitoraggio in continuo della frequenza cardiaca fetale durante la gravidanza ed il parto, l'elaborazione analitica dell'ECC fetale, etc.) consentono progressi costanti nella individuazione «tempestiva» (e talora «preventiva») degli stati di rischio fetale, portando ad una ulteriore riduzione della mortalità e morbilità feto-prenatale. Si fa più concreta anche la possibilità di una «terapia» portata direttamente sul feto in epoca prenatale.

In definitiva, sono i progressi della conoscenza della biologia embrio-fetale, facilitata da tecnologie nuove ed anche da metodi più «aggressivi» di saggio dei parametri vitali che rendono sempre più «visibile» la *personalità clinica-sanitaria del nascituro*.

Sotto l'aspetto organizzativo, l'assistenza sanitaria passa alle Regioni, e da qui nasce un'azione legislativa – intensa anche se progressiva – a tutela della condizione di maternità (v. tabelle).

I «Piani sanitari nazionali» (solo l'ultima edizione del Piano è divenuta operante) ed i *Piani Sanitari Regionali* si occupano dell'organizzazione della assistenza materno-infantile con progressivo rigore normativo.

Nascono altresì, almeno in alcune Regioni, forme di coordinamento stabili fra settore ostetrico e settore neonatologico, nel *Dipartimento materno-infantile*, mentre azioni sempre più specifiche vengono individuate con i «*Progetti obiettivo*».

Si darà, qui di seguito, qualche informazione sulla articolata materia.

## **6. Il «progetto obiettivo»: tutela della maternità, lotta alla mortalità infantile e tutela della salute nell'infanzia nella legislazione sanitaria nazionale e regionale**

Dalle premesse che abbiamo esposte, l'*assistenza perinatale* – nel senso da noi indicato – non poteva non assumere, nella considerazione del legislatore, rilevanza di «progetto obiettivo» nel piano sanitario nazionale e nei piani sanitari regionali.

Desideriamo, con questa ultima parte della nostra rassegna, prospettare dunque nell'azione futura.

Progetto obiettivo viene definito come «impegno operativo in un particolare campo della tutela della salute, idoneo a fungere da polo di aggregazione di attività molteplici, sia proprie della struttura sanitaria, sia proprie di altri settori dell'azione pubblica, che possono rivelarsi utili anche per gli scopi di tutela sanitaria specificamente perseguiti nel periodo di validità del piano».

In conseguenza, il progetto obiettivo presuppone collaborazione intersettoriale, conoscenza della situazione esistente ed una trasformazione di strutture di servizio e talora di mentalità (rel. Del Nero).

Le indicazioni espresse del d.d.l. governativo n. 496/1979, presentato al Senato il 22 novembre 1979, contenenti un «progetto obiettivo per la tutela della maternità, per la lotta alla mortalità infantile e la tutela della salute nell'infanzia» sono state giudicate, in linea di massima, idonee a rappresentare la base per l'azione coordinata sanitaria e sociale nel campo che ci interessa; hanno servito, inoltre, per gli «schemi» di analoghi progetti che sono stati inseriti nei piani sanitari regionali già approvati, ed in quelli in via di approvazione.

La Società italiana di ostetricia e ginecologia, la Società italiana di pediatria e la Società di medicina perinatale, di più recente costituzione, hanno partecipato all'elaborazione delle proposte.

Si realizza, in tal modo, una delle forme di collaborazione fra il legislatore e la società civile, nelle sue organizzazioni più rappresentative, che è la base per una reale democrazia partecipata.

Alcune Regioni hanno attivato tali progetti, con opportuni finanziamenti, per i primi anni di esercizio<sup>6)</sup>.

Il primo «*Piano Sanitario Nazionale*» approvato per legge riprende al Cap. 5 A «*La tutela materno-infantile*» gran parte delle elaborazioni culturali del

---

<sup>6)</sup> Le «azioni» elementari da compiere per impostare correttamente il «progetto obiettivo».

Anzitutto, occorre una esatta conoscenza delle *situazioni locali*, che abbia come oggetto i punti nodali del problema:

- distribuzione e qualità delle strutture ospedaliere;
- penetrazione nell'area extraurbana dei presidi periferici;
- incidenza della morbilità e mortalità materna (27.65 × 1000 nati vivi);
- incidenza della mortalità perinatale;
- incidenza della mortalità infantile (15.6 × 1000 nati vivi);
- incidenza di handicap ed importanza dei suoi diversi agenti etiologici;
- studio della situazione sociosanitaria nelle diverse aree regionali;
- analisi di situazioni ambientali e di lavoro nocive, ecc.

In secondo luogo, è necessario il chiaro riconoscimento degli obiettivi che debbono essere conseguiti.

In linea generale gli obiettivi attualmente più validi, per la maggioranza delle regioni d'Italia, sembrano essere:

- azzeramento della mortalità materna;
- riduzione della mortalità perinatale ed infantile;
- riduzione del numero e delle conseguenze degli handicap;
- riduzione delle malattie congenite in un programma che comprenda prevenzione ed interventi

di reinserimento sociale.

Questa specifica finalità sembra raggiungibile attraverso:

- la prevenzione del parto prematuro;
- la diffusione dell'assistenza prenatale;
- il miglioramento dell'assistenza intrapartum;
- la prevenzione dei danni ostetrici da malattie infettive;
- la diffusione dell'informazione tra gli operatori sanitari e di una educazione sanitaria tra

gli utenti;

- l'umanizzazione del parto;
  - l'acquisizione dei dati epidemiologici;
  - la migliore applicazione della legge 194 con la prevenzione dell'aborto;
  - la riduzione della mortalità da tumori della mammella e dell'apparato genitale femminile;
  - la prevenzione della farmacodipendenza tra gli adolescenti.
- Da queste premesse, discenderanno gli *interventi operativi*.



«Progetto obiettivo», e ne fa azioni coordinate con il complesso delle azioni sanitarie (e socio-sanitarie) regionali.

Nel chiudere questo primo capitolo, dobbiamo prendere atto, infatti, dell'evoluzione politica subita dal Servizio Sanitario Nazionale – dal 1978 ad oggi – con il progressivo e ormai consolidato passaggio delle responsabilità effettive della organizzazione sanitaria alle Regioni e della gestione dei servizi (ed erogazione delle prestazioni) da parte di «aziende» sanitarie (D.L. 502/1992; 517/1993).

Nei capitoli che seguono, prenderemo coscienza dello stato di organizzazione raggiunto dal dispositivo di tutela della maternità in funzione *anche* dell'intervento regionale (Cap. II) e – infine – delle provvidenze riservate durante lo stato gravidico-puerperale alla donna-lavoratrice (Cap. IV).

## 2.

# NORME PER LA TUTELA DELLA SALUTE E DEL BENESSERE PSICOFISICO DELLA DONNA IN GRAVIDANZA E DEL NEONATO

### 1. Introduzione

Uno dei più affidabili indicatori spia dello stato dei servizi di protezione materno-infantile è il tasso di mortalità perinatale che, in Italia, è sceso dal 17,5 per mille nel 1980 al valore di 10,5 per mille nel 1991 (dati ISTAT '91) ed attualmente è di circa 9,5 per mille (fonte Osservatorio Epidemiologico Regionale Lazio '96).

Questo dato, anche se confrontato con altre realtà europee ci pone in una situazione di particolare privilegio ma se andiamo a scorporare questo risultato per Regioni si evidenziano chiaramente che permangono le differenze geografiche per cui la regione più sfavorita è la Calabria (17,2 per mille), quella più favorita il Trentino Alto Adige (5,8 per mille).

L'obiettivo del Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996 è stato la riduzione del tasso di mortalità perinatale almeno al 10 per mille nelle regioni al di sopra di tale valore (P.S.N. Cap. 5 A: «La tutela materno-infantile»).

### 2. Strategia d'intervento

Sono state messe a punto alcune strategie che in tempi brevi avrebbero dovuto almeno parzialmente correggere gli squilibri più eclatanti attraverso la realizzazione di una serie di misure dirette a stimolare:

– *la prevenzione e l'educazione sanitaria*, sia attraverso interventi sulla collettività, sia nell'approccio individuale al singolo soggetto;

– *la promozione della procreazione cosciente e responsabile e della tutela dalla gravidanza a rischio*;

– *la prevenzione ed il controllo delle malattie genetiche*;

– *l'umanizzazione dei servizi sanitari*, a salvaguardia dell'integrità psichica del minore e della madre, anche mediante la promozione dell'ospedalizzazione domiciliare e del day hospital;

– *il funzionamento dei servizi di emergenza-urgenza* nell'arco delle 24 ore;

– *il funzionamento dei servizi*, idoneamente distribuiti sul territorio nazionale, in grado di garantire continuità di cura per le emergenti patologie croniche e disabilitanti;

– *l'adeguamento della distribuzione territoriale dei servizi* di nefrologia e dialisi pediatrica, di oncematologia pediatrica e per il trapianto di midollo osseo, di cardiologia e cardiocirurgia infantile, di endocrinologia e diabetologia pediatrica, di mucoviscidosi e malattie respiratorie croniche, di malattie genetiche e metaboliche pediatriche, di terapia intensiva e subintensiva, di epatologia pediatrica e

chirurgica, ivi compresi i trapianti d'organo, delle unità per grandi ustionati in età pediatrica;

– la *facilitazione dell'accesso alle prestazioni diagnostiche e terapeutiche* ad elevata tecnologia.

*(Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, Cap. % A: La tutela materno-infantile)*

## 2.1 *Gli interventi proposti*

– L'individuazione di un'area pediatrica, con caratteristiche strutturali adeguate alle esigenze psico-fisiche dell'età evolutiva e con personale e con formazione di tipo pediatrico, in stretta connessione, sia in ambito ospedaliero che extraospedaliero, con le strutture ostetriche e i servizi di assistenza alla gestante;

– l'istituzione del Dipartimento materno-infantile, per l'integrazione ed il coordinamento degli aspetti sanitari e sociali e delle attività proprie di ciascuna delle sue componenti;

– la qualificazione e la razionalizzazione delle strutture pediatriche ed ostetriche di ricovero localizzate in policlinici universitari e in grandi ospedali, mediante la riconversione in complessi pediatrici polispecialistici, secondo modelli organizzativi di tipo dipartimentale, il potenziamento dei servizi ambulatoriali e semiresidenziali (day hospital, day surgery e centri dedicati alla riabilitazione), l'individuazione di centri regionali per le gravidanze a rischio;

– la deospedalizzazione delle attività ostetriche e pediatriche mediante il potenziamento della rete consultoriale, della pediatria di comunità e di libera scelta;

– la riconversione delle strutture pediatriche ed ostetriche di ricovero con bassi indici di utilizzazione in servizi di assistenza diurna, di riabilitazione ed ambulatoriali;

– il potenziamento dei servizi per la tutela delle funzioni neuropsichiatriche;

– l'integrazione funzionale delle competenze specialistiche (territoriale, ospedaliero, polispecialistico) per l'assistenza alle patologie croniche;

– la razionalizzazione dell'assistenza al neonato, tramite un'adeguata distribuzione territoriale della terapia intensiva e subintensiva e l'organizzazione del trasporto di emergenza per il neonato;

– il potenziamento e l'adeguata distribuzione territoriale dei servizi per la prevenzione e cura delle patologie genetiche;

– l'istituzione presso l'Istituto Superiore di Sanità, dal 1994, dei Registri epidemiologici nazionali, cui confluiscono i dati regionali;

– svolgimento di Campagne Nazionali di informazione per la tutela della gravidanza e la promozione della salute in età evolutiva;

– generalizzazione della vaccinazione anti-parotite, anti-morbillo, anti-rosolia, anti-pertosse;

– predisposizione di un protocollo tecnico-scientifico per il monitoraggio della gravidanza e una cartella unica per il controllo della medesima;



- promozione dello screening delle più rilevanti malattie infettive in gravidanza;
- potenziamento e adeguamento qualitativo della rete dei consultori, con particolare riguardo alle attività di consulenza genetica;
- attivazione e potenziamento dei servizi di assistenza domiciliare (ADI) alle famiglie con handicappati gravi da 0 ai 14 anni;
- identificazione e potenziamento delle strutture destinate alla prevenzione, diagnosi, trattamento e riabilitazione delle disabilità, attivando e potenziando quelle strutture per la cura delle disabilità gravi in pazienti da 0 ai 14 anni.

*(Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, Cap.% A: La tutela materno-infantile)*

### **3. Norme pratiche attuative**

Per raggiungere tale scopo non solo lo Stato ma anche le Regioni, nell'ambito delle loro autonomie, hanno varato una serie di provvedimenti che spesso si ispirano anche alle più ampie indicazioni della Comunità Europea, da sempre molto sensibile in questo campo.

In particolare l'interesse locale si è accentrato nell'istituzione o nel corretto utilizzo di servizi territoriali come i Consultori riconosciuti come prima linea cui il cittadino si rivolge allorchè necessita di utilizzare i servizi sanitari.

Tutte le Regioni del nostro paese, nell'ambito delle proprie legislazioni riguardanti la materia dei consultori familiari, hanno definito negli anni i compiti, le finalità dei servizi consultoriali e le possibilità riguardo gli interventi di prevenzione e cura di patologie che investono la sfera genitale femminile, il neonato e il bambino nella prima infanzia.

#### *3.1 Compiti del servizio*

Il consultorio familiare, nel rispetto dei principi etici e culturali degli utenti e delle loro convinzioni personali, in collaborazione con le strutture sociali e sanitarie del territorio opera:

- a) promuovendo, anche in collaborazione con le strutture sociali, formative e scolastiche, un'adeguata educazione sessuale;
- b) prestando l'assistenza psicologica e sociale ai singoli, alla coppia e alla famiglia riguardo i problemi della sessualità;
- c) assicurando la diffusione delle conoscenze scientifiche e sociali sulla sessualità, per una maternità e paternità responsabili;
- d) assistendo sul piano psicologico e sociale il singolo, la coppia e la famiglia in particolar modo per ciò che riguarda i problemi personali ed interpersonali che possono insorgere nell'ambito del rapporto di convivenza, specialmente in caso di problemi della maternità dei minori, in caso di problemi riguardanti affi-

damenti ed adozioni, in caso di problemi della famiglia con componenti handicappati o subnormali;

e) divulgando le conoscenze scientifiche riguardanti la gravidanza e il parto, lo sviluppo psico-fisico del neonato e del bambino nella prima infanzia, le malattie ereditarie familiari e congenite, in collaborazione con le strutture sanitarie del territorio.

Il consultorio familiare assiste la donna in caso di gravidanza:

a) informandola sui diritti a lei spettanti in base alla legislazione statale e regionale, e sui servizi sociali, sanitari e assistenziali concretamente offerti dalle strutture operanti nel territorio;

b) informandola sulle modalità idonee ad ottenere il rispetto delle norme della legislazione sul lavoro a tutela della gestante;

c) attuando direttamente o tramite gli enti locali competenti o le strutture sociali, speciali interventi quando la gravidanza o la maternità presentano dei problemi tali da far risultare inadeguati i normali interventi descritti nella lettera a);

d) contribuendo a far superare le cause che potrebbero indurre la donna alla interruzione della gravidanza;

e) somministrando su prescrizione medica, nelle strutture sanitarie e nei consultori, i mezzi necessari per conseguire le finalità liberamente scelte in ordine alla procreazione responsabile anche ai minori;

f) attuando quanto previsto dall'art. 1 della legge 29.7.75, n. 405, e dagli articoli 2, 4 e 5 della legge 22.5.78, n. 194.

*Legge regionale 23.4.1979, n. 18 art. 2 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Friuli-Venezia Giulia n. 45 del 24.4.1979 e sulla Gazzetta Ufficiale del 7.7.1979*

- Regione Trentino Alto-Adige, Provincia di Bolzano (Legge Provinciale 17.8.79, n. 10, Istituzione dei Consultori Familiari, art. 1 e 2).
- Regione Sardegna (Legge Regionale 8.3.79, n. 8, Istituzione e disciplina dei consultori familiari, art. 2 e 3).
- Regione Molise (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, art. 1, 2, 3, 4).
- Regione Sicilia (Legge Regionale 24.7.78, n. 21, Istituzione dei consultori familiari in Sicilia, art. 1).
- Regione Valle d'Aosta (Legge Regionale 11.11.77, n. 65, Interventi per la procreazione libera e responsabile, la tutela della salute della donna, dei figli, della coppia e della famiglia, art. 2).
- Regione Puglia (Legge Regionale 5.9.77, n. 30, art. 1, 2, e 3).
- Regione Calabria (Legge Regionale 8.9.77, n. 26, art. 1 e 2).
- Regione Campania (Legge Regionale 8.8.77, n. 44, art. 2).
- Regione Marche (Legge Regionale 31.3.77, n. 11, art. 5).
- Regione Veneto (Legge Regionale 25.3.77, n. 28, art. 2).
- Regione Toscana (Legge Regionale 12.3.77, n. 17, art. 3).
- Regione Basilicata (Legge Regionale 24.1.77, n. 7, art. 1, 2, 3).
- Regione Lombardia (Legge Regionale 6.9.76, n. 44, art. 1 e 2).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 10.6.76, n. 22, art. 1, 2, 6).
- Regione Piemonte (Legge Regionale 9.7.76, n. 39, art. 3).



Le stesse finalità vengono osservate da:

I consultori familiari hanno il compito di svolgere le seguenti attività:

- a) organizzare corsi per la preparazione psico-profilattica al parto,
- b) effettuare consulenze di genetica medica per la prevenzione delle malattie ereditarie e la promozione di ricerche per la individuazione e la eradicazione dei fattori ambientali responsabili della mortalità e morbosità infantile.

– Regione Molise (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, art. 3 lett. d) ed o).

– Regione Puglia (Legge Regionale 5.9.77, n. 30 art. 3).

### 3.2 *Interventi di prevenzione e cura*

I consultori, assicurano mediante l'utilizzazione dei presidi di diagnosi e cura, gli interventi di prevenzione e cura riguardanti:

- a) i fattori di sterilità e di alterazioni psico-sessuali, nonché di malattie veneree;
- b) le condizioni morbose che minacciano la salute della donna ed in particolare ogni manifestazione patologica legata all'ambiente ed all'attività di lavoro nonché la problematica dei tumori della sfera genitale;
- c) i rischi che minacciano l'evoluzione della gravidanza ed il normale esito del parto;
- d) le condizioni morbose capaci di produrre conseguenze negative sulla prole;
- e) le situazioni che minacciano la salute del bambino, oltreché dal punto di vista sanitario, anche da quello sociale, ambientale e familiare;
- f) le condizioni morbose in grado di incidere sulla salute e sullo sviluppo del neonato, promuovendo la tempestiva e corretta valutazione dei diversi organi ed apparati del neonato e la prevenzione dei danni legati ad interventi tardivi;
- g) l'intervento a favore degli handicappati con particolare attenzione all'integrazione di questi nella comunità scolastica ed all'inserimento nella società e nel lavoro;
- h) l'educazione sanitaria relativa all'igiene ed alla dietetica della prima infanzia ed alla prevenzione degli incidenti domestici, nonché la profilassi delle malattie infettive e contagiose.

– Regione Molise (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, art. 14).

– Regione Valle d'Aosta (Legge Regionale 11.11.77, n. 65, *Interventi per la procreazione libera e responsabile, la tutela della salute della donna, dei figli, della coppia e della famiglia*, artt. 3-4).

– Regione Valle d'Aosta (Legge Regionale 11.11.77, n. 65, *Interventi per la procreazione libera e responsabile, la tutela della salute della donna, dei figli, della coppia e della famiglia*, art. 4).

– Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 10.6.76, n. 22, artt. 7, 8, 9, 10).



*La Regione Valle d'Aosta, nell'ambito dei propri servizi consultoriali, attua la prevenzione della malattia emolitica del neonato da incompatibilità Rh, ed effettua diagnosi precoce di alcune enzimopatie ereditarie, come la fenilchetonuria, l'istidinememia, la galattosemia, la leucinosi, l'emocistinuria, di anomalie emoglobiniche e delle minorazioni dell'udito.*

#### **4. Altre modalità d'intervento**

Un altro gruppo di leggi riguarda

- il ruolo dell'équipe che compone il consultorio,
- la struttura edilizia
- l'importanza della formazione e dell'aggiornamento scientifico dell'équipe stessa a spese della Regione.

##### *4.1 Gestione e partecipazione degli utenti*

I Comuni, hanno l'incarico da parte della Regione, di stabilire con un proprio regolamento, le forme di partecipazione degli utenti e degli operatori, tenendo conto in particolare della rappresentanza delle donne e delle loro associazioni, ed inoltre devono partecipare attivamente alla formulazione dei programmi e delle scelte da effettuare alla verifica della loro attuazione, alla promozione delle iniziative e alla organizzazione del consultorio.

*– Regione Friuli-Venezia Giulia (Legge Regionale 23.4.1979, n. 18, art. 3, pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Friuli-Venezia Giulia n. 45 del 24.4.1979 e sulla Gazzetta Ufficiale del 7.7.1979).*

##### *4.2 Gruppo di lavoro*

Il gruppo di lavoro di ogni servizio consultoriale è generalmente costituito da uno psicologo, un sociologo, un'ostetrica, un ginecologo, un pediatra, un assistente sociale, un assistente sanitario.

*– Legge Regionale 23.4.1979, n. 18, art. 7 pubblicata nel Bollettino Ufficiale della Regione Friuli-Venezia Giulia n. 45 del 24.4.1979 e sulla Gazzetta Ufficiale del 7.7.1979.*

*– Legge Provinciale 17.8.79, n. 10, Istituzione e disciplina dei consultori familiari, art. 4).*

*– Regione Sicilia (Legge Regionale 8.3.79, n. 8, Istituzione dei Consultori Familiari in Sicilia, art. 6).*

*– Regione Puglia (Legge Regionale 5.9.77, n. 30, art. 6).*

*– Regione Calabria (Legge Regionale 8.9.77, n. 26, art. 5).*

*– Regione Campania (Legge Regionale 8.8.77, n. 44, art. 7).*

*– Regione Marche (Legge Regionale 31.3.77, n. 11, art. 6).*

*– Regione Veneto (Legge Regionale 25.3.77, n. 28, art. 4).*

*– Regione Toscana (Legge Regionale 12.3.77, n. 17, art. 7).*

*– Regione Basilicata (Legge Regionale 24.1.77, n. 7, artt. 4-14).*

*– Regione Lombardia (Legge Regionale 6.9.76, n. 44, art. 5).*

*– Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 10.6.76, n. 22, art. 4).*

*– Regione Piemonte (Legge Regionale 9.7.76, n. 39, art. 5).*

*La Regione Molise include nel gruppo di lavoro anche un medico o un biologo specializzati in genetica, uno psichiatra, un esperto in materie giuridiche (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, art. 18).*

#### 4.3 Formazione e aggiornamento del personale

Ogni Regione dà particolare importanza alla formazione e all'aggiornamento del personale del consultorio. A tale scopo promuove e sviluppa attività che permettano il raggiungimento di questo obiettivo. Tali attività sono generalmente di carattere pluridisciplinare ed interdisciplinare e devono garantire la necessaria preparazione teorica e pratica corrispondente agli effettivi bisogni degli utenti.

- Regione Sardegna (Legge Regionale 8.3.79, n. 8, Istituzione e disciplina dei consultori familiari, art. 6).
- Regione Puglia (Legge Regionale 5.9.77, n. 30, art. 15).
- Regione Calabria (Legge Regionale 8.9.77, n. 26, art. 18).
- Regione Campania (Legge Regionale 8.8.77, n. 44, art. 9).
- Regione Marche (Legge Regionale 31.3.77, n. 11, art. 7).
- Regione Toscana (Legge Regionale 12.3.77, n. 17, art. 15).
- Regione Basilicata (Legge Regionale 24.1.77, n. 7, art. 12).
- Regione Lombardia (Legge Regionale 6.9.76, n. 44, art. 9).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 10.6.76, n. 22, art. 14).
- Regione Piemonte (Legge Regionale 9.7.76, n. 39, art. 5).

#### 4.4 Struttura edilizia dei consultori

I consultori familiari, solitamente sono costituiti dai seguenti locali:

- a) una stanza d'attesa,
- b) una stanza per colloqui,
- c) un ambulatorio medico autorizzato ai sensi di legge,
- d) servizi igienici.

In caso di mancanza dell'ambulatorio medico, il responsabile del consultorio ha l'incarico di informare l'Amministrazione Provinciale di tale carenza, e di farsi precisare dove possono essere effettuate le eventuali visite mediche.

*Regione Trentino-Alto Adige, Provincia di Bolzano, Legge Provinciale del 21.12.82, n. 21, art. 1.*

## 5. La Cartella Clinica

Uno sforzo legislativo è stato anche compiuto cercando di porre le basi di una cartella clinica comune per tutte le pazienti in gravidanza, basandosi anche sull'esperienza del mondo germanico, che con il «Mutter Pass» ha fornito alle gestanti un riassunto della loro storia clinica individuale favorendo, di fatto, il compito del medico, che si trovi ad assistere, senza conoscere la paziente stessa.



Viene anche fatto riferimento all'importanza del consultorio come fonti di dati epidemiologici.

### 5.1 *Cartella personale, scheda di maternità e scheda pediatrica*

Ad ogni paziente che giunge al Consultorio, viene eseguita una cartella personale con tutti i dati anagrafici, anamnestici e clinici, se in gravidanza viene inoltre eseguita una scheda di maternità che sarà accompagnata dopo il parto da una scheda pediatrica, che vengono poi inserite nella cartella personale della paziente.

– Regione Lombardia (Legge Regionale 6.9.76, n. 44, art. 17).

### 5.2 *Prescrizioni mediche e farmaceutiche*

Nell'ambito dei Consultori familiari, possono essere effettuate dai medici dell'équipe prescrizioni di specialità medicinali incluse nel prontuario terapeutico nazionale.

Possono essere prescritte dai medici del Consultorio, le specialità medicinali non previste dal prontuario terapeutico nazionale, i mezzi anticoncezionali tipo diaframma e spirale, gli spermicidi liquidi e solidi.

Non è consentita la distribuzione diretta nei consultori dei medicinali e dei mezzi anticoncezionali.

– Regione Trentino-Alto Adige, Provincia di Bolzano, Legge Provinciale del 21.12.82, n. 21, art. 3.

### 5.3 *Applicazione di mezzi anticoncezionali*

Nei Consultori può essere effettuata l'applicazione, solo da parte dei medici del consultorio, di un mezzo anticoncezionale come la spirale.

– Regione Trentino-Alto Adige, Provincia di Bolzano, Legge Provinciale del 21.12.82, n. 21, art. 4.

### 5.4 *Segreto d'ufficio e professionale*

Le cartelle degli utenti ed ogni altro documento personale sono scrupolosamente custoditi in appositi schedari o armadi chiusi a chiave. A questi armadi possono accedere solo i componenti dell'équipe del consultorio, i quali sono tenuti, nel rispetto della paziente, ad osservare il segreto d'ufficio.

– Regione Trentino-Alto Adige, Provincia di Bolzano, Legge Provinciale del 21.12.82, n. 21, art. 2).

– Regione Molise (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, art. 23).

– Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 10.6.76, n. 22, art. 13).



## 5.5 Raccolta dati epidemiologici

I consultori familiari inoltre, nell'insieme delle loro funzioni, hanno il compito di raccogliere tutti i dati epidemiologici individuali e generali, l'incidenza degli aborti spontanei, i tassi di natalità e mortalità infantile, il tasso degli handicappati, dando particolare rilievo sia all'ambiente sociale e di lavoro, sia a tutto ciò che riguarda i presidi sanitari e assistenziali.

– Regione Molise (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, art. 14).

## 6. Iniziative particolari da parte delle Regioni

Per il conseguimento degli obiettivi sopraddetti, alcune Regioni (la Liguria, l'Emilia-Romagna, l'Abruzzo e le Marche) stanno affrontando la riorganizzazione delle attività dell'area materno-infantile, attribuendo particolare importanza alla promozione di iniziative ed alla realizzazione di misure atte a valorizzare e preservare la dimensione naturale ed umana dell'evento della nascita, salvaguardandone le componenti psicologiche e sociali.

– Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 1).

– Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 9).

– Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 1).

– Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 1).

Le iniziative e le misure attuate dalle Regioni, si possono elencare nei seguenti punti:

### 6.1 Gruppi professionali di assistenza alla gravidanza alla nascita ed all'età evolutiva

I gruppi di lavoro predisposti alle attività di prevenzione e cura alla donna in gravidanza dovrebbero essere costituiti da un ginecologo, da un'ostetrica, da un neonatologo, da un pediatra, da uno psicologo, da un assistente sociale e ogni altro specialista di cui sia richiesto l'apporto, in servizio presso gli Ospedali delle ASL o presso i consultori.

Per assicurare l'unitarietà dell'intervento in sede ospedaliera ed extraospedaliera, il gruppo che ha seguito la donna ed il nucleo familiare durante la gravidanza, dovrebbe proseguire l'assistenza nella fase della nascita, nel puerperio ed anche collaborare ad attività di sostegno medico-psico-sociale sul ruolo dei genitori.

– Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 2).

## 6.2 Misure per favorire lo svolgimento del parto, e strutturazione degli ambienti per travaglio, parto e puerperio

Per garantire che l'espletamento del parto avvenga nel rispetto delle esigenze psicologiche, ambientali e sanitarie della donna e del nascituro, è indispensabile che gli ospedali e le case di cura convenzionate predispongano ambienti singoli in modo che l'evento travaglio-parto-nascita, avvenga in un unico ambiente che sia il più possibile confortevole sia per la madre che per il bambino (luci, assenza di rumori, ecc.).

- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 2).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 9).

È necessario garantire la partecipazione attiva della donna a tutte le fasi del travaglio e del parto, evitando l'imposizione di tempi e modalità non adeguate alle sue esigenze e il ricorso a forme analgesiche non richieste o ad interventi intempestivi, non indispensabili per tutelare il benessere della donna o del nascituro.

In caso di necessità di intervento chirurgico, l'esigenza deve essere tempestivamente comunicata alla donna ed al suo partner nella maniera meno traumatizzante possibile.

- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 3).

## 6.3 Permanenza durante il travaglio e il parto di una persona scelta dalla partorientente

Per rispettare l'Ideale dell'umanizzazione dell'evento della nascita, è necessario che gli ospedali e le case di cura assicurino l'accesso e la permanenza durante il travaglio e il parto di una persona con cui la donna desidera condividere l'evento.

- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 2).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 9).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 3 lett. b).

## 6.4 Caratteristiche del reparto di degenza

Dopo la nascita, il neonato se sano, dovrebbe essere affidato ai genitori, nello stesso luogo in cui il parto è avvenuto, per tutto il periodo di controllo del post-partum.

È necessario che la degenza dopo il parto, si svolga in stanze singole o, al massimo, a due letti.

I reparti di ostetricia garantiscono alle puerpere, su loro richiesta, la possibilità di avere il figlio accanto, se sano, per tutto il periodo del puerperio; quindi, le stanze di degenza dovrebbero essere dotate di una o due culle, a seconda del numero di letti per stanza.



In caso di problemi sanitari del neonato o delle puerpere, ad esse viene comunque garantita la più ampia possibilità di rapporto con il neonato.

Il padre o altra persona ha libero accesso al reparto in orario diurno e può rimanere accanto alla donna qualora la stessa lo richieda, in modo da essere coinvolto nell'esperienza della nascita e negli impegni di accudimento del neonato.

Alla donna compete la scelta dell'allattamento in caso di allattamento al seno, devono essere adibiti degli spazi idonei e confortevoli.

- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 2).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 9).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 6).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 3).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 16).

### 6.5 Caratteristiche dei reparti di Patologia Neonatale

I reparti di patologia neonatale sono dislocati nelle immediate vicinanze dei reparti di Ostetricia e sono strutturati in modo da facilitare tutti i momenti di contatto tra coppia e neonato. Quindi è necessario che:

a) sia garantita la presenza della madre e/o del padre in questi reparti compatibilmente con i problemi organizzativi;

b) la durata e la frequenza delle visite sia libera, che il personale addetto incoraggi i genitori ad entrare in relazione con il proprio bambino, non appena le condizioni lo permettano;

c) siano programmati incontri tra personale medico, paramedico ed i genitori per informare questi ultimi circa le condizioni di salute del bambino;

d) sia disponibile uno psicologo, in caso di necessità.

- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 4).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 9).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 6).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 6 punto 5).

### 6.6 Parto a domicilio

Alcune Regioni si stanno adoperando per introdurre nel servizio sanitario regionale le condizioni di assistenza alle gestanti che richiedono di partorire nel proprio domicilio. Possono usufruire dell'assistenza domiciliare le donne che sono state seguite con controlli ambulatoriali presso strutture riconosciute idonee dalla Regione e che da tali servizi siano considerate «non a rischio».

- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 5).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 5).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 1).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 5).



### 6.7 Servizio di emergenza ostetrica per il parto a domicilio

Le USL interessate al parto a domicilio hanno istituito il Servizio di Emergenza Ostetrica, dotato delle seguenti figure professionali:

- 1° livello: ostetrica, vigilatrice d'infanzia, infermiera
- 2° livello: ostetrico-ginecologo, neonatologo.

Tali operatori devono assicurare la disponibilità a recarsi a domicilio 24 ore su 24.

Gli ospedali idonei a questo servizio devono essere provvisti di ambulanze per l'urgenza ostetrica e neonatologica e il trasporto di emergenza.

Dopo il parto, la donna viene visitata giornalmente a domicilio dalle stesse figure professionali di primo livello per almeno 5 giorni.

- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 6).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 5).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 5).

### 6.8 Assistenza nel periodo dopo il parto

Le USL assicurano sul proprio territorio l'assistenza della madre e del bambino nel periodo del dopo-parto. Al momento della dimissione dall'ospedale, è necessario che la donna venga informata sui consultori e sui possibili servizi relativi al puerperio, alla cura del neonato e alla contraccezione.

- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 7).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 8).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 4).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 5).

### 6.9 Creazione del Dipartimento Materno-Infantile

Alcune Regioni, all'interno del Piano Regionale, hanno definito il «Progetto obiettivo per la salute della donna»; a tal fine hanno istituito il Dipartimento Materno-Infantile con il compito di potenziamento, ampliamento ed integrazione dei servizi consultoriali ed ospedalieri e per il loro collegamento funzionale.

- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 9).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 14).

### 6.10 Relazioni sui risultati ottenuti

Gli ospedali sono tenuti a fornire dati annuali sull'attività svolta e sui risultati ottenuti. Tali dati riguardano:

- morbosità e mortalità perinatale;
- morbosità e mortalità materna;
- modalità del parto: parti strumentali con relative indicazioni;
- complicanze in gravidanza;

- uso di farmaci in travaglio;
- dati statistici sulla popolazione assistita.

Alcune Regioni d'intesa con l'Istituto Superiore di Sanità, promuovono a livello regionale inchieste su:

- mortalità perinatale;
- mortalità materna;
- handicaps.

- Regione Abruzzo (*Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 12*).
- Regione Liguria (*Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 11*).

### 6.11 Cartelle cliniche ostetriche e pediatriche

L'Ospedale è tenuto a compilare la cartella ostetrica e pediatrica. Tali documenti sono a disposizione delle utenti.

- Regione Abruzzo (*Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 14*).
- Regione Liguria (*Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 8*).
- Regione Marche (*Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 4*).

### 6.12 Corsi di preparazione al parto

Le USL, le aziende ospedaliere e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, organizzano corsi di preparazione alla nascita, finalizzati a garantire le conoscenze relative:

- a) all'evento gravidanza-parto-nascita, nei suoi aspetti fisici e psichici, assicurando alla gestante un adeguato supporto di natura psicologica;
- b) agli aspetti clinici del parto, alle sue possibili complicanze ed anche alle diverse tecnologie che vengono utilizzate in una sala-parto;
- c) all'informazione sui servizi forniti dalle strutture addette all'assistenza al parto ed al post-partum.

I corsi sono rivolti alla gestante ed alla coppia.

- Regione Abruzzo (*Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 13*).
- Regione Emilia-Romagna (*Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 8*).
- Regione Liguria (*Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 9*).
- Regione Marche (*Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 2*).

### 3.

## COMPEMDIO DI LEGGI SUL LAVORO DELLE DONNE IN GRAVIDANZA

Il principio della tutela della donna in gravidanza rispetto all'attività lavorativa è stato espresso sia da documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità sia dalla Comunità Europea che dallo Stato Italiano.

Allo scopo di consentire una didascalica presentazione della materia si è ritenuto corretto suddividerla in grandi capitoli:

- 1 – Sicurezza nell'ambiente di lavoro
- 2 – Congedo di maternità
- 3 – Qualità del lavoro
- 4 – Assenze dal lavoro.

#### 1. Sicurezza nell'ambiente di lavoro

Sia la CEE che lo Stato Italiano hanno legiferato sulla sicurezza sul lavoro delle donne in gravidanza, attraverso una serie di articoli di legge, che esprimono la necessità e l'importanza di una valutazione del rischio per la salute della donna e del feto, e che viene eventualmente seguita da una modifica delle funzioni di lavoro o addirittura di interdizione dal lavoro, senza perdita di retribuzione, in caso di dimostrato rischio.

##### 1.1 *Valutazione ed informazione*

Il datore di lavoro di un'impresa, valuta direttamente o tramite i servizi di protezione e di prevenzione, tutte quelle attività, condizioni e processi di lavoro che possono rappresentare un rischio di esposizione ad agenti, che potrebbero avere delle ripercussioni sulla salute, sulla gravidanza o l'allattamento delle lavoratrici. Successivamente, sempre tramite o in collaborazione con i servizi di protezione e prevenzione, deve valutare la natura, il grado e la durata dell'esposizione al fine di definire le misure da adottare.

È diritto delle lavoratrici gestanti, puerpere o in allattamento essere informate dei risultati di questa valutazione e di tutte le misure da adottare per quanto riguarda la salute e la sicurezza sul luogo di lavoro.

– *Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 4.*

##### 1.2 *Modifica delle mansioni di lavoro*

Se i risultati di questa valutazione denotano un rischio per la gestante, il datore di lavoro prende le misure necessarie, modificando temporaneamente le sue condizioni di lavoro e/o il suo orario di lavoro.



Se questa modifica non è tecnicamente e/o oggettivamente possibile, la lavoratrice viene assegnata ad altre mansioni.

Se, a sua volta, l'assegnazione ad altre mansioni non è tecnicamente e/o oggettivamente possibile, la lavoratrice è dispensata dal lavoro durante tutto il periodo necessario per la protezione della sua sicurezza e della sua salute senza perdita di retribuzione.

– *Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 5.*

## **2. Congedo di maternità**

Gli Stati membri della CEE hanno definito che il periodo di congedo dal lavoro per maternità deve essere di almeno quattordici settimane ripartite prima e dopo il parto. Questo congedo deve essere obbligatorio di almeno due settimane, ripartite prima e/o dopo il parto.

Lo Stato Italiano rispetta questa direttiva, legiferando che questo periodo di congedo deve essere di due mesi prima del parto e tre mesi dopo. L'astensione obbligatoria dal lavoro è anticipata a tre mesi dalla data presunta del parto, in caso di lavoro gravoso che può avere ripercussioni sulla gravidanza.

– *Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 8.*  
– *Legge 30/12/71, n. 1204 «Tutela delle lavoratrici madri», art. 4 CODICE DONNA.*

## **3. Qualità del lavoro**

È vietato adibire al trasporto e al sollevamento di pesi, nonché ai lavori pericolosi, faticosi ed insalubri le lavoratrici durante il periodo di gestazione fino a sette mesi dopo il parto. Le lavoratrici saranno spostate ad altre mansioni; l'importante è che queste altre mansioni non siano anch'esse pregiudizievoli per la salute della donna, previo accertamento dell'Ispettorato del Lavoro.

– *Legge 30/12/71, n. 1204 «Tutela delle lavoratrici madri», art. 3 CODICE DONNA.*

Gli Stati membri della CEE hanno adottato le misure necessarie affinché le lavoratrici gestanti in gravidanza, in puerperio o in allattamento non siano obbligate ad eseguire un lavoro notturno durante la gravidanza e nel periodo successivo al parto.

Le lavoratrici vengono assegnate in alternativa ad un lavoro diurno; in caso questa modifica non sia tecnicamente e/o oggettivamente possibile vengono dispensate dal lavoro oppure viene effettuata una proroga del congedo di maternità.

– *Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 7.*

#### 4. Assenze dal lavoro

In caso di gravi complicanze della gestazione o che sussistano delle preesistenti forme morbose che possono essere aggravate dallo stato di gravidanza, o quando le condizioni di lavoro o ambientali possono essere pregiudizievoli per la salute della donna, o quando la lavoratrice non può essere spostata ad altre funzioni di lavoro, l'Ispettorato del lavoro può disporre sulla base di accertamento medico, l'interdizione dal lavoro delle lavoratrici in stato di gravidanza, per uno o più periodi, la cui durata sarà decisa dall'ispettorato stesso.

– Legge 30/12/71, n. 1204 «Tutela delle lavoratrici madri», art. 4 CODICE DONNA.

Tra i diritti della lavoratrice madre, c'è anche quello di potersi assentare dal lavoro, trascorso il periodo di astensione obbligatoria dopo il parto, per un periodo, entro il primo anno di vita del bambino, di sei mesi, durante il quale le sarà conservato il posto.

Ha diritto altresì ad assentarsi dal lavoro, durante le malattie del bambino di età inferiore ai tre anni, dietro presentazione di certificato medico.

I periodi di astensione obbligatoria dal lavoro devono essere computati nell'anzianità di servizio a tutti gli effetti.

– Legge 30/12/71, n. 1204 «Tutela delle lavoratrici madri», art. 7 CODICE DONNA.

##### 4.1 Dispensa dal lavoro per esami prenatali

Le lavoratrici gestanti, possono fruire di una dispensa dal lavoro senza perdita della retribuzione, per recarsi ad effettuare esami prenatali, nel caso essi debbano essere eseguiti durante l'orario di lavoro.

– Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 9.

##### 4.2 Periodi di riposo durante la giornata

Il datore di lavoro deve consentire alle lavoratrici madri, durante il primo anno di vita del bambino, due periodi di riposo della durata di un'ora ciascuno. Questi due periodi di riposo permettono alla donna di uscire dall'azienda e di svolgere le sue funzioni materne.

I periodi di riposo sono di mezz'ora ciascuno, e in tal caso non comportano il diritto ad uscire dall'azienda, quando la lavoratrice voglia usufruire della camera di allattamento o dell'asilo nido, istituiti dal datore di lavoro nell'ambito dei locali di lavoro.

Il riposo è uno solo quando l'orario giornaliero di lavoro è inferiore a sei ore.  
I periodi di riposo sono considerati ore lavorative agli effetti della durata e della retribuzione del lavoro.

– Legge 30/12/71, n. 1204 «Tutela delle lavoratrici madri», art. 10 CODICE DONNA.

## 5. Contribuzione

La CEE e lo Stato Italiano proteggono le lavoratrici gestanti, in puerperio o in allattamento, anche per quanto riguarda la complessa tematica della retribuzione durante la gravidanza di un'indennità adeguata.

Tale indennità deve assicurare redditi almeno equivalenti a quelli che la lavoratrice interessata otterrebbe in caso di interruzione delle sue attività per motivi connessi al suo stato di salute, entro il limite di un eventuale massimale stabilito dalle legislazioni nazionali.

– Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 11.

Nel caso che vengano lesi tali diritti per la donna, insiti nel contratto di lavoro, gli Stati membri della CEE garantiscono le lavoratrici interessate, mediante una serie di misure legislative adeguate, che permettono ad esse di difendersi per via legale e/o mediante ricorso ad altre istanze competenti.

– Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 12.

Il nostro Paese, come sopradetto, protegge tutte le donne lavoratrici in gravidanza e puerperio, anche attraverso una retribuzione giornaliera durante il periodo di congedo.

Tutte le donne lavoratrici con un contratto di lavoro, vengono retribuite nel periodo di congedo di maternità di un'indennità pari all'80% del salario minimo giornaliero.

Dal 1991, anche le libere professioniste vengono retribuite di un'indennità pari all'80% di 5/12 del reddito percepito e denunciato dalla libera professionista due anni prima di quello della gravidanza.

Dal 1° gennaio 1988 è corrisposta alle lavoratrici autonome, coltivatrici dirette, mezzadre e colone, artigiane ed esercenti attività commerciali una indennità giornaliera per i periodi di gravidanza e puerperio secondo delle misure prestabilite che tengono conto delle precedenti contribuzioni.

– Art. 1 Legge 29/12/87, n. 546.

Alle lavoratrici coltivatrici dirette, colone e mezzadre viene versata, per i due mesi antecedenti il parto, una indennità giornaliera pari all'80% del salario minimo giornaliero per gli operai agricoli in relazione all'anno precedente il parto.



– Art. 2 Legge 29/12/87, n. 546.

Parimenti, alle lavoratrici autonome, artigiane ed esercenti attività commerciali viene versata per i due mesi prima del parto e per i tre mesi dopo una indennità giornaliera pari all'80% del salario minimo giornaliero stabilito per la qualifica di impiegato.

– Art. 4 Legge 29/12/87, n. 546.

Per quanto riguarda le libere professioniste, a decorrere dal 1° gennaio 1991, ad esse viene compensata un'indennità, per i due mesi antecedenti il parto e per i tre mesi dopo, pari all'80% di cinque dodicesimi del reddito percepito e denunciato dalla libera professionista il secondo anno precedente quello della domanda. Comunque l'indennità non può essere inferiore a cinque mensilità di retribuzione calcolata nella misura pari all'80% del salario minimo giornaliero per la qualifica di impiegato.

– Art. 1 Legge 11/12/90, n. 379.

In caso di cambiamento di mansione nell'ambito del luogo di lavoro, poichè la precedente funzione poteva avere ripercussioni sulla gravidanza, se la nuova mansione è inferiore a quella abituale, le lavoratrici conservano la retribuzione di quella precedente.

– Legge 30/12/71, n. 1204 «Tutela delle lavoratrici madri», art. 3 CODICE DONNA.

### 5.1 Indennità in caso di aborto

In caso di aborto spontaneo o terapeutico, verificatosi dopo il terzo mese di gravidanza, viene corrisposta un'indennità giornaliera per un periodo di trenta giorni.

– Art. 5 Legge 29/12/87, n. 546.

### 5.2 Erogazione

Per le lavoratrici coltivatrici dirette, colone e mezzadre e per le lavoratrici autonome, artigiane ed esercenti attività commerciali, l'indennità viene erogata dall'Istituto Nazionale di Previdenza Sociale (INPS) a seguito di apposita domanda in carta libera, corredata da un certificato medico rilasciato dall'Unità Sanitaria Locale competente per territorio, attestante la data d'inizio della gravidanza e quella presunta del parto ovvero dell'aborto spontaneo o terapeutico.

– Art. 2 Legge 29/12/87, n. 546.

Per quanto riguarda invece le libere professioniste l'indennità viene pagata dalla competente cassa di previdenza e assistenza per i liberi professionisti.

– Art. 2 Legge 11/12/90, n. 379.

### 5.3 Erogazione in caso di adozione

In caso di adozione, l'indennità giornaliera per le lavoratrici autonome, spetta per tre mesi successivi all'effettivo ingresso del bambino nella famiglia, a condizione che questo non abbia superato i sei anni di età.

– Art. 2 Legge 29/12/87, n. 546 punto 2.

Lo stesso vale per le libere professioniste.

– Art. 3 Legge 11/12/90, n. 379.

## 6. Divieto di licenziamento

La CEE protegge la lavoratrice gestante vietando il suo licenziamento dall'inizio della gravidanza fino al termine del congedo di maternità.

Le nostre leggi si attengono totalmente a questa direttiva.

È vietato il licenziamento della lavoratrice gestante, in puerperio e in allattamento nel periodo compreso tra l'inizio della gravidanza e il termine del congedo di maternità (da due mesi prima la data presunta del parto, fino a tre mesi dopo), nonchè fino al compimento di un anno di età del bambino.

Il licenziamento si può verificare soltanto in casi eccezionali, ammessi dalle Leggi Nazionali, non riferibili allo stato di gravidanza della lavoratrice, e a condizione che l'autorità competente abbia dato il suo accordo.

Se una lavoratrice gestante viene licenziata durante questo periodo, il datore di lavoro deve fornire per iscritto giustificati motivi per il licenziamento.

Gli Stati membri della CEE salvaguardano le lavoratrici gestanti dalle conseguenze di un licenziamento illegittimo.

– Legge 30/12/71, n. 1204 «Tutela delle lavoratrici madri», art. 2 CODICE DONNA.

– Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 10.

La lavoratrice, in caso di licenziamento, ha il diritto di ottenere il ripristino del rapporto di lavoro, se presenta una certificazione agli organi competenti entro novanta giorni dal licenziamento, nella quale risulti l'esistenza all'epoca del licenziamento delle condizioni che lo vietavano.

– Legge 30/12/71, n. 1204 «Tutela delle lavoratrici madri», art. 2 CODICE DONNA.

Il divieto di licenziamento non si applica in caso di colpa grave della lavoratrice tale da considerarla una giusta causa per la risoluzione del rapporto di lavoro, oppure in caso di cessazione dell'attività dell'azienda, oppure in caso di ultimazione della prestazione per la quale la lavoratrice è stata assunta, oppure in caso di risoluzione del rapporto di lavoro per scadenza del termine.

– Legge 30/12/71, n. 1204 «Tutela delle lavoratrici madri», art. 2 CODICE DONNA.

#### 6.1 Diritto all'assistenza al parto

Alle lavoratrici spetta l'assistenza di parto presso il quale sono assicurate per il trattamento di malattia, anche quando sia stato interrotto il rapporto di lavoro, purchè la gravidanza abbia avuto inizio quando tale rapporto era ancora sussistente.

Ad esse spetta l'assistenza ospedaliera anche nei casi di parto normale, e la possibilità di potersi sottoporre a visite periodiche gratuite a cura dell'Istituto presso il quale sono assicurate.

– Legge 30/12/71, n. 1204 «Tutela delle lavoratrici madri», art. 9 CODICE DONNA.



## ELENCO RAGIONATO DELLE LEGGI VISIONATE

1. *Leggi nazionali ed europee sul contratto di lavoro delle donne in gravidanza.*
2. *Indennità giornaliera di gravidanza e puerperio.*
3. *Lavoro notturno.*
4. *Leggi sulla sicurezza sul lavoro delle donne in gravidanza.*
5. *Norme regionali per la tutela della salute e del benessere psicofisico della donna in gravidanza e del neonato.*
6. *Leggi regionali sui consultori familiari.*
7. *Leggi regionali concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli.*

### **Leggi nazionali ed europee sul contratto di lavoro delle donne in gravidanza**

Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 8;  
 Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 4 Codice Donna;  
 Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 7 Codice Donna;  
 Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 9;  
 Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 10;  
 Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 2 Codice Donna;  
 Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 2 Codice Donna;  
 Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 2 Codice Donna;  
 Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 11;  
 Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 12;  
 Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 7 Codice Donna;  
 Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 9 Codice Donna;  
 Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 10 Codice Donna.

### **Indennità giornaliera di gravidanza e puerperio**

Legge 29/12/87, n. 546 art. 1;  
 Legge 29/12/87, n. 546 art. 2;  
 Legge 29/12/87, n. 546 art. 4;  
 Legge 11/12/90, n. 379 art. 1;

Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 3 Codice Donna;  
Legge 29/12/87, n. 546 art. 5;  
Legge 29/12/87, n. 546 punto 1, art. 2;  
Legge 11/12/90, n. 379 art. 2;  
Legge 29/12/87, n. 546 punto 2, art. 2;  
Legge 11/12/90, n. 379 art. 3.

## **Lavoro notturno**

Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 7.

## **Leggi sulla sicurezza sul lavoro delle donne in gravidanza**

Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 4.  
Direttiva 92/85 CEE del Consiglio delle Comunità Europee del 19/10/92, art. 5.  
Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 3 Codice Donna.  
Legge 30/12/71, n. 1204 – Tutela delle lavoratrici madri, art. 4 Codice Donna.

## **Norme regionali per la tutela della salute e del benessere psicofisico della donna in gravidanza e del neonato**

(Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1994-1996, Cap. %. A: La tutela materno-infantile)

- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 1).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 9).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 1).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 1).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 2).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 2).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 9).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 3).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 2).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 9).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 3 lett. b).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 2).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 9).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 6).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 3).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 16).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 4).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 9).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 6).

- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 6 punto 5).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 5).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 5).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 1).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 5).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 6).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 5).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 5).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 7).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 8).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 4).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 5).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 9).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 14).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 12).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 11).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 14).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 8).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 4).
- Regione Abruzzo (Legge Regionale 11.4.90, n. 35, art. 13).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14.8.89, n. 27, art. 8).
- Regione Liguria (Legge Regionale 6.4.95, n. 24, art. 9).
- Regione Marche (Legge Regionale 2.6.92, n. 23, art. 2).

### **Leggi regionali sui consultori familiari**

Legge regionale 23/4/1979, n. 18 art. 2 pubblicata nel *Bollettino Ufficiale* della Regione.

Friuli-Venezia Giulia n. 45 del 24.4.1979 e sulla *Gazzetta Ufficiale* del 7.7.1979.

- Regione Trentino Alto-Adige, Provincia di Bolzano (Legge Provinciale 17.8.79, n. 10, Istituzione dei Consultori Familiari, artt. 1 e 2).

- Regione Sardegna (Legge Regionale 8.3.79, n. 8, Istituzione e disciplina dei consultori familiari, artt. 2 e 3).

- Regione Molise (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, artt. 1, 2, 3, 4).

- Regione Sicilia (Legge Regionale 24.7.78, n. 21, Istituzione dei consultori familiari in Sicilia, art. 1).

- Regione Valle d'Aosta (Legge Regionale 11.11.77, n. 65, Interventi per la procreazione libera e responsabile, la tutela della salute della donna, dei figli, della coppia e della famiglia, art. 2).

- Regione Puglia (Legge Regionale 5.9.77, n. 30, artt. 1, 2 e 3).

- Regione Calabria (Legge Regionale 8.9.77, n. 26, artt. 1 e 2).

- Regione Campania (Legge Regionale 8.8.77, n. 44, art. 2).

- Regione Marche (Legge Regionale 31.3.77, n. 11, art. 5).

- Regione Veneto (Legge Regionale 25.3.77, n. 28, art. 2).

- Regione Toscana (Legge Regionale 12.3.77, n. 17, art. 3).



- Regione Basilicata (Legge Regionale 24.1.77, n. 7, artt. 1, 2 e 3).
- Regione Lombardia (Legge Regionale 6.9.76, n. 44, artt. 1 e 2).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 10.6.76, n. 22, artt. 1, 2 e 6).
- Regione Piemonte (Legge Regionale 9.7.76, n. 39, art. 3).
- Regione Molise (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, art. 3 lett. d) ed o).
- Regione Puglia (Legge Regionale 5.9.77, n. 30 art. 3).
- Regione Molise (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, art. 14).
- Regione Valle d'Aosta (Legge Regionale 11.11.77, n. 65, Interventi per la procreazione libera e responsabile, la tutela della salute della donna, dei figli, della coppia e della famiglia, artt. 3-4).
- Regione Valle d'Aosta (Legge Regionale 11.11.77, n. 65, Interventi per la procreazione libera e responsabile, la tutela della salute della donna, dei figli, della coppia e della famiglia, art. 4).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 10.6.76, n. 22, artt. 7, 8, 9 e 10).
- Regione Friuli-Venezia Giulia (Legge Regionale 23.4.1979, n. 18, art. 3, pubblicata nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Friuli-Venezia Giulia n. 45 del 24.4.1979 e sulla *Gazzetta Ufficiale* del 7.7.1979).
- Legge Provinciale 17/8/79, n. 10, Istituzione dei Consultori familiari, art. 3.
- Regione Sardegna (Legge Regionale 8/3/79, n. 8, Istituzione e disciplina dei consultori familiari, art. 4).
- Regione Sicilia (Legge Regionale 24/7/78, n. 21, Istituzione dei consultori familiari in Sicilia, art. 6).
- Legge Regionale 23.4.1979, n. 18, art. 7 pubblicata nel *Bollettino Ufficiale* della Regione Friuli-Venezia Giulia n. 45 del 24.4.1979 e sulla *Gazzetta Ufficiale* del 7.7.1979.
- Regione Molise (Legge Regionale 13/11/78, n. 28, art. 18).
- Regione Puglia (Legge Regionale 5.9.77, n. 30, art. 6).
- Regione Calabria (Legge Regionale 8.9.77, n. 26, art. 5).
- Regione Campania (Legge Regionale 8.8.77, n. 44, art. 7).
- Regione Marche (Legge Regionale 31.3.77, n. 11, art. 6).
- Regione Veneto (Legge Regionale 25.3.77, n. 28, art. 4).
- Regione Toscana (Legge Regionale 12.3.77, n. 17, art. 7).
- Regione Basilicata (Legge Regionale 24.1.77, n. 7, artt. 4-14).
- Regione Lombardia (Legge Regionale 6.9.76, n. 44, art. 5).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 10.6.76, n. 22, art. 4).
- Regione Piemonte (Legge Regionale 9.7.76, n. 39, art. 5).
- Regione Sardegna (Legge Regionale 8.3.79, n. 8, Istituzione e disciplina dei consultori familiari, art. 6).
- Regione Puglia (Legge Regionale 5.9.77, n. 30, art. 15).
- Regione Calabria (Legge Regionale 8.9.77, n. 26, art. 18).
- Regione Campania (Legge Regionale 8.8.77, n. 44, art. 9).
- Regione Marche (Legge Regionale 31.3.77, n. 11, art. 7).
- Regione Toscana (Legge Regionale 12.3.77, n. 17, art. 15).
- Regione Basilicata (Legge Regionale 24.1.77, n. 7, art. 12).
- Regione Lombardia (Legge Regionale 6.9.76, n. 44, art. 9).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 10.6.76, n. 22, art. 4).

- Regione Piemonte (Legge Regionale 9.7.76, n. 39, art. 5).
- Regione Trentino-Alto Adige, Provincia di Bolzano, (Legge Provinciale del 21.12.82, n. 21, art. 1).
- Regione Trentino-Alto Adige, Provincia di Bolzano, (Legge Provinciale del 21.12.82, n. 21, art. 2).
- Regione Molise (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, art. 23).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 10.6.76, n. 22, art. 13).
- Regione Molise (Legge Regionale 13.11.78, n. 28, art. 14).
- Regione Trentino-Alto Adige, Provincia di Bolzano, (Legge Provinciale del 21.12.82, n. 21, art. 3).
- Regione Trentino-Alto Adige, Provincia di Bolzano, (Legge Provinciale del 21.12.82, n. 21, art. 4).
- Regione Lombardia (Legge Regionale 6.9.76, n. 44, art. 17).

**Leggi regionali concernenti la realizzazione di politiche di sostegno alle scelte di procreazione ed agli impegni di cura verso i figli**

- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14/8/89, n. 27, art. 1).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14/8/89, n. 27, artt. 3-4-5).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14/8/89, n. 27, art. 6).
- Regione Emilia-Romagna (Legge Regionale 14/8/89, n. 27, art. 7).

## MEMBRI DEL COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

Prof. Francesco D'Agostino  
*Presidente*  
*Ordinario di Filosofia del Diritto*

Prof. Adriano Bompiani  
*Presidente Onorario*  
*Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica*

Prof. Adriano Ossicini  
*Presidente Onorario*  
*Ordinario di Psicologia*

Prof. Angelo Fiori  
*Vice Presidente*  
*Ordinario di Medicina legale*

Prof. Evandro Agazzi  
*Ordinario di Filosofia della Scienza*

Cons. Livia Barberio Corsetti  
*Consigliere di Stato*

Prof. Mauro Barni  
*Ordinario di Medicina legale*

Prof. Giuseppe Benagiano  
*Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità*

Prof. Paolo Benciolini  
*Ordinario di Medicina legale*

Prof. Lucio Bianco  
*Presidente del Consiglio Nazionale delle Ricerche*

Prof. Vincenzo Cappelletti  
*Ordinario di Storia della Scienza*

Prof. Paolo Cattorini  
*Associato di Bioetica*

Prof. Giovanni Chieffi  
*Ordinario di Biologia generale*

Prof.ssa Isabella Maria Coghi  
*Associato di Endocrinologia ginecologica*

Prof. Mario Condorelli  
*Presidente del Consiglio Superiore di Sanità*

Prof. Giuseppe Dalla Torre  
*Ordinario di Diritto ecclesiastico*

Prof. Vittorio Danesino  
*Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica*

Prof. Luigi De Carli  
*Ordinario di Genetica*

Prof. Luigi De Cecco  
*Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica*

Prof. Pierpaolo Donati  
*Ordinario di Sociologia della Famiglia*

Prof.ssa Renata Gaddini De Benedetti  
*Associato di Psicopatologia dell'Età evolutiva*

Prof. Aldo Isidori  
*Ordinario di Andrologia*

Prof. Antonino Leocata  
*Primario ospedaliero di Pediatria*

Prof.ssa Adriana Loreti Beghè  
*Associato di Diritto internazionale*

Prof. Corrado Manni  
*Ordinario di Anestesiologia e Rianimazione*

Prof. Vittorio Mathieu  
*Ordinario di Filosofia morale*

Prof. Sergio Nordio  
*Ordinario di Pediatria*

Prof. Aldo Pagni  
*Presidente della Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici*

Prof. Giuseppe Palumbo  
*Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica*

Prof. Alberto Piazza  
*Ordinario di Genetica*

Prof. Lucio Pinkus  
*Ordinario di Psicologia dinamica*



Prof. Paolo Preziosi  
*Ordinario di Farmacologia*

Prof. Pietro Rescigno  
*Ordinario di Diritto civile*

Prof. Carlo Romanini  
*Ordinario di Clinica ostetrica e ginecologica*

Prof.ssa Giovanna Rossi Sciumè  
*Associato di Sociologia*

Prof. Michele Schiavone  
*Ordinario di Bioetica*

Prof. Elio Sgreccia  
*Ordinario di Bioetica*

Prof. Bruno Silvestrini  
*Ordinario di Farmacologia*

Prof. Sergio Stammati  
*Ordinario di Diritto pubblico*

Prof. Giulio Tarro  
*Primario ospedaliero di Virologia*

Prof. Everardo Zanella  
*Ordinario di Chirurgia generale*

### **Sede del Comitato Nazionale per la Bioetica**

Via Veneto 56 - Telefoni: 06/481611 (centralino), 06/48161490-91-92 - Fax 06/48161493  
06/4819944 - 06/4819946

**Segreteria Scientifica:** Dott.ssa Emira Aloe Spiriti, Dott.ssa Maria Caporale, Dott. Giovanni Incorvati, Dott.ssa Elena Mancini

**Segreteria Tecnico-Amministrativa:** Dott. Alessandro Dal Brollo  
Lorella Autizi  
Rag. Luciano Verduchi  
Anna Piermarini  
Daniele Tedesco

## Documenti pubblicati dal Comitato Nazionale per la Bioetica

- *Terapia genica* (15 febbraio 1991)
- *Definizione e accertamento della morte nell'uomo* (15 febbraio 1991)
- *Problemi della raccolta e trattamento del liquido seminale umano per finalità diagnostiche* (5 maggio 1991)
- *Documento sulla sicurezza delle biotecnologie* (28 maggio 1991)
- *Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica sulla proposta di risoluzione sull'assistenza ai pazienti terminali* (6 settembre 1991)
- *Bioetica e formazione nel sistema sanitario* (7 ottobre 1991)
- *Donazione d'organo ai fini di trapianto* (7 ottobre 1998)
- *I Comitati Etici* (27 febbraio 1992)
- *Informazione e consenso all'atto medico* (20 giugno 1992)
- *Diagnosi prenatali* (18 luglio 1992)
- *Rapporto al Presidente del Consiglio sui primi due anni di attività del Comitato Nazionale per la Bioetica* (18 luglio 1992)
- *La legislazione straniera sulla procreazione assistita* (18 luglio 1992)
- *La sperimentazione dei farmaci* (17 novembre 1992)
- *Rapporto sulla brevettabilità degli organismi viventi* (19 novembre 1993)
- *Trapianti di organi nell'infanzia* (21 gennaio 1994)
- *Bioetica con l'infanzia* (21 gennaio 1994)
- *Progetto Genoma Umano* (18 marzo 1994)
- *Parere del C.N.B. sulle tecniche di procreazione assistita - Sintesi e conclusioni* (17 giugno 1994)
- *La fecondazione assistita - Documenti del Comitato Nazionale per la Bioetica* (17 febbraio 1995)
- *Questioni bioetiche relative alla fine della vita umana* (14 luglio 1995)
- *Bioetica e ambiente* (21 settembre 1995)
- *Le vaccinazioni* (22 settembre 1995)
- *Parere del C.N.B. sull'eticità della terapia elettroconvulsivante* (22 settembre 1995)
- *Bioetiche a confronto - Atti del Seminario di Studio* (20 ottobre 1995)
- *Venire al mondo* (15 dicembre 1995)
- *Il neonato anencefalico e la donazione di organi* (21 giugno 1996)
- *Identità e statuto dell'embrione umano* (22 giugno 1996)
- *Pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica su «Convenzione per la protezione dei diritti dell'uomo e la biomedicina» e «Bozza preliminare di dichiarazione universale sul genoma umano e i diritti umani»* (21 febbraio 1997)
- *Sperimentazione animale e salute dei viventi* (8 luglio 1997)
- *Infanzia e ambiente* (18 luglio 1997)
- *La clonazione* (17 ottobre 1997)
- *Il problema bioetico del trapianto di rene da vivente non consanguineo* (17 ottobre 1997)







---

*Pubblicazione della*

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

*Dipartimento per l'informazione e l'editoria - Direttore Mauro Masi*

---

*Coordinamento editoriale, icono-  
grafico e didascalie*

Salvatore Rigano

*Progetto e realizzazione grafica*

Ufficio grafico dell'Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato presso  
il Dipartimento per l'informazione e l'Editoria

---

*Stampa e diffusione*

Roma 1998 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato

---



*In copertina:*

**Laszlo Moholy-Nagy (1895-1946), «Composizione» (1923).  
Archivi della Bauhaus, Darmstadt.**

Sull'arte astratta in Europa, e dopo negli Stati Uniti, Moholy-Nagy ha esercitato un'influenza capillare d'immensa importanza sia con la propria opera, sia con l'insegnamento. La scuola chiamata Bauhaus fondata a Weimar, nel 1919, dall'architetto Walter Gropius, trasferita a Dessau nel 1925 e poi a Berlino dove infine venne chiusa per ordine del governo nazista nel 1933, è divenuta nella storia dell'arte europea contemporanea il centro focale verso il quale si fanno convergere le varie correnti dell'arte astratta. Ma la Bauhaus non fu una scuola di arti plastiche ma di progettazione industriale, di artigianato e di architettura. Moholy-Nagy rappresenta lo spirito della Bauhaus nel variegato universo dell'astrattismo: «Arricchiremo le nostre osservazioni spaziali proiettando la luce attraverso un seguito di più schermi in parte trasparenti... di varie dimensioni e forme...». E con lui si opera il raccordo fra la poesia pura e il mondo della tecnica postulato dalla Bauhaus, equiparando la fotografia alla pittura e i valori della luce e delle ombre a quelli dei colori, rimasti fino ad allora i più alti ed essenziali della pittura. Con lui, l'arte proclama, per la prima volta, la sua piena indipendenza anche dai modi artigianali che l'avevano condizionata. L'artista nato in Ungheria nel 1895, dopo aver studiato legge a Budapest e combattuto nella prima guerra mondiale, attratto dalle opere di Malevitch e di El Lissitzky, si dedica alla pittura.

Collabora alle riviste «MA» e «De Stijl» e nel 1920 si trasferisce a Berlino. Nel 1922 Gropius lo chiama alla Bauhaus dove Moholy-Nagy tiene uno dei più importanti corsi preliminari e assume la direzione dei lavori in metallo. Nel 1928 lascia la Bauhaus e lavora per il Teatro Piscator e l'Opera di Stato di Berlino. Costretto con gli altri maestri della Bauhaus a lasciare la Germania passando per Londra raggiunge Chicago dove fonda la Nuova Bauhaus. Nel 1938 fonda una sua scuola di progettazione industriale che cura fino all'anno della sua morte nel 1946. Da allora la sua opera e il suo insegnamento riprenderanno il posto che gli spetta nel progresso artistico dell'Europa contemporanea.