

■ IVG DOPO I PRIMI 90 GIORNI: TRA VOLONTÀ DELLA DONNA E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALI

Giovanni Fattorini¹, Carmelina Ermio²

¹ AGITE (Associazione Ginecologi Territoriali)

² UO Ostetricia e Ginecologia, Ospedale Giovanni Paolo II,
Struttura semplice di IVG e Pianificazione familiare, Lamezia Terme

Il 22 maggio 1978 fu definitivamente approvata dal Senato la legge n. 194 dal titolo "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza". In base a questa legge l'aborto attuato in determinate condizioni non è più un reato. Sul punto cruciale del testo di legge la soluzione finale rispetta sostanzialmente l'autodeterminazione della donna entro i primi 90 giorni di amenorrea (art.1 e ss.) [1].

Dopo i primi 90 giorni l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) può essere praticata invece: "a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; 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" (art. 6).

L'art. 7 prevede inoltre che: "I processi patologici che configurino i casi previsti dall'articolo precedente vengono accertati da un medico del servizio ostetrico-ginecologico dell'ente ospedaliero in cui deve praticarsi l'intervento, che ne certifica l'esistenza. Il medico può avvalersi della collaborazione di specialisti. Il medico è tenuto a fornire la documentazione sul caso e a comunicare la sua certificazione al direttore sanitario dell'ospedale per l'intervento da praticarsi immediatamente. Qualora l'interruzione della gravidanza si renda necessaria per imminente pericolo per la vita della donna, l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8. In questi casi, il medico è tenuto a darne comunicazione al medico provinciale. 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".

L'art. 8 individua i "luoghi" dove è possibile eseguire le IVG mentre l'art.

9 prevede la possibilità di esercitare da parte del personale sanitario l'obiezione di coscienza con preventiva dichiarazione. L'art. 10 dichiara che "L'accertamento, l'intervento, la cura e la eventuale degenza relativi alla interruzione della gravidanza nelle circostanze previste dagli articoli 4 e 6, e attuati nelle istituzioni sanitarie [...], rientrano fra le prestazioni ospedaliere trasferite alle regioni". E continuando "Le minorenni nel caso che i genitori non diano il loro consenso o fossero in contrasto tra loro possono ricorrere al giudice tutelare, il quale ascoltata la volontà della ragazza può concedere l'autorizzazione a interrompere la gravidanza" (art. 12). "Le regioni, d'intesa con le università e con gli enti ospedalieri, promuovono l'aggiornamento del personale sanitario sui problemi della procreazione cosciente e responsabile, sui metodi anticoncezionali, sul decorso della gravidanza, sul parto e sull'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità fisica e psichica della donna e meno rischiose per l'interruzione della gravidanza" (art. 14).

Gli articoli dal 17 al 22 sono dedicati agli aspetti sanzionatori e di tutela della riservatezza.

■ Epidemiologia

Nella **Tabella 1** si riportano i dati pubblicati nella relazione del ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria di gravidanza pubblicata nel settembre 2013 con le percentuali degli aborti oltre la 12^a settimana di gestazione per regioni, nel 2011 [2].

Tabella 1. Aborti dopo la 12^a settimana, per regioni e province autonome (%)

Regioni	%	Regioni	%
Piemonte	3,3	Marche	4,4
Valle d'Aosta	5,7	Lazio	4,0
Lombardia	4,1	Abruzzo	1,7
Bolzano	7,8	Molise	2,4
Trento	5,2	Campania	1,8
Veneto	6,7	Puglia	2,3
Friuli Venezia Giulia	6,4	Basilicata	3,6
Liguria	3,1	Calabria	3,6
Emilia Romagna	3,2	Sicilia	2,6
Toscana	3,3	Sardegna	7,0
Umbria	2,1	ITALIA	3,4

La relazione ricorda ancora che si “tratta di distribuzioni percentuali che descrivono situazioni opposte: prima delle 12 settimane si ha a che fare con gravidanze indesiderate che possono essere contrastate con la promozione della procreazione responsabile; dopo le 12 settimane si è in presenza di gravidanze, inizialmente desiderate, che si decide di interrompere in seguito a esiti di diagnosi prenatale o per patologie materne. Mentre il primo aspetto tende a ridursi nel tempo grazie alla sempre maggiore competenza delle donne a evitare gravidanze indesiderate, il secondo tende a aumentare in seguito al maggior ricorso alla diagnosi prenatale anche in seguito all’aumento dell’età materna”. In realtà la percentuale di IVG del secondo trimestre rappresenta oggi una quota molto bassa di tutte le IVG. La peculiarità della situazione italiana è evidente anche in un confronto con altri paesi come si può vedere nella **Tabella 2** tratta sempre dalla relazione del ministro della Salute, dove si evidenzia come la percentuale di interventi sia in aumento, anche se lento, e soprattutto sia destinata a crescere.

Di qui la necessità da parte dei ginecologi di essere all’altezza di una condizione in evoluzione sia dal punto di vista delle conoscenze procedurali e organizzative sia da quello delle tecniche medico-chirurgiche per affrontare queste situazioni.

I dati dell’ultima relazione del ministro della Salute presentata al Parlamento nel 2014 non risultano molto differenti da quelli rilevati nel 2013.

Tabella 2. IGIV oltre la 12^a settimana gestazionale: confronti internazionali

Paese	Anno	N. totale IGIV	Tasso abortività* (15-44 anni)	% IGIV > 12 settimane
Italia	2011	111.415	9,4	3,4
	2010	115.981	9,9	3,4
	2006	131.018	11,1	2,9
Danimarca	2010	16.365	13,0	4,0
Finlandia	2010	10.242	10,4	8,0
Germania	2010	106.800	7,2	2,6
Inghilterra e Galles	2010	189.574	17,5	8,9
Norvegia	2011	15.343	15,5	4,1
Olanda	2011	27.728	8,7	19,7
Repubblica Ceca	2011	24.055	9,6	3,6
Spagna	2011	118.359	11,4	10,2
Svezia	2011	37.696	20,8	6,6
Svizzera	2011	11.079	6,8	4,0
USA	2008	1.212.350	19,6	12,9

* Il tasso di abortività utilizzato per i confronti internazionali è calcolato considerando a denominatore il numero di donne di età compresa tra 15 e 44 anni.

■ IVG dopo i primi 90 giorni, nella donna maggiorenne

◆ Artt. 6 e 7 della legge 194/78

Dopo i 90 giorni di amenorrea la legge prevede la possibilità di interrompere la gravidanza non più sulla base di una scelta volontaria e responsabile della donna, come nel primo trimestre, ma in base a ragioni di ordine strettamente sanitario. Ciò significa che la possibilità di interrompere la gravidanza diventa pertinenza dei sanitari che hanno l'obbligo di valutare con molta attenzione l'esistenza delle condizioni previste dalla legge. I motivi di questa scelta sono da attribuire a diverse considerazioni, soprattutto biologiche ed etiche. D'altra parte al tempo dell'approvazione della legge tutti i parlamentari convennero sul fatto che dopo i primi 90 giorni la tutela giuridica da garantire al nascituro doveva essere maggiore, così come doveva essere attentamente valutato il rischio per la madre.

Il caso del pericolo di vita si pone quando siano presenti malattie preesistenti, aggravate o riacutizzate dallo stato gravidico, o malattie sopravvenute, aggravate o incurabili a causa della gravidanza, o malattie proprie della gravidanza (gravissime forme di gestosi). In questo caso il pericolo non è considerato prossimo perché tale evenienza è appositamente prevista nell'art. 7 e configura la specie di un vero e proprio aborto terapeutico al punto che "l'intervento può essere praticato anche senza lo svolgimento delle procedure previste dal comma precedente e al di fuori delle sedi di cui all'articolo 8".

Il legislatore in questo caso ha previsto perciò due ipotesi di pericolo per la vita della donna. La prima riguarda un rischio che la presenza di patologie gravi possa nel corso della gravidanza o nel puerperio causare la morte della donna, mentre nella seconda ipotesi si considera il caso della presenza di una patologia così grave da costituire un "imminente" pericolo per la sua vita.

Il primo caso prevede che una prima valutazione possa essere compiuta anche in fase di counseling precovero e che il medico del consultorio o il ginecologo curante invii la paziente a una consulenza presso l'ospedale dove "eventualmente" avverrà l'intervento. Il secondo caso contempla invece una situazione di emergenza che non può che essere valutata in un contesto ospedaliero dove la donna è già presente a causa delle patologie citate o dove viene ricoverata in condizioni di urgenza.

I due concetti dal punto di vista strettamente sanitario e medico-legale sono ben diversi perché configurano situazioni cliniche molto lontane tra di loro e vale la pena ribadirlo perché questo è uno degli aspetti che sono risultati meno chiari nell'interpretazione della legge.

Nel caso invece si tratti di "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" la valutazione riguarda la presenza non di un rischio per la vita, ma di un grave pericolo per la salute della donna.

Anche il “grave pericolo” prevede due possibilità. La prima si riferisce alla presenza di processi patologici che determinino un grave pericolo per la salute fisica della donna. In questo caso le patologie in grado di compromettere gravemente la salute di una donna in gravidanza possono essere ricondotte a quelle malattie in genere già presenti prima della gestazione e che possono seriamente peggiorare a causa della gravidanza (diabete non compensato, gravi cardiopatie, tireotossicosi ecc.).

Queste situazioni sono oggi relativamente rare. Una donna è generalmente già a conoscenza di gravi patologie prima dell’insorgenza della gravidanza, tenuto conto anche dell’aumento dell’età media del primo parto. Ricordiamo che in Italia l’età media del primo parto è passata dai 29,1 anni del 1991 ai 31,4 anni del 2011 e nel caso di gravidanza indesiderata la donna decide per l’IVG fin dal primo trimestre, di solito su consiglio medico.

Non si può escludere, però, che in alcuni casi la diagnosi di gravidanza venga fatta in un periodo successivo al 90° giorno di amenorrea e quindi si renda necessario percorrere la procedura prevista per una IVG del secondo trimestre.

La seconda possibilità interessa invece quelle donne che potrebbero subire dal proseguimento della gravidanza un grave nocumento per la loro salute psichica.

Qui la legge introduce una possibile causa di pericolo per la salute psichica della donna, ma questa non è la sola evenienza. Il testo dice infatti “tra cui” perché prevede anche la presenza “di rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro”.

Su questo punto vale la pena approfondire alcuni aspetti.

Il primo. La legge non ammette che la semplice presenza di anomalie fetali autorizzi *de facto* un’interruzione nel secondo trimestre. Solo i difetti così gravi che possono comportare un grave pericolo per la salute psichica della donna diventano motivo sufficiente per procedere all’esecuzione dell’intervento. Il legislatore non ha voluto cioè introdurre una norma o un principio che potrebbe essere annoverato tra pratiche di tipo eugenetico. Ciò significa praticamente che una coppia può decidere di proseguire una gravidanza anche in presenza di malformazioni e nessuno può interferire in una decisione spetta solamente alla coppia e in ultima istanza alla donna. Al contrario una donna può anche interrompere la gravidanza in presenza di anomalie fetali, ma solo nel caso che le patologie presentate dal feto siano considerate foriere di pericolo per la sua salute psichica.

Il secondo. Solo al medico “del servizio ostetrico-ginecologico dell’ente ospedaliero in cui deve praticarsi l’intervento” spetta valutare e certificare l’esistenza di quei fattori che permettono di ricorrere all’intervento.

La legge non fa riferimento specifico al fatto che la decisione spetti al medico che deve eseguire l’intervento o al responsabile della struttura ove egli opera.

Questo sul piano pratico non sembra, fino a oggi, avere sollevato grandi contraddizioni, ma rimane un aspetto controverso soprattutto nelle grandi strutture

dove esiste un servizio o una struttura semplice esplicitamente dedicata a eseguire le interruzioni di gravidanza.

Il terzo. Il ginecologo del servizio ostetrico-ginecologico può avvalersi della collaborazione di specialisti, ma non necessariamente. Questa eventualità, nella realtà concreta dell'attuazione della legge, ha posto, in talune circostanze, difficoltà nella sua applicazione poiché la parola collaborazione è stata in più di un'occasione interpretata, non come un ulteriore ausilio al fine di chiarire il quadro clinico, ma come pura delega a un altro specialista di certificare lo stato di grave pericolo.

Va ricordato che la responsabilità di chi esegue materialmente l'intervento rimane inalterata al di là che vi sia o meno la certificazione di "specialisti". La legge inoltre non specifica il tipo di specialista né il numero, e quindi l'indicazione può essere interpretata in modo piuttosto libero.

In particolare quando si tratta di appurare la presenza di "processi patologici [...] che determinino un grave pericolo per la salute [...] psichica della donna" lo specialista di riferimento è lo psichiatra o un libero professionista o uno psichiatra del servizio pubblico.

Senza addentrarci nello specifico di tale valutazione che spetta ai colleghi psichiatri dobbiamo ricordare almeno tre aspetti del problema.

Il primo che abbiamo già visto è che la certificazione dello psichiatra non esime il ginecologo che esegue l'interruzione dalle responsabilità legate alla scelta di intervenire oltre alle responsabilità strettamente chirurgiche o medico-chirurgiche.

Il secondo che l'invio allo psichiatra – non ci sarebbe bisogno di sottolinearlo – non significa che la risposta debba essere necessariamente favorevole alla richiesta formulata dalla donna. Il compito dello psichiatra è complesso (cfr. a proposito le riflessioni del gruppo di lavoro della Società Italiana di Psichiatria su "Salute mentale della donna e interruzione di gravidanza") poiché esso deve svolgere un duplice ruolo: quello diagnostico-certificativo (diagnosticare e certificare una condizione di grave pericolo per la salute psichica della donna) e quello terapeutico-prescrittivo (indicare la necessità di procedere alla interruzione della gravidanza al fine di garantire la preservazione dello stato di salute mentale). La sua valutazione quindi verrà fatta alla conclusione della consulenza che può prevedere – la legge non lo specifica – sia un coinvolgimento di altre competenze, sia una consultazione con il ginecologo inviante allo scopo di acquisire ulteriori elementi di giudizio [3].

Il quarto. Questo aspetto riguarda la responsabilità diretta dello psichiatra il quale, a sua volta, non può esimersi dall'esprimersi chiaramente sul quesito posto.

Espressioni come "paziente vigile e cosciente, equilibrata con capacità ideativa conservata, al momento con crisi d'ansia per la patologia fetale riscontrata" non rispondono all'interrogativo centrale della richiesta che è volta a conoscere se i processi patologici accertati determinino o meno **un grave pericolo per la salute**

psichica della donna. Ora è vero che “la maggioranza delle persone sono di tinte miste, sfumate, sovrapposte e variano a seconda di differenti situazioni come sete cangianti esposte a luci diverse” (Lord Chesterfield, 1752), ma la risposta non dovrebbe lasciare adito a dubbi. In questa fase, proprio per la delicatezza del percorso, è raccomandabile la più stretta collaborazione tra tutti i professionisti e i servizi sanitari e sociali non per sottoporre il soggetto in questione a un “calvario” di verifiche burocratiche, ma per meglio sostenerlo in una scelta consapevole e in un momento di particolare difficoltà nel pieno rispetto delle norme previste dalla legge.

Il quinto. La legge impone, quando sussista la possibilità di vita autonoma del feto, ovvero di norma dalla 23^a alla 25^a settimana di amenorrea, di intervenire solo se è in pericolo la vita della donna, ma impone anche di adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto. È questo un tema di grande spessore etico oggi al centro della discussione per un’eventuale rivisitazione della legge. Infatti, i progressi della moderna neonatologia hanno sì strepitosamente anticipato, rispetto a più di trent’anni fa, l’epoca nella quale è possibile assicurare la “sopravvivenza” a feti anche molto piccoli, ma non sono ancora così efficaci da garantire a questi la certezza di una vita esente da gravi e talvolta gravissimi handicap. Ciò può comportare che interruzioni di gravidanza eseguite nel secondo trimestre diano esito a feti vivi che la legge obbliga a assistere con la possibilità che possano sopravvivere recando su di sé le gravi sequele soprattutto di ordine neurologico che ne compromettano in modo irreversibile lo stato di salute. L’esperienza nell’applicazione della legge, oltre al contributo di autorevoli Società Scientifiche e commissioni di esperti (vedi “La Carta di Firenze” 2006), indicano nella 22^a settimana, anche se la legge 194 non fa menzione di limiti temporali, l’età gestazionale al di sotto della quale non si prevede la nascita di un feto con ragionevoli probabilità di sopravvivenza [4].

L’orientamento sull’opportunità di non definire *ope legis* un limite cronologico oltre il quale vietare l’interruzione di una gravidanza è stato, anche se indirettamente, confermato da una sentenza del Tar della Lombardia nel 2010 che ha respinto la delibera della Regione Lombardia che aveva introdotto il limite delle 22 settimane + 3 giorni come soglia invalicabile per poter eseguire un interruzione oltre il 90° giorno. La motivazione sostanziale è stata quella che nessuna regione, pur avendo ampi poteri nella gestione della sanità non può legiferare su questioni sulle quali è riservata allo Stato la potestà di dettare norme di principio, mentre resta riservata alle regioni la sola produzione delle norme di dettaglio. Ma anche questa sentenza rafforza e ribadisce il principio che l’assenza di un limite temporale voluto dal legislatore centrale non è stato casuale, ma si deve lasciare al medico la valutazione caso per caso e rimandare alla continua evoluzione del progresso medico la previsione della possibilità di vita autonoma del feto [5].

■ IVG dopo i primi 90 giorni, nella donna minorenni

L'art. 12 regola le procedure per l'IVG nelle minorenni. In riferimento all'IVG dopo i primi 90 giorni la legge stabilisce che "Ai fini dell'interruzione della gravidanza dopo i primi novanta giorni, si applicano anche alla minore di diciotto anni le procedure di cui all'articolo 7, indipendentemente dall'assenso di chi esercita la potestà o la tutela". La legge in questo caso presuppone una situazione di estrema urgenza (un imminente pericolo per la vita), o di relativa urgenza (un grave pericolo per la vita o per la salute fisica o psichica della giovane donna) privilegia senza mezzi termini la salvaguardia della salute di quest'ultima a scapito dell'assenso di chi esercita la potestà o la tutela. Ciò non significa – tradiremmo lo spirito della legge se non lo affermassimo – che il consenso da parte di chi esercita la potestà dovrebbe essere sempre ricercato, soprattutto in una situazione di grande drammaticità qual è sempre un'interruzione di gravidanza in una minore dopo i primi 90 giorni. Dovrebbe essere, ancora una volta, compito dei servizi territoriali attivarsi perché questa procedura possa essere portata a termine nel rispetto delle norme, ma anche con l'obiettivo di rendere meno traumatica possibile questa esperienza, avvalendosi quando è possibile della collaborazione della(e) famiglie di origine.

■ IVG dopo i primi 90 giorni, nella donna interdetta per infermità di mente

L'art. 13 disciplina le modalità per sottoporsi a una IVG nel caso di una donna interdetta per infermità di mente. Lo riportiamo integralmente: "Se la donna è interdetta per infermità di mente, la richiesta di cui agli articoli 4 e 6 può essere presentata, oltre che da lei personalmente, anche dal tutore o dal marito non tutore, che non sia legalmente separato. Nel caso di richiesta presentata dall'interdetta o dal marito, deve essere sentito il parere del tutore. La richiesta presentata dal tutore o dal marito deve essere confermata dalla donna. Il medico del consultorio o della struttura socio-sanitaria, o il medico di fiducia, trasmette al giudice tutelare, entro il termine di sette giorni dalla presentazione della richiesta, una relazione contenente ragguagli sulla domanda e sulla sua provenienza, sull'atteggiamento comunque assunto dalla donna e sulla gravidanza e specie dell'infermità mentale di essa nonché il parere del tutore, se espresso. Il giudice tutelare, sentiti se lo ritiene opportuno gli interessati, decide entro cinque giorni dal ricevimento della relazione, con atto non soggetto a reclamo. Il provvedimento del giudice tutelare ha gli effetti di cui all'ultimo comma dell'articolo 8". In questi casi, dunque, sia che si tratti di una IVG del primo o del secondo trimestre

il medico deve sempre trasmettere una relazione al giudice tutelare e sarà questi a decidere l'accoglimento o meno della richiesta.

■ **Accoglienza della donna che richiede una IVG nel secondo trimestre**

Il ginecologo che opera in consultorio o il ginecologo curante può trovarsi nel caso di una richiesta di IVG nel secondo trimestre di fronte a due eventualità.

La prima, e ormai la più frequente, è data dalla diagnosi prenatale di difetti fetali che possono avere, come sappiamo, un ampio spettro di gravità. Nel caso delle condizioni più serie, da quelle incompatibili con la vita alle aneuploidie più frequenti, esiste un esteso consenso a eseguire l'intervento. Questo nei luoghi dove è possibile realizzarlo, dove cioè esistono le competenze e un numero sufficiente di medici non obiettori. La certificazione di uno specialista (psichiatra) che documenti "il grave pericolo per la salute psichica della donna" viene rilasciata con una relativa facilità.

Nel caso invece si tratti di difetti meno gravi o di incerta interpretazione o dalle conseguenze difficilmente prevedibili allora il problema si complica.

Rimane vero che spetterà poi allo psichiatra la valutazione degli effetti che la comunicazione della diagnosi ha avuto sulla donna, ma non vi è dubbio che la descrizione delle caratteristiche del difetto o malformazione spettano al ginecologo che ha accolto la donna. In questi casi è assolutamente necessario, nella definizione della prognosi fetale, associare al proprio giudizio anche quello di altri specialisti (genetista, esperto di fisiopatologia prenatale, chirurgo pediatra ecc.) che possano offrire le maggiori informazioni alla donna sugli aspetti della patologia che è stata diagnosticata e sul futuro e la qualità di vita del bambino.

Buona norma in questi casi è sempre quella di trasmettere il massimo grado di empatia umana e far sentire alla donna o alla coppia che qualsiasi decisione verrà assunta non sarà sottoposta a nessun giudizio di tipo morale.

In taluni casi è necessario soprattutto contenere l'ansia di donne che si trovano inaspettatamente di fronte a patologie fetali non particolarmente gravi, a patologie cioè che possono essere corrette precocemente grazie anche alla diagnosi ecografica. Talvolta, si rende necessario proporre approfondimenti diagnostici tesi a definire meglio le caratteristiche del difetto e in questi casi è fondamentale supportare la donna o la coppia che deve assumere decisioni comunque dolorose. I servizi consultoriali dotati di équipe multidisciplinari dovrebbero essere i più adatti a svolgere tali consulenze e dovrebbero farsi carico di coordinare l'intero itinerario diagnostico, soprattutto quando si tratta di minorenni o donne interdette.

Non si può in questo contesto non citare il caso, non infrequente, di Centri di Diagnosi Prenatale che non offrono la possibilità di interrompere la gravidanza nel caso di presenza di malformazioni fetali. Senza mettere in discussione il diritto all'obiezione di coscienza, non si può non segnalare però il dovere morale di qualsiasi professionista di sostenere e aiutare molto concretamente una paziente a cui dovesse essere diagnosticata una grave malformazione fetale dal momento che una legge dello Stato consente sia l'obiezione per il professionista, sia l'opzione di interrompere la gravidanza per la donna.

Il secondo caso riguarda quelle donne che per motivi diversi si trovano nelle condizioni di avere a che fare con una gravidanza fortemente indesiderata in un periodo successivo al 90° giorno di amenorrea. Le cause possono essere le più diverse. Donne soprattutto giovani o giovanissime che hanno "rimosso" l'esistenza della gravidanza per paura o incertezza sul da farsi, donne che devono affrontare la rottura della loro relazione affettiva proprio in occasione dello svolgimento della loro gestazione o che verificano con ritardo che le condizioni per cui avevano accettato inizialmente la gravidanza non ci sono più e potremmo continuare a lungo in questa casistica. In queste situazioni il counseling e il lavoro interdisciplinare si rivela particolarmente utile perché in alcuni di questi casi le problematiche che determinano questa scelta possono essere rimosse soprattutto quando la gravidanza era stata non solo desiderata, ma attivamente ricercata.

Nel caso la donna persista nella sua richiesta e non vi siano condizioni cliniche e organiche che consentano di rilasciare direttamente una certificazione, secondo quanto previsto dagli artt. 6 e 7, la donna dovrebbe essere inviata a uno psichiatra o a un Servizio di Igiene Mentale per una valutazione più attenta delle sue motivazioni. In questi casi è assolutamente necessario informare la donna, come abbiamo già ricordato, che il collega o i colleghi ne valuteranno oggettivamente le condizioni e che la loro certificazione non sarà per nulla scontata e che la decisione ultima spetterà al ginecologo del Servizio Ospedaliero, specificando che la prassi comune prevede che se lo psichiatra certificherà, i medici dell'ospedale si atterranno alle sue indicazioni. Sarà bene inoltre in tutti i casi, e soprattutto in quelli più problematici, inviare la donna con una relazione per i colleghi e stabilire una strategia di monitoraggio del caso.

Un elemento importante da tenere presente è quello di comunicare alla donna che tutto il percorso è stato previsto, che il suo caso non è il primo né sarà l'ultimo e che le decisioni dei medici si ispireranno a criteri di umanità e rigore, nel rispetto cioè della scienza, della coscienza e delle leggi in vigore.

■ Cosa fare e cosa non fare in fase di certificazione e invio in ospedale

Una volta accertato l'orientamento della donna a interrompere la gravidanza dopo l'accoglienza, la visita ginecologica, il riscontro del referto ecografico e il counseling con il medico consultoriale o con il ginecologo curante, si impongono alcuni compiti. Si tratta innanzi tutto di informare la donna di ciò che è previsto dalla legge.

Nel caso si tratti di una richiesta sulla base di un referto che abbia individuato una patologia fetale, l'iter successivo può essere gestito direttamente dal personale del consultorio – eventuali approfondimenti diagnostici, invio allo psichiatra e successiva gestione del caso – o delegato, previ accordi, direttamente alla struttura ospedaliera dove verranno eseguiti gli approfondimenti diagnostici se necessari e dove verrà attivata la consulenza psichiatrica.

La certificazione in questo caso deve essere sostituita con una base di ricovero che potrebbe avere questa impostazione:

Si richiede il ricovero per la sig.ra XX per un'eventuale IVG dopo il 90° giorno di amenorrea ai sensi degli artt. 6 e 7 della legge 22/5/78, n.194

La Sig.ra presenta le seguenti condizioni (refertazione ecografica)

Si allegano:

Refertazioni, Documentazione sanitaria, Certificazioni (compresa quella dello psichiatra)

Nel caso invece ci si trovi di fronte a un caso di grave pericolo per la vita della donna o quando siano accertati processi patologici che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna non derivanti dalla diagnosi di malformazione, la certificazione deve essere sostituita con una base di ricovero che potrebbe avere questa impostazione:

Si richiede il ricovero per la sig.ra XX per un'eventuale IVG dopo il 90° giorno di amenorrea ai sensi degli artt. 6 e 7 della legge 22/5/78, n.194

La Sig.ra presenta le seguenti patologie

Si allegano:

Refertazioni, Documentazione sanitaria, Certificazioni (compresa quella dello psichiatra)

Anche in questo frangente l'“istruzione” del caso può essere gestita dal personale del consultorio o delegato, previ accordi, direttamente alla struttura ospedaliera dove verranno eseguiti gli approfondimenti diagnostici se necessari e dove verrà attivata la consulenza psichiatrica.

Questo percorso sarà tanto più efficace se, come sarebbe auspicabile, si realizzasse nelle diverse realtà una procedura condivisa e sottoscritta tra i diversi attori del percorso (direzione sanitaria, struttura ospedaliera, servizio consultoriale, servizio di igiene mentale, servizio sociale).

Nel caso di una minore, se la visita e l'ecografia confermano lo stato di gravidanza oltre i primi novanta giorni, il ginecologo dovrebbe inviare la minore al servizio di Igiene Mentale per la valutazione della presenza di un grave pericolo per la sua salute psichica. La minore dovrebbe essere accompagnata dall'assistente sociale (del Comune o del C.F.) e/o dalla psicologa del consultorio; i genitori della minore, se consenzienti, dovrebbero essere coinvolti in tutta la procedura. Se lo psichiatra accerta le condizioni di cui sopra viene rilasciato un certificato medico da consegnare agli operatori del consultorio che provvederanno al ricovero. Naturalmente, la richiesta di consulenza psichiatrica può essere avanzata direttamente dalla struttura ospedaliera nel caso gli accordi stabiliti localmente lo prevedano. Anche in questo caso, come per la donna interdetta, si segnala l'estrema utilità di prevedere un itinerario-procedura che definisca i compiti delle diverse figure professionali impegnate in questo percorso insieme diagnostico e operativo, e dalle forti valenze sociali e psicologiche. Nel caso invece che la richiesta non dovesse essere accolta, la priorità dovrebbe essere quella di non lasciare sola la donna in un frangente così difficile e mettere in atto tutte quelle iniziative rivolte a sostenerla fino alla conclusione della gravidanza ed eventualmente anche dopo.

■ Cosa fare e cosa non fare in ospedale e compiti del medico che esegue l'intervento

Nel caso la donna si rechi direttamente in ospedale, la procedura che prevede l'accoglienza, la valutazione clinica, l'accertamento dell'età gestazionale, il counseling, l'eventuale consulenza psichiatrica, sono gli stessi previsti nel caso la donna si sia recata in consultorio.

Una volta raggiunta la decisione di eseguire l'intervento, i compiti del medico ospedaliero sono i seguenti:

- comunicazione alla Direzione Sanitaria, circostanziata e motivata, che deve essere fatta preliminarmente, all'atto del ricovero, prima di iniziare le procedure abortive;
- compilazione della certificazione di autorizzazione, controfirmata dalla donna, che deve essere inviata, in copia, alla Direzione Sanitaria;
- sottoscrizione del consenso informato che deve avvenire nella forma più appropriata e riservata e tenere conto dei compiti previsti all'art. 14 della legge 194: "Il medico che esegue l'interruzione della gravidanza è tenuto a fornire alla donna le informazioni e le indicazioni sulla regolazione delle nascite, nonché a renderla partecipe dei procedimenti abortivi, che devono comunque essere attuati in modo da rispettare la dignità personale della donna. In presenza

di processi patologici, fra cui quelli relativi ad anomalie o malformazioni del nascituro, il medico che esegue l'interruzione della gravidanza deve fornire alla donna i ragguagli necessari per la prevenzione di tali processi" (cfr. *infra*);

- l'esecuzione vera e propria dell'intervento (cfr. *infra*).

■ Consenso informato

Elaborare un consenso scritto nei casi di interruzione di gravidanza oltre i 90 giorni è estremamente complesso poiché il tema, come abbiamo visto, è molto denso di problematiche psicologiche, etiche, medico-legali oltre che cliniche.

Innanzitutto vanno distinte le differenti ipotesi previste dall'art. 6.

Alla lettera *a*) del suddetto articolo è prevista l'ipotesi del grave pericolo per la vita della donna correlato alla gravidanza o al parto. In questi casi, trattandosi di una valutazione medica in senso stretto, fatta dal ginecologo, anche di concerto con altri specialisti o su input di questi (ad esempio, cardiologo, oncologo ecc.), il consenso dovrà contenere l'enunciazione della consapevolezza della donna di trovarsi in stato di pericolo per le ragioni esplicitate nel certificato medico (da allegare in copia), oltre alla dichiarazione di accettazione dell'interruzione della gravidanza e dei rischi a essa correlati.

Nel caso di pericolo imminente per la vita della donna, il ginecologo può precedere all'interruzione immediatamente, senza necessità di compilare preventivamente la certificazione e seguire la procedura indicata dalla prima parte dell'art. 7. In questi casi, se è nelle condizioni di farlo e c'è tempo sufficiente, è opportuno comunque che la donna sottoscriva il consenso informato. Se invece la donna è incosciente o bisogna agire con la massima urgenza, si può (deve) procedere all'interruzione immediatamente. In questo caso, oltre alla legge 194 che prevede questa possibilità, va tenuto presente che per il medico ricorre anche la causa di non punibilità prevista dal nostro Codice, cioè la condizione di avere agito in "stato di necessità" al fine di salvare la vita a una persona.

Più complesso sotto il profilo applicativo è il disposto della lettera *b*) e cioè quello che presuppone l'accertamento di condizioni che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna. Va innanzitutto rilevata la singolarità del fatto che in questi casi si profila una situazione di "consenso inverso", e cioè è la donna che generalmente presenta al medico la propria gravidanza come pregiudizievole per la sua salute e non l'opposto. In nessun'altra situazione il consenso ha questa direzione: paziente-medico/medico-paziente. Nella maggioranza dei casi, infatti, accertata la *noxa* è il medico che propone la soluzione terapeutica alla paziente, mentre nella legge 194 è la donna che giudica la gravidanza come minaccia per la sua salute psico-fisica e ne chiede

l'interruzione, anche se spetta ai sanitari valutare se questa richiesta rientra nei casi previsti dalla legge.

Peraltro, è evidente che quando entrano in gioco valutazioni sulla "salute psichica" della donna, che sono i casi di gran lunga più numerosi, risulta poco comprensibile che debba essere il solo ginecologo a certificare l'esistenza del "processo patologico" e a proporre il consenso informato. In tali casi infatti la legge prevede la possibilità di attivare la collaborazione di specialisti in psichiatria. In applicazione della normativa deve ritenersi però, come abbiamo già avuto modo di sottolineare, che l'ultima parola spetti comunque al ginecologo, detentore per legge dell'onere della "certificazione finale".

Talvolta, soprattutto se lo psichiatra non riscontra le condizioni che consentono alla donna di interrompere la gravidanza, questa decisione potrebbe essere percepita come arbitraria da parte della donna e dar luogo a contenziosi defaticanti cui il ginecologo è esposto per il solo fatto di avere agito al fine di far rispettare la legge. Ma soprattutto costringe il medico che deve eseguire l'intervento a prendere "in solitudine" la decisione. La valutazione è sempre molto difficile, sia perché il "modello di normalità accettabile" quando si tratta della salute del proprio figlio non è condiviso allo stesso modo da tutte le madri e partecipare al dramma che ogni donna vive in queste occasioni con empatia, ma anche con il distacco necessario che ogni atto medico impone, risulta molto "faticoso" e spesso fonte di vera e propria sofferenza. Quando poi la valutazione del grave pericolo che riguarda la salute psichica è compito esclusivamente del ginecologo che deve anche tenere conto degli aspetti connessi all'età gestazionale e delle ripercussioni che la nascita di un feto vitale può avere, a sua volta, sull'equilibrio della donna, la scelta diventa ancora più complessa.

In estrema sintesi potremmo dire che "Ogni volta che si autorizza un'interruzione oltre i 90 giorni non si ha la certezza di aver fatto la cosa giusta e ogni volta che si nega il consenso a un'interruzione oltre i 90 giorni si ha il dubbio di non aver fatto la cosa giusta".

In altre parole, quando ci si trova in situazioni simili, il bilanciamento tra il diritto alla salute della madre e i diritti di un feto che alla nascita potrebbe dare segni di vitalità è completamente affidato al medico del servizio ostetrico-ginecologico.

Il ricorso a test diagnostici per la depressione, tipo il test di Rachman, può essere utile nella pratica clinica al fine di rendere il meno possibile soggettivo il giudizio ma, come sappiamo, questi strumenti costituiscono un'importante ausilio diagnostico ma non sostituiscono la diagnosi vera e propria.

La donna che richiede una IVG oltre i 90 giorni coltiva un desiderio fondamentale: fare presto e cercare di dimenticare. Il medico d'altro canto è obbligato a verificare i presupposti previsti dalla legge e a raccogliere il consenso illustrando sia le procedure cliniche che verranno adottate, sia il ventaglio delle complicanze

correlate a un aborto oltre la 12^a settimana. La donna, per quanto detto finora, è generalmente in una situazione di particolare soggezione che la porta istintivamente a rimettersi completamente nelle mani dei sanitari, ma talvolta è mal disposta all'ascolto anche per lo stress emotivo che la coinvolge. Questa particolare situazione deve essere gestita con abilità dal ginecologo sia sul piano della comunicazione volta a rassicurare e informare la donna, sia sul piano strettamente clinico adattando i protocolli alle diverse esigenze dei singoli casi. Dopo questi primi aspetti, più intrinseci all'ottenimento del consenso informato, va poi affrontato il problema della vitalità del feto. Abbiamo già esaminato questo tema nella disanima degli articoli dedicati all'IVG del secondo trimestre. In via generale, l'ultimo comma dell'art. 7 prevede che quando il feto è in grado di vita autonoma, l'interruzione della gravidanza può essere praticata solo nel caso in cui risulti in pericolo la vita della donna.

Pertanto, se in base all'epoca gestazionale e agli accertamenti diagnostici dovesse risultare che il feto è in grado di vita autonoma, bisogna spiegare alla donna in modo chiaro e fermo che l'IVG non è più praticabile a meno che non sussista un grave pericolo per la sua vita. In questi casi è, altresì, opportuno illustrare la possibilità del "parto anonimo", prevista per tutte le donne.

È però vero che tra la 20^a e la 22^a settimana di gestazione sussiste seppure molto raramente la possibilità di vita autonoma del feto, e di ciò la donna deve essere messa al corrente. Ovviamente il consenso non riguarda l'obbligo alle cure che il medico deve prestare per salvaguardare la vita del feto (ad esempio, pratiche di rianimazione) poiché queste sono previste come vincolanti dalla legge, ma soprattutto l'informazione degli obblighi previsti dalla legge.

Nella generalità dei casi, la donna messa al corrente di eventuali pratiche di rianimazione assume un atteggiamento oppositivo, manifestando la sua contrarietà. Tuttavia, altrettanto spesso, ad aborto avvenuto è la stessa donna a rivendicare la "proprietà" del feto, chiedendone la restituzione per la sepoltura.

Ciò conferma la complessità delle implicazioni psicologiche e la contraddittorietà di sentimenti correlate all'interruzione di gravidanza soprattutto quando avviene nel secondo trimestre.

L'informazione deve essere, dunque, completa sia sul piano degli aspetti sanitari sia dal punto di vista degli aspetti giuridici. L'esposizione dovrebbe avvenire in modo semplice e partecipato di modo che l'antitesi tra salute della madre e vita del feto produca il minor traumatismo possibile. La donna, in sintesi, dovrebbe avere chiaro sin dove arriva la sua potestà di scelta, i limiti posti dal nostro ordinamento, gli obblighi non derogabili del medico, ma anche una possibile risoluzione attraverso la procedura del parto anonimo, prevista dall'art. 30 comma 2 DPR 396/2000 [6].

■ Tecniche di interruzione dopo il 90° giorno

Il progresso scientifico degli ultimi anni ha modificato il management dell'IVG oltre i 90 giorni. Prima del 2010 non era inusuale che un'induzione si protraesse anche per 7 giorni, aggiungendo allo strazio della sofferenza della donna, l'aumento dell'epoca gestazionale e quindi delle chance del nascituro di esprimere caratteri di vitalità. Oggi le cose sono diverse.

Il protocollo più utilizzato consiste nella somministrazione di una compressa di mifepristone 200 mg 3 volte/die (600 mg) seguita dopo 36 ore da una prostaglandina per via orale o vaginale come misoprostolo 400 mcg sublinguali o gemeprost 1 mg da ripetere in assenza di travaglio abortivo ogni 3 ore per tre o quattro volte fino all'espulso dell'aborto. Questo protocollo si rivela efficace in oltre il 90% dei casi. È raccomandato somministrare un antibiotico iniettivo nell'immediatezza dell'aborto, seguito da un inibitore della lattazione e, ove necessario, dall'immunoprofilassi anti-D. Qualora una donna abbia subito un cesareo e si debba sottoporre a una IVG oltre il 90° giorno il protocollo non cambia sebbene il livello di attenzione debba essere maggiore. Un'alternativa alle prostaglandine, soprattutto nei casi di stenosi serrata del collo, frequenti nelle nullipare e nelle precesarizzate, può essere costituita da dilatatori meccanici (osmotici, igroscopici).

La richiesta di esame autoptico deve essere fatta laddove l'esame necroscopico possa fornire informazioni atte a prevenire patologie per le future gravidanze. Ove non chiarito in fase di accoglienza o di counseling, una problematica che viene sollevata quasi di prassi è il recupero del feto morto. Anche in questo caso non vi è alcuna normativa che orienti sul da farsi, ma la riflessione che viene spontanea è che l'estremo atto della sepoltura è probabilmente un modo per tacitare il senso di colpa che spesso coglie queste coppie ed esprime il tentativo di prendere le distanze da una decisione che si percepisce, e in moltissimi casi lo è, come obbligata, necessaria, inevitabile.

Ma va avallata?

La sottoscrizione di un modulo per lo smaltimento ordinario del prodotto abortivo prima delle procedure di induzione evita incresciose incomprensioni e iter burocratici complessi e dolorosi, ma tenuto conto dell'estrema variabilità dei casi e delle diverse sensibilità bisognerebbe prendere in seria considerazione questo aspetto e trovare le soluzioni meno traumatiche per tutti.

La dimissione avviene normalmente poche ore dopo l'espulsione.

Il primo controllo andrebbe eseguito presso la struttura che ha eseguito l'intervento dopo 10, 14 giorni per poi delegare i controlli successivi al ginecologo curante o alla struttura pubblica che ha seguito la donna fino al suo ricovero in ospedale. Oltre agli aspetti biologici (condizioni generali, perdita ematica, involuzione uterina ecc.) dovrebbe essere monitorata con particolare cura l'evoluzione dello stato emotivo della donna anche mediante l'ausilio di professionisti dedicati.

■ Casi clinici

La disamina di alcuni casi clinici si può rivelare più esplicativa di molti enunciati teorici poiché contempla situazioni reali nelle quali il medico non obiettore deve continuamente ricercare la sintesi più rispettosa di tutte le esigenze in campo.

La riflessione indotta da quanto segue è che nell'applicazione della legge 194 oltre i 90 giorni molto spesso, come si è già detto, è difficile soddisfare contemporaneamente gli "interessi" dell'uno e dell'altro e cioè della madre e del feto con le conseguenti dolenti incertezze sulle scelte da fare.

◆ Caso clinico 1

Signora M.E. di anni 24, umr il 18.03.2014. Esegue esame morfologico fetale il 14/08/2014, nel corso del quale si rileva un'iperecogenità delle anse intestinali. La signora viene invitata a effettuare un'amniocentesi e una ricerca per fibrosi cistica. Nelle more della risposta genetica la signora si sottopone ad altro esame morfologico presso una diversa struttura privata da cui non emerge alcuna anomalia scritta sul referto, ma, riferisce la paziente, verbalmente le è stata confermata l'iperecogenicità delle anse intestinali. Sottoposta a un terzo esame morfologico presso altra struttura privata, si rileva oltre l'iperecogenicità intestinale anche la presenza di aree compatibili con esiti di perforazione "come da peritonite da meconio" e lissencefalia che, si commenta nel referto, potrebbero essere anche compatibili con un'età gestazionale di 23 settimane (wks) + 5 gg cioè di immaturità. La signora giunge al colloquio oltre i 90 giorni, a 24 wks + 2 gg, e presa in carico. Sottolineammo subito che di fatto non si aveva una diagnosi fetale infausta di certezza (vero è che in calce all'ultimo esame vi era predisposto un incontro con i chirurghi pediatri) e che le possibilità di sopravvivenza alla nascita di un feto di 24 wks e oltre erano tali da prevedere una rianimazione fetale e un affidamento ai chirurghi pediatri. Pertanto si rendeva necessario, verificato il pregiudizio dato dalla gravidanza per la salute psico-fisica della donna, che l'intervento si effettuasse in ambiente ospedaliero con annessa chirurgia pediatrica.

Ovviamente i tempi del counseling lunghi e impegnativi e la particolare situazione clinica di questo caso, ancora una volta devono aprire un varco nella credenza che nel nostro paese sia sufficiente la diagnosi di un difetto fetale per accedere a un'interruzione di gravidanza oltre il 90° giorno di amenorrea.

La paziente si è poi sottoposta a un taglio cesareo in Francia, e siamo in attesa di comunicazioni legali, come minacciato più volte dalla coppia.

◆ Caso clinico 2

Signora A.L. di anni 34, umr il 01/05/2014. In questo caso giunge alla nostra osservazione con richiesta di interruzione il 17/08/2014 alla 15^a settimana una signora che esibisce un tritest con alto rischio per sindrome di Down e con un certificato psichiatrico ben confezionato. Ovviamente la signora viene invitata a eseguire l'amniocentesi, e riscontrata una reticenza sospetta a sottoporsi all'esame, si esegue un approfondito colloquio teso a individuare la vera motivazione della richiesta. Dalla conversazione si evince che con tutta probabilità il concepimento è di origine extraconiugale.

Che fare?

Si rinvia la paziente in consulenza psichiatrica, avendo preliminarmente discusso il caso con i colleghi i quali ritengono di dover sottoporre la paziente a un test diagnostico per la depressione (test di Rachman). Da quel momento inizia purtroppo, lo "stalking" della paziente nei confronti del ginecologo e dello psichiatra, con minaccia di suicidio e di denuncia per omissione di soccorso.

Siamo in attesa dei risvolti legali.

◆ Caso clinico 3

Sig.na A.M. minore, umr non precisata. Giunge alla nostra osservazione accompagnata dai genitori che riferiscono lo stato di gravidanza, in seguito a violenza non denunciata per motivi di sicurezza ambientale.

Si accerta una gravidanza in normale evoluzione alla 22^a settimana + 3 gg.

Dal counseling eseguito emerge uno stato depressivo reattivo alla gravidanza per cui si decide per la consulenza psichiatrica. Il referto dello psichiatra depone per un reale pericolo per la salute psico-fisica della minore per cui si autorizza l'interruzione.

Ovviamente si dà inizio alla procedura, non senza aver esplicitato la possibilità di sopravvivenza del feto e la conseguente eventuale rianimazione.

Nasce in terza giornata dall'induzione un feto di 410 g vivo che viene rianimato e ricoverato presso la UTIN. Alla dimissione i genitori della minore esplicitano la volontà di disconoscimento della maternità.

◆ Caso clinico 4

Sig.ra A.M., umr il 15/02/2014. Giunge alla nostra osservazione il 03/08/2014, alla 23^a settimana +3 giorni per IUGR e assenza di flusso diastolico in arteria ombelicale, con richiesta di IVG oltre i 90 giorni.

La nostra valutazione ecografica dimostra una crescita fetale con ritardo di 3 wks, assenza di flusso diastolico in arteria ombelicale e assenza di malformazioni.

Durante il counseling, lungo e faticoso, in cui si configura la possibilità di vitalità del feto, e quindi l'obbligo di rianimazione, emerge che la signora aveva in precedenza partorito a termine un feto vivo e vitale di 2.000 g.

Si chiede alla paziente la documentazione ecografica della precedente gravidanza e si evince un trend di crescita sovrapponibile alla gravidanza attuale.

Il 30 settembre 2014 nasce a 32 wks un neonato di 900 g, vivo e vitale, senza alcuna compromissione neurologica.

La signora ringrazia.

Raccomandazioni

1. Che cosa fare in fase di certificazione e invio in ospedale

- Accoglienza della donna.
- Eventuali approfondimenti diagnostici e attivazione di consulenze.
- Valutazione più esatta possibile dell'età gestazionale (anamnesi, visita ginecologica, ecografia)
- Colloquio volto a valutare l'orientamento della donna e/o della coppia (in questa fase può essere utile la proposta di un counseling con la figura dello psicologo-professionista normalmente presente nei presidi consultoriali).
- Informazione di ciò che prevede la legge.
- Invio alla consulenza psichiatrica.
- Ricovero per intervento (vedi basi di ricovero).
- Visita e colloquio postintervento.

2. Che cosa fare in ospedale e compiti del medico che esegue l'intervento

- La procedura che prevede l'accoglienza, la valutazione clinica, l'accertamento dell'età gestazionale, il colloquio, l'informazione di ciò che prevede la legge, l'eventuale consulenza psichiatrica, sono gli stessi previsti nel caso la donna si sia recata in consultorio. A ciò si aggiungono:
 - comunicazione alla Direzione Sanitaria;
 - compilazione della certificazione di autorizzazione, controfirmata dalla donna, che deve essere inviata, in copia, alla Direzione Sanitaria;
 - sottoscrizione del consenso informato;
 - esecuzione dell'intervento;
 - dimissioni;
 - visita e colloquio postintervento.

◆ Riferimenti bibliografici

- [1] Legge 22 maggio 1978, n. 194 “Norme per la tutela sociale della maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”, Gazzetta Ufficiale 22 maggio 1978, n. 140.
- [2] Relazione del ministro della Salute sull’attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e per l’interruzione volontaria di gravidanza (legge 194/78) *Dati preliminari 2012. Dati definitivi 2011*, Roma 13 settembre 2013.
- [3] Atti del gruppo di lavoro “Salute mentale della donna e interruzione volontaria della gravidanza” a cura della Società italiana di Psichiatria.
- [4] *Cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 settimane)*. Documento denominato “Carta di Firenze”, 2006.
- [5] III sezione del TAR per la Lombardia. Sentenza del 29 dicembre 2010.
- [6] DPR n. 396/2000. Art. 30 comma 2.

◆ Letture consigliate

- AaVv. *End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians’ self-reported practices in seven European countries*. EURONIC Study Group, Lancet 2000.
- Agence Nationale d’Accreditation et d’Evaluation en Santé (ANAES). *Prise en charge de l’interruption volontaire de grossesse jusqu’à 14 semaines*, Rapport, Paris 2001.
- Agence Nationale d’Accreditation et d’Evaluation en Santé (ANAES). *Induced abortion upto 14 weeks*. ANAES, Paris 2001.
- Alan Guttmacher Institute (AGI), Sharing Responsibility Women Society & Abortion WorldWid, New-York 1999.
- Associazione dei Ginecologi Ospedalieri della Lombardia, *Raccomandazioni per l’interruzione di gravidanza del secondo trimestre*. Milano 2002.
- Atti del Convegno nazionale per i consultori. Rivista di Ginecologia Consultoriale. Suppl. 1, vol. XVI, 3, Milano 2004.
- Atti del Secondo Convegno nazionale *Il consultorio familiare*. Pisa, ottobre 1997, CIC Edizioni Internazionali, Roma 1997.
- Camera dei Deputati (a cura della XII commissione). *Indagine conoscitiva sulla applicazione della legge 194 del 1978 recante “Norme per la tutela sociale della Maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”, in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari*, Roma 2006, www.camera.it.
- Camera dei Deputati (a cura della XII commissione). *Indagine conoscitiva sulla applicazione della legge 194 del 1978 recante “Norme per la tutela sociale della Maternità e sull’interruzione volontaria della gravidanza”, in particolare per quanto riguarda le funzioni attribuite dalla legge ai consultori familiari*. Roma 2006, www.camera.it.
- Casadei D, Righetti PL. *Il sostegno psicologico in gravidanza*. Edizioni Scientifiche, Roma 2005.
- Cattedra di Neonatologia, Istituto e Centro di Bioetica, Università Cattolica del S. Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia “A Gemelli”. *Proposta di linee-guida per l’astensione dall’accanimento terapeutico nella pratica neonatologica*. Roma 2006.
- Circolare 18/11/2005, Assessorato alla Sanità Regione Emilia Romagna, Prot. ASS/SAS/05/39110.

- Comitato Nazionale per la Bioetica. *Il trattamento dei neonati estremamente prematuri: note bioetiche*. Roma, febbraio 2008.
- Creinin MD. *Medical abortion: historical regimens context and overview*. Am J Obstet Gynecol 2000;183:33-9.
- Creinin MD. *Randomized comparison of efficacy, acceptability and cost of medical versus surgical abortion*. Contraception 2000;62:117-24.
- Dehan M, Gold F, Grassin M, Janaud JC, Morisot C, Ropert JC, Siméoni U; Fédération nationale des pédiatres neonatologists. *Dilemmes éthiques de la période périnatale: recommandations pour les décisions de la fin de vie*. Arch Pediatr 2001 Apr;8(4):407-19.
- Deutsh H. *Psicologia della donna*, Bollati Boringhieri, Torino 1957.
- Fattorini G. *Aborto. Un medico racconta trent'anni di 194*. Guerini e Associati, Milano 2008.
- Fattorini G. *La prevenzione delle IVG ripetute e ruolo dei consultori familiari*. Riv It Ost Gin 2009; 24.
- Fattorini G. *Le competenze ostetrico-ginecologiche e consultoriali nell'ambito del Servizio materno infantile*. Gli ospedali della Vita, Bologna 1982.
- FIGO Committee for the ethical aspects of human reproduction and women's health. *Recommendations on ethical issues in obstetrics and gynecology*, 2003.
- Grandolfo ME, Donati S. *I consultori familiari e le strategie di prevenzione*. Annali dell'Istituto Superiore di Sanità 1999;35(2):297-9.
- Kahn JG *et al*. *The efficacy of medical abortion: a meta-analysis*. Contraception 2000;61:29-40.
- Kellerhals J, Pasini W. *Perché l'aborto*, Mondadori, Milano 1977.
- Marinopoulos S. *Nell'intimo delle madri. Luci ed ombre della maternità*. Feltrinelli, Milano 2006.
- Meckstroth KR, Darney PD. *Prostaglandins for the first-trimester termination. Best practice & Research. Clin Obstet Gynecol* 2003;17:745-63.
- Ministero della salute, Decreto ministeriale 24 aprile 2000. *Adozione del progetto obiettivo materno infantile (POMI) relativo al "Piano Sanitario 1998-2000*. www.ministerosalute.it.
- Ministero della salute. *Raccomandazioni per le cure perinatali nelle età gestazionali estremamente basse (22-25 Settimane)*, a cura del gruppo di lavoro istituito dal Ministro della Salute, Roma, gennaio 2008.
- Morresi A, Roccella E. *La favola dell'aborto facile*. Franco Angeli, Milano 2006.
- Nada L, Stotland D, Stewart E. *Aspetti psicologici nella cura della salute della donna. Interfaccia tra psichiatria, ostetricia e ginecologia*, CIC Edizioni Internazionali, Roma 2002.
- National Abortion Federation. *Clinical Policy Guidelines*. NAF, Washington, MD 2008.
- Pignotti MS, Donzelli GP. *Cure intensive neonatali: verso l'onnipotenza?* Salute e Territorio 2006;156.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). *The care of women requesting induced abortion*. London 2004.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *National audit of induced abortion*. RCOG, London 2000.
- RU486. *Efficacia e sicurezza di un farmaco che non c'è*. Bollettino d'informazione sui Farmaci, Bimestrale dell'Agenzia italiana del Farmaco 2007, XIV, 4.
- Saperi Doc. Centro di documentazione online sulla Salute Perinatale e Riproduttiva della Regione Emilia Romagna, www.Saperidoc.it.
- Vegetti Finzi S. *L'aborto, uno scacco del pensiero*. In *Aborto perché?*, a cura di E. Quintavalla, E. Raimondi, Feltrinelli, Milano 1989.

- World Health Organization (WHO). *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva 2003.
- World Health Organization (WHO). Task force on post ovulatory methods of fertility regulation. *Comparison of two doses of mifepristone in combination with misoprostol for early medical abortion: a randomized trial*, BJOG 2000;107:425-30.
- World Health Organization (WHO). Task force on post ovulatory methods of fertility regulation. *Lowering the doses of mifepristone and gemeprost for early abortion. A randomized controlled trial*. BJOG 2001;108:738-42.
- World Health Organization (WHO). *Unsafe abortion global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2003*. Geneva 2007.