Ad esempio nella motivazione della sentenza costituzionale n. 35 del 1997 che dichiarò inammissibile un referendum radicale volto ad ampliare la permissività della Legge 194/1978, il diritto alla vita del concepito è affermato ripetutamente, così come nella sentenza della Cassazione n. 9700 del 3 maggio 2011, si giunge alle soglie di un riconoscimento della capacità giuridica del concepito.

Ma si tratta di scintille sotto la cenere. Per altro l'inquietudine è evidentissima anche a livello europeo. Ne sono prova, la già ricordata sentenza della Corte di giustizia dell'Unione Europea nel caso "Briustle vs Greenpeace", che in nome della dignità umana ha confermato la non brevettabilità dei procedimenti industriali che suppongono la distruzione di embrioni umani, divieto già contenuto della direttiva europea n. 44 del 1998 e la più recente sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo, anch'essa già ricordata, che nel caso "Parrillo contro Italia" ha respinto la richiesta di rendere lecita la donazione alla scienza di embrioni soprannumerari con la motivazione che "gli embrioni non sono cose".

Appare, dunque, evidente che per costruire un nuovo umanesimo è necessario proporre tenacemente la "domanda fondamentale" nel modo più forte, con modalità che rendano difficile evitare di dare la risposta, accettando il rischio di una ennesima vittoria dell'utilitarismo pratico, ma con il proposito di una tenacia inesauribile e con la convinzione che solo riconoscendo la piena dignità di ogni essere umano, per quanto povero esso sia, si può dare impulso ad un novo umanesimo.

Etica e parto: è giusto che le donne scelgano dove partorire?[1]

Maurizio Balistreri 1, Gabriella Pacini 2

1 Ricercatore di filosofia morale - Università di Torino
2 Ostetrica

1. Qual è il luogo più sicuro per partorire?

Quando si considerano gli interessi e il benessere sia delle donne che del nascituro, le ricerche scientifiche più recenti non sono in grado di indicare qual è, tra ospedale e casa, il luogo più sicuro per partorire. Per studiare in maniera adeguata i risultati connessi con il luogo del parto è importante conoscere dove il travaglio è iniziato, qual era il luogo programmato per il parto e dove, di fatto, il parto è avvenuto. Inoltre, gli studi comparativi dovrebbero confrontare i risultati del parto in ospedale soltanto con i parti a casa seguiti da ostetriche professionali – ovvero che hanno un'adeguata formazione – e controllare che le donne, indipendentemente dal luogo del parto che scelgono, abbiano, in gravidanza, la stessa condizione di salute. In merito alla sicurezza del luogo del parto è difficile, se non impossibile produrre evidenza clinicamente rilevante attraverso studi randomizzati, in quanto – quando studi di questo tipo sono stati progettati e proposti – la maggior parte delle donne, per ragioni che possiamo facilmente comprendere, non accettano di parteciparvi. Comunque presumibilmente uno studio così strutturato di per sé influirebbe sul travaglio stesso e, dunque, sullo stesso esito del parto. Nei due tentativi che finora sono stati fatti, uno nel Regno Unito[2], l'altro in Olanda[3], sono state arruolate in totale soltanto 12 donne.

Per valutare le conseguenze della scelta del luogo del parto non restano, pertanto, che gli studi osservazionali che, tuttavia, almeno per il momento, non sembrano in grado di suggerire quale sia tra ospedale e casa il luogo ideale per terminare la gravidanza e partorire. A questo proposito e volendo semplificare potremmo distinguere gli studi sulla sicurezza del luogo del parto in tre categorie: gli studi che affermano che il parto in ospedale è più sicuro per il nascituro, gli studi che indicano che il parto a domicilio è più sicuro per la madre e, infine, gli studi che sostengono che per il nascituro il parto a casa e il parto in ospedale sono ugualmente sicuri. Dato che le ricerche sulla sicurezza del luogo del parto sono numerose, in questo contesto potrà essere sufficiente ricordare quelle

1 Maurizio Balistreri è autore dei paragrafi 1, 3 e 5; Gabriella Pacini è autrice degli articoli 2, 4, e 6..
2 T. Dowswell et al., *Should there be a trial of home versus hospital delivery in the United Kingdom?*, in "British Medical Journal.", 23 marzo, 1996, 312(7033), pp. 753–757.
3 M. Hendrix et al. *Why women do not accept randomisation for place of birth: feasibility of a RCT in the Netherlands*, in "British Journal of Obstetrics & Gynaecology" 2009,116, pp. 537–42; discussione pp. 542–4.

maggiormente richiamate nella letteratura internazionale. Dopo aver presentato un quadro delle ricerche internazionali più importanti, affronteremo alcune questioni morali collegate alla scelta del luogo del parto, soprattutto quando essa espone il nascituro a rischi di mortalità e di morbilità maggiori rispetto alle alternative disponibili. La nostra conclusione è che in queste situazioni una corretta prospettiva morale dovrebbe valutare caso per caso, tenendo conto sia degli interessi del nascituro che quelli della madre.

2. Studi che affermano che il parto a casa è meno sicuro per il nascituro

Alcuni studi di coorte hanno evidenziato maggiori rischi di mortalità e di morbilità neonatale in caso di parto a casa vs parto in ospedale[4],[5]. Alla conclusione che il parto a casa comporti per il nascituro maggiori rischi rispetto al parto in ospedale è arrivato nel 2010 Wax[6], mettendo insieme i risultati di più studi condotti tra il 1976 e il 2006. Il vantaggio di questa meta-analisi è quello di fare riferimento ad un campione molto ampio, il grave limite è che informazioni sono raccolte da studi costruiti in modo diverso, partendo da gruppi non omogenei considerati simili senza tener minimamente conto dei diversi fattori di rischio. Wax, poi, non ha considerato l'importante lavoro di De Jonge (2009), in quanto la ricercatrice olandese ha considerato la mortalità neonatale soltanto fino al settimo giorno, mentre Wax fino al ventottesimo giorno. Ha incluso invece lo studio di Pang, da molti considerato uno studio molto discutibile per come è stato costruito[7]. Comunque, Wax mostra che il parto a domicilio comporta per le donne che partoriscono meno interventi come, ad esempio, monitoraggio fetale continuo, visite vaginali, epidurale, episiotomia, parto operativo e, quindi, meno rischi di lacerazioni, emorragie ed infezioni. Secondo Wax, inoltre, i dati raccolti permettono di concludere che il parto a casa presenta rispetto a quello in ospedale un minor numero di neonati prematuri e che necessitano di essere rianimati. Tra parto a casa e parto in ospedale la mortalità perinatale è simile. Quello che fa la differenze è la mortalità neonatale che, secondo lo studio di Wax, nel parto a casa è tre volte più alta che in ospedale. Un altro studio del 2010, condotto in Olanda da Evers[8], mostra che i bambini di donne a basso rischio assistite da un'ostetrica hanno un rischio significativamente più alto (2,33%) di morte perinatale associata con il parto rispetto alle donne che iniziano il travaglio in secondary care con l'assistenza di un ginecologo. Inoltre, secondo questo studio,

4 Cheng et al., *Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States*, in "American Journal of Obstetrics & Gynecology", oct. 2013, 325.e1; Frank A. Chervenak et al., *Planned home birth: the professional responsibility response*, in "American Journal of Obstetrics & Gynecology", January 2013; A. Grunebaum et al., *Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting*, in "American Journal of Obstetrics & Gynecology", October 2013.
5 A. Grunebaum et al., *Early total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States*, 2006-2009, in "American Journal of Obstetrics & Gynecology", 2014, 210, pp. 1.e1-7.
6 J.R. Wax, F.L. Lucas, M. Lamont et al., *Maternal and newborn outcomes in planned home birth vs planned hospital births: a metaanalysis*, in "American Journal of Obstetrics & Gynecoly", 2010, 203; 243.e1-8.
7 J.W. Pang et al., *Outcome of planned home birth in Washington State: 1989-1996*, in "Obstetrics & Gynecology", 2002, 100 (2), pp 253-259.
8 A.C. Evers et al., *Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study*, in "British Medical Journal", 2010; 341, c5639, doi: 10.1136/bmj.c5639.

i bambini di donne che sono indirizzata dalle ostetriche al ginecologo durante il travaglio hanno un rischio più alto (3,66%) di morte neonatale collegata al parto rispetto ai bambini di donne che iniziano il travaglio con l'assistenza di un ginecologo e un rischio più alto (2,5%) di essere ricoverati in terapia intensiva neonatale. Nel 2013 e nel 2014 sono stati pubblicati altri articoli che intendono mostrare i rischi del parto a casa. Del 2013 è l'articolo di Cheng[9] che riporta i risultati di uno studio di coorte retrospettivo sui nati vivi e in gravidanze singole nel 2008 negli Stati Uniti. La conclusione di Cheng è che le nascite programmate a casa risultano associate con un aumento di complicazioni neonatali anche se comportano per la donna che partorisce meno interventi medici. Su 2.081.753 nascite, 12.039 erano stato programmate a domicilio. Di queste lo 0,37% aveva un Apgar a cinque minuti inferiore a 4 contro lo 0,24% dei bambini che sono nati invece in ospedale. Del 2014 è l'articolo di Grünebaum[10] che ha analizzato i dati di Centers for Disease Control and Prevention relativi alla morte infantile e neonatale negli Stati Uniti dal 2006 fino al 2009 per valutare la mortalità neonatale in assenza di malformazioni congenite. La conclusione dell'autore è che il parto a casa comporta un rischio più alto di mortalità rispetto al parto in ospedale e che questo rischio aumenta nelle donne al primo figlio, che partoriscono dopo la quarantunesima settimana di gravidanza. Le donne che partoriscono a casa accompagnate da un'ostetrica hanno un rischio di mortalità neonatale più alto rispetto alle donne che partoriscono in ospedale (1,26 per mille vs. 0,32 per mille) e le donne a 41 settimane presentano un rischio di 1,84 per mille contro lo 0,27. Al primo figlio, poi, il rischio è del 2,19 per mille contro lo 0,33. Nei parti a casa seguiti da un'ostetrica, inoltre, la mortalità neonatale per il primo figlio è due volte più alta rispetto a quelle successive (2,19 per mille contro lo 0,96 per mille) e né quest'aumento di rischio né gli altri possono essere collegati al fatto che i parti a casa sono seguiti da un'ostetrica, in quanto i parti in ospedali hanno rischi più bassi anche quando il parto è assistito non da un ginecologo ma da un'ostetrica. In un studio precedente[11], per altro, sempre Grünebaum mostrava che le nascite fuori dell'ospedale comportano un rischio più altro di Apgar a zero dopo cinque minuti e di epilessia neonatale o altre disfunzioni neurologiche. Nei parti a casa assistiti da un'ostetrica il rischio di Apgar a zero dopo cinque minuti è più di 10 volte superiore (10.55) rispetto al parto in ospedale mentre nelle case maternità (freestanding birth centers) è più di 3 volte e mezzo più alto (3,56). Il rischio di problemi neurologici sarebbe, inoltre, a casa 3.80 volte e nelle case maternità 1.88 volte superiore rispetto ai parti in ospedale.[12]

9 Cheng et al., *Selected perinatal outcomes associated with planned home births in the United States*, cit.; F.A. Chervenak et al., *Planned home birth: the professional responsibility response*, in "American Journal of Obstetrics & Gynecology", 2013, 208, 1, pp. 31-38; A. Grünebaum et al., *Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting*, cit.; A.C. Evers et al., *Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study*, cit..
10 A. Grünebaum et al., *Early total neonatal mortality in relation to birth setting in the United States*, 2006-2009, cit..
11 A. Grünebaum et al., *Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting*, cit..
12 Anche in questo studio, Grünebaum ha fatto riferimento ai dati del Centers for Disease Control and Prevention dal 2007 al 2010.

3. Studi che affermano che il parto a casa è più sicuro per le donne

Per quanto riguarda, invece, il benessere e la salute per le donne che partoriscono, studi internazionali diversi convergono sulla maggior sicurezza del parto a domicilio rispetto al parto in ospedale. Nel 2011 una ricerca condotta in Inghilterra ha mostrato che mentre per il nascituro il parto a casa può essere più o meno sicuro rispetto al parto in ospedale a seconda che la donna sia primipara o pluripara, partorire a casa è invece sempre più sicuro per la donna.[13] Nel 2012, un'ulteriore ricerca ha confermato questi risultati affermando che, quando le donne si trovano in una condizione di basso rischio, il parto a casa non è affatto meno sicuro per il nascituro. Al contrario, nel parto in ospedale aumenta il rischio di interventi non necessari dal taglio cesareo alla somministrazione di farmaci e aumentano anche del 10-30% le complicazioni materne, come ad esempio l'emorragia postpartum e gravi lacerazioni perineali. Inoltre, ci sarebbe da considerare l'effetto iatrogeno connesso con l'aumento degli interventi non necessari in ospedale. Rispetto, ad esempio, al parto in ospedale, nel parto a domicilio le donne possono evitare il monitoraggio cardiotocografico in continua che facilmente porta ad un aumento degli interventi medici nel parto.[14] Infine, anche uno studio condotto in Olanda nel 2013 su 146.752 parti è arrivato alla conclusione che non c'è alcuna evidenza che il parto a casa – programmato da donne a basso rischio – conduca a un maggior numero di eventi avversi per la madre, quando è seguita da ostetriche professionali e può contare su un sistema di trasporto efficiente.[15] I risultati dello studio, inoltre, confermano che le donne a basso rischio all'inizio del travaglio, che avevano programmato un parto a casa, hanno percentuali più basse di grave morbilità materna acuta, emorragia postpartum dopo la rimozione manuale della placenta rispetto alle donne che avevano programmato un parto in ospedale. Nel caso di donne pluripare, queste differenze sono significative. La stessa ricerca evidenzia che, in donne a basso rischio, il parto a casa non aumenta per loro il rischio di risultati avversi, nemmeno se vengono considerati i possibili ritardi di intervento, dovuti al trasporto dalla casa in ospedale, in caso di emergenza. L'82% delle donne era in ospedale entro 45 minuti dal momento in cui l'ostetrica chiamava l'ambulanza in una situazione d'emergenza. È stato calcolato, comunque, che il tempo medio di trasporto era di 35 minuti con una deviazione standard di 12 minuti. In precedenza un altro studio olandese aveva mostrato che l'incidenza dei risultati perinatali avversi era più alta se la distanza da casa all'ospedale era superiore a 20 minuti, ma queste differenze erano significative statisticamente soltanto per le donne in secondary care.[16] Risultati simili sono stati ottenuti nel 2014 studiando un campione di donne americane che avevano programmato il parto a casa. Lo studio che ha analizzato quasi 17.000 parti a casa negli USA conferma la sicurezza del parto a casa per la madre e il nascituro.[17] Di particolare nota, come ricordano gli autori, è il tasso di cesarei del 5,2%, un tasso notevolmente basso se confrontato con la media nazionale degli Stati Uniti del 31% per le gravidanze a termine. Nei parti a casa, poi, anche gli interventi erano minori durante il travaglio; inoltre le donne che avevano programmato un parto a domicilio erano sottoposte meno ad episiotomie e all'epidurale. Soltanto per l'1% dei bambini è stato necessario il trasferimento in ospedale, la maggior parte per le condizioni non urgenti. I bambini nati da madri a basso rischio non presentavano, inoltre, una maggior incidenza di mortalità neonatale rispetto a quelli nati da gravidanze analoghe avvenute non a casa, ma in ospedale. Un altro studio olandese del 2014, infine, è arrivato a conclusioni simili non riscontrando un aumento del rischio di risultati avversi perinatali tra le donne a basso rischio che avevano scelto il parto a casa[18]. Su un campione complessivo di 814.979 donne, 466.112 avevano programmato di partorire a casa, 276.958, invece, in ospedale. Per quanto riguarda la mortalità intrapartum e neonatale fino a 28 giorno, la percentuale è stata di 1,02% per le primipare che avevano programmato un parto a casa e 1.09% per le primipare che avevano programmato un parto in ospedale. Anche le percentuali di trasferimento in terapia intensiva fino al ventottesimo giorno e i risultati Apgar non variavano in misura significativa tra le donne primipare che avevano scelto il parto a casa rispetto a quelle che avevano programmato di partorire in ospedale. Per quanto riguarda il trasferimento in terapia intensiva, la percentuale era di 3.41% nel parto programmato a casa e 3.61% nel parto programmato in ospedale. Nelle pluripare le percentuali di trasferimento alla terapia intensiva e i risultati Apgar erano migliori nelle nascite programmate a casa: per il trasferimento in terapia intensiva, 1.36% contro 1.95%.

13 *Birthplace in England Collaborative Group, Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study*, in "British Medical Journal", 2011, 343:d7400. Vedi anche, Van der Kooy et al., *Planned home compared with planned hospital births in the Netherlands: intrapartum and early neonatal death in low-risk pregnancies*, in "Obstetrics & Gynecology",118, 5, 2011, pp. 1037-1046.
14 O. Olsen, J.A. Clausen, *Planned hospital birth versus planned home birth*, in "Cochrane Database of Systematic Review", Published online first 17April 2012, doi: 10.1002/14651858.CD000352.pub2.
15 A. de Jonge et al., *Severe adverse maternal outcomes among low risk women with planned home versus hospital births in the Netherlands:nationwide cohort study*, in BMJ2013;346: f3263 doi:10.1136/bmj.f3263 (Published 13 June 2013), p. 7.
16 A.C. Evers et al., *Perinatal mortality and severe morbidity in low and high risk term pregnancies in the Netherlands: prospective cohort study*, cit.

17 M. Cheyney et al., *Outcomes of Care for 16,924 Planned Home Births in the United States: The Midwives Alliance of North America Statistics Project, 2004 to 2009*, in "Journal of Midwifery & Womens's Health", 2014, 59, 1, pp. 17-27.
18 A. de Jonge et al., *Perinatal mortality and morbidity up to 28 days after birth among 743 070 low-risk planned home and hospital births: a cohort study based on three merged national perinatal databases*, in "BJOG" 2014, DOI: 10.1111/1471-0528.13084.

4. Studi che attestano che il parto in casa e il parto in ospedale sono ugualmente sicuri per il nascituro

Diverse ricerche di coorte condotte in Nord America, Oceania ed Europa mostrano che, in gravidanze a basso rischio, le nascite programmate a casa e assistite da un'ostetrica professionale non sono accompagnate da un aumento dell'incidenza della morbilità perinatale. Questi studi, poi, attestano che il parto a domicilio non soltanto può essere per il nascituro sicuro tanto quanto un parto in ospedale, ma comporta per la donna anche meno interventi e complicazioni. Un importante studio del 2009, condotto in Olanda, mostra che donne a basso rischio che programmano di partorire a casa e sono seguite da un'ostetrica professionale non espongono il nascituro a un maggior rischio di morbilità e

mortalità rispetto alle donne, sempre a basso rischio, che scelgono, invece, di partorire in ospedale. In questa ricerca è stata presa in considerazione e studiata una popolazione totale di 529.688 donne a basso rischio all'inizio del travaglio. Di questa popolazione 321.307 (60.7%) aveva programmato di partorire a casa, 163.261 (30.8%) aveva programmato di partorire in ospedale, mentre per 45.120 donne (8.5%) non è stato possibile risalire al luogo programmato del parto.

I risultati non hanno mostrato differenze significative tra le nascite programmate a casa e quelle che sono state programmate in ospedale: «Questo studio mostra che programmare un parto a domicilio non aumenta il rischio di mortalità perinatale e grave morbilità perinatale tra le donne a basso rischio posto che il sistema di cure materne faciliti questa scelta attraverso la disponibilità di ostetriche ben preparate e attraverso un buon sistema di trasporti e collegamenti».[19] Gli autori, inoltre, sottolineano che i risultati ottenuti permettono di affermare che 1) il parto in ospedale aumenta la probabilità di essere sottoposti ad interventi medici non necessari, che portano ad un peggioramento della salute dei neonati, che si traduce in un aumento della probabilità di essere ricoverati in una terapia intensiva neonatale rispetto al parto a casa; e 2) che non ci sono maggiori rischi per le donne che hanno programmato un parto a casa e che le donne dovrebbero essere incoraggiate a scegliere il luogo del parto che preferiscono. Altre ricerche sembrano confermare la sicurezza del parto a casa. Nel 2009, uno studio condotto in Canada, nella Columbia britannica ha messo a confronto 2889 parti a casa programmati con l'assistenza di un'ostetrica con 4752 parti in ospedale programmati con l'assistenza di un'ostetrica e con 5331 parti in ospedale, questa volta seguiti non da un'ostetrica, ma da un medico. Gli autori arrivano alla conclusione che tra i tre gruppi non ci sono differenze significative nei rischi sia per le donne che per il nascituro. La mortalità perinatale è di 0,35% per i parti a casa, lo 0,64% per i parti in ospedale con l'assistenza di un'ostetrica e lo 0, 57% per i parti programmati in ospedale con l'assistenza di un medico. Rispetto alle nascite in ospedale, i bambini che vengono alla luce a casa hanno più raramente traumi collegati alla nascita, devono essere più raramente rianimati e hanno più raramente bisogno di somministrazione di ossigeno nelle prime ventiquattro ore dopo la nascita.[20] Un altro studio condotto sempre in Canada, questa volta in Ontario, non ha poi rilevato differenze tra il gruppo che ha partorito a casa (6.692) con il gruppo che ha partorito in ospedale per quanto riguarda la mortalità perinatale e neonatale o la grave morbilità (serious morbidity).[21] Differenze sono state rilevate, invece, per quanto riguarda gli interventi intrapartum sulle donne: meno numerosi nel parto a casa. Nel 2011, poi, la ricerca inglese già ricordata ha mostrato che il parto a casa è meno sicuro del parto in ospedale nel caso delle donne al primo parto, ma più sicuro nel caso

19 A. de Jonge et al., *Perinatal mortality and morbidity in a nationwide cohort of 529 688 low-risk planned home and hospital births*, cit..
20 P.A. Janssen et al., *Outcomes of planned home birth with registered midwife versus planned hospital birth with midwife or physician*, in "CMAJ", 2009, 181(6–7), pp. 377-383.
21 E.K. Hutton, A.H. Reitsma, K. Kaufman, *Outcomes associated with planned home and planned hospital births in low-risk women attended by midwives in Ontario, Canada, 2003–2006: A retrospective cohort study*, in "Birth", 2009, 36(3), pp. 180-189.

delle pluripare.[22] E sempre più sicuro per la madre, sia per le primipare che per le pluripare. Il campione ha compreso 64.538 donne a basso rischio, con gravidanza singola, a termine da 37 settimane in poi, con un parto programmato tra aprile 2008 e aprile 2010. Sono stati esclusi poi i parti cesarei programmati e i parti cesarei prima dell'inizio del travaglio e i parti a casa non programmati. Per le donne al primo parto la probabilità di eventi avversi (primary outcome) è più alta (dallo 1.07% al 2.86%) per il parto a casa, ma non per i parti avvenuti nelle unità di maternità gestite dalle ostetriche. Per le pluripare, invece, il parto a casa non è meno sicuro del parto nelle unità di ostetricia: sono stati registrati 31 eventi avversi su 12.050 parti rispetto ai 29 eventi avversi su 8980 parti nelle unità gestite dai ginecologi. Non c'erano invece differenze significative riguardo alla probabilità di eventi avversi per le nullipare nelle unità di maternità autonome o collegate agli ospedali rispetto alle unità ginecologiche.

A conferma, poi, dei risultati raggiunti in altri studi, nei parti seguiti da un'ostetrica gli interventi sulla donna durante travaglio sono inferiori.

Un dato, questo, circa la possibile sicurezza del parto a casa che è stato ripreso recentemente anche dalle linee guida del National Health System[23] del Regno Unito per affermare che i medici e le ostetriche dovrebbero informare le donne a basso rischio che, nel caso in cui avessero già partorito, il parto a casa può essere più sicuro.

5. Considerazioni morali sulla scelta del luogo del parto?

A partire dalla letteratura scientifica analizzata intendiamo ora presentare qualche breve considerazione morale circa la scelta del luogo del parto con l'obiettivo di aprire una riflessione su questo tema. Dalle ricerche che abbiamo considerato emerge che per il nascituro anche la casa può essere un luogo sicuro per venire al mondo. Gli studi che affermano la minor sicurezza del parto a casa rispetto al parto in ospedale, per quanto riguarda sia la morbilità che la mortalità, sono contraddetti da un'importante letteratura che negli ultimi anni ha mostrato che donne a basso rischio che scelgono di partorire a casa assistite da un'ostetrica professionale, e che possono contare su di una rete di trasporti efficace, non solo non corrono maggiori rischi di salute, ma non espongono nemmeno il nascituro a un maggior rischio di morbilità neonatale rispetto al parto in ospedale. Inoltre, nei riguardi degli studi che attestano che il parto in ospedale è sempre più sicuro del parto a casa, sono state avanzate obiezioni importanti relative alla modalità di selezione del campione, alla mancanza di adeguati gruppi di controllo, alla non rappresentatività e non omogeneità del campione considerato.[24] Alcuni rilievi sono stati avanzati anche nei confronti dei lavori di Cheng e

22 *Birthplace in England Collaborative Group, Perinatal and maternal outcomes by planned place of birth for healthy women with low risk pregnancies: The Birthplace in England national prospective cohort study*, cit..
23 *NHS, Intrapartum care: care of healthy women and their babies during childbirth*, dicembre 2014.
24 Olsen e Clausen descrivono le obiezioni che sono state rivolte allo studio di Wax, citando undici articoli critici: O. Olsen, J.A. Clausen, *Planned hospital birth versus planned home birth*, cit..

di Grünebaum, i cui articoli sono stati pubblicati più recentemente.[25] Per altro, le ricerche di Cheng e Grünebaum circa la maggiore pericolosità del parto a casa relativamente agli Stati Uniti, non trovano conferma nelle ricerche condotte negli ultimi anni in Europa (in particolare, Olanda e Regno Unito) e Canada che attestano una uguale o addirittura una maggiore sicurezza del parto a casa.

La scelta di partorire a casa, pertanto, non può essere sempre criticata moralmente sulla base del maggiore rischio di mortalità e morbilità che essa comporterebbe per il nascituro rispetto ad altri luoghi. Se la donna è a basso rischio e partorisce seguita da un'ostetrica professionale, in un luogo che permette un eventuale trasferimento in ospedale in tempi relativamente brevi, per chi viene al mondo il rischio di mortalità e morbilità è pari, se non inferiore, rispetto al parto in ospedale. Tuttavia, è vero che ci sono situazioni in cui la scelta di partorire a casa comporta per il nascituro rischi maggiori, sia di mortalità che morbilità, rispetto al parto in ospedale. È questo il caso, ad esempio, se la casa si trova in un luogo lontano da un ospedale o se la madre ha avuto un precedente parto cesareo. In situazioni come queste, come dobbiamo considerare la scelta della donna di partorire a casa? Possiamo considerarla una scelta immorale e irresponsabile perché espone il nascituro a un rischio di mortalità e di morbilità maggiori rispetto alle possibili alternative?

Anche se il tema della responsabilità della donna durante la gravidanza ed il parto non è un sicuramente un tema centrale della bioetica[26], una decisione come questa viene in genere considerata immorale, in quanto si assume che la donna, una volta che ha deciso di portare avanti la gravidanza, dovrebbe sempre adottare il comportamento e compiere le scelte che riducono i rischi per il nascituro. Per valutare la scelta della donna circa il luogo del parto, le conseguenze sul benessere di chi nasce vanno sicuramente considerate. Noi crediamo, però, che in questi casi dovremmo resistere alla tentazione di valutare il comportamento della donna facendo riferimento soltanto ai rischi che il parto comporta per il nascituro. Siamo dell'idea, cioè, che la valutazione morale circa la scelta del luogo del parto dovrebbe considerare anche altri importanti fattori. Innanzi tutto, si dovrebbe valutare non soltanto gli interessi del nascituro ma anche gli interessi e i bisogni della donna che partorisce. Nel dire questo facciamo riferimento ad un'ovvietà di senso comune, in quanto una valutazione morale che non considera gli interessi di tutte le persone coinvolte è parziale e molto poco razionale. Gli interessi del nascituro sono importanti, ma ugualmente importanti e, quindi, meritevoli di attenzione sono quelli delle donne. Non sarebbe giusto, cioè, richiamare le donne a un principio di beneficenza che pretende sempre sacrificio di sé e altruismo nella vita morale. Una prospettiva di questo tipo sarebbe troppo esigente e proporrebbe un ideale di vita morale a cui non siamo tenuti a conformarci: «non siamo moralmente obbligati a compiere tutti i possibili atti di generosità o di carità che sarebbero a beneficio di altri».[27]

25 J. Slome Cohain, *Apgar score of 0 at 5 minutes and neonatal seizures or serious neurologic dysfunction in relation to birth setting*, in "American Journal of Obstetrics & Gynecology", april 2014, p. 377; M. Cheyney et al., *A Crusade against home birth*, in "Birth", 41, 1, marzo 2014, pp. 1-4.
26 Nel dibattito italiano un'eccezione è rappresentata dal libro di C. Botti, *Madri cattive. Una riflessione su bioetica e gravidanza*, Il Saggiatore, Milano 2007.
27 T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principi di etica biomedica*, Le Lettere, Firenze 199, p. 259.

Affermare che in una scelta come quella relativa al luogo del parto una valutazione di tipo morale dovrebbe considerare non soltanto gli interessi di chi viene al mondo, ma anche quelli della madre, non significa riconoscere legittimità morale a qualsiasi desiderio o interesse la donna possa avere durante la gravidanza o il parto. Naturalmente, non possiamo pensare che sia sempre moralmente accettabile mettere a rischio gli interessi dei propri figli. Tuttavia, nella scelta di partorire a casa possono essere in gioco interessi importanti che sarebbe riduttivo presentare come meri capricci. Del resto, questa scelta non è necessariamente «influenzata da ciò che è alla moda»[28] e sostenere questa tesi tradisce, secondo noi, una scarsa capacità di empatizzare con le donne. Le donne possono scegliere il parto a casa per motivi legati alle proprie convinzioni, alle proprie esperienze oppure al proprio carattere. Alcune donne possono preferire il parto a casa rispetto al parto in ospedale perché hanno avuto esperienze negative in ospedale o perché ne hanno paura, altre perché non vogliono perdere il controllo sul proprio corpo, altre ancora perché considerano il momento della nascita un momento irripetibile della loro vita e vogliono viverlo nel contesto che pensano possa essere per loro il migliore, circondate dalle persone che amano e con la loro famiglia. Inoltre, le ricerche che abbiamo analizzato ci aiutano a capire perché alcune donne possono scegliere di partorire a casa. Partorire a casa riduce per la donna il rischio di essere sottoposta a interventi invasivi, non necessari e, quindi, rischiosi per la sua salute, a cominciare dal taglio cesareo, alle lacerazioni perineali alla somministrazione di farmaci che aumentano anche del 10-30% le complicazioni materne, legate all'effetto iatrogeno connesso con l'aumento degli interventi non necessari. Il fatto stesso che molti ospedali non sembrano tenerne conto è molto grave e può limitare la libertà di scelta delle donne, che possono essere attratte dalla possibilità di partorire a casa proprio dalla considerazione dei minor rischi per la propria salute.

Per altro, prestare attenzione e riconoscere gli interessi della donna che partorisce non significa evidentemente trascurare o mettere, comunque, in secondo piano quelli di chi sta venendo al mondo. Promuovere, infatti, gli interessi della donna e riconoscere il valore della sua decisione relativamente al luogo del parto può avere benefici importanti – in termini di salute – non soltanto per la donna, ma anche per il bambino che avrà una madre che sarà maggiormente in grado di prendersi cura di lui e dei suoi bisogni e interessi. Noi crediamo, cioè, che una valutazione dei vantaggi e degli svantaggi per il nascituro connessi alla scelta del luogo del parto dovrebbe tener conto anche dei risultati che possiamo attenderci dalla promozione dell'autonomia e della competenza delle donne. Noi pensiamo che chiedere ai genitori di sacrificare sempre i propri interessi può tradursi in un danno importante per i figli. Noi crediamo che chiedere alla madre di scegliere il luogo del parto senza considerare quali siano i propri interessi e i propri bisogni non è il modo migliore di promuovere la salute ed il benessere del nascituro.

28 L. De Crespigny, J. Savulescu, *Homebirth and the future child*, in "Journal of Medical Ethics", First published online 22 January 2014. doi:10.1136/medethics-2012-101258, pp. 1-7, in particolare p. 3. Per una critica della posizione di Savulescu, si veda M. Balistreri, G. Pacini, *Partorire a casa è irresponsabile? Riflessioni morali sulla scelta del luogo del parto*, in "DWF" 2015 (in corso di pubblicazione).

Per una valutazione appropriata della scelta del parto a casa, dobbiamo, comunque, pesare anche le sue conseguenze per chi nasce. Questo l'abbiamo già affermato, ma è bene tornare a sottolinearlo. La casa non è a fortiori un luogo rischioso per venire al mondo. A volte, però, la scelta di partorire a casa può avere per il nascituro rischi maggiori del parto in ospedale o in una casa maternità. Come in altre condizioni (come nel caso della donna che ha già partorito) è l'ospedale il luogo più pericoloso per nascere. I rischi, inoltre, possono essere soltanto leggermente più alti oppure essere molto più significativi rispetto alle alternative che sono possibili. Una valutazione morale della scelta del luogo del parto dovrà tenere in considerazione anche queste diverse gradazioni del rischio e distinguere le scelte più rischiose da quelle meno rischiose. Le scelte che mettono maggiormente in pericolo la salute del nascituro da quelle che possono farlo soltanto in misura molto lieve. Per bilanciare gli interessi in gioco del nascituro con quelli delle donne. In alcuni casi, il rischio sarà così importante da far passare in secondo piano gli interessi e i bisogni delle donne che devono partorire. In altri, ci saranno ragioni per far prevalere gli interessi delle donne.

6. Conclusione

Qual è il luogo più sicuro per la donna per partorire e per il neonato per nascere? Non è possibile avere un'unica risposta a questa domanda ma sono tante e diverse le variabili che intervengono e portano a risposte diverse. Se la gravidanza è a termine fisiologica partorire a casa può essere per la donna e per il neonato una scelta sicura quanto il parto in ospedale. Tuttavia, ci possono essere situazioni in cui il parto a casa può essere meno sicuro per il nascituro. In questo caso la scelta della donna di partorire a casa può avere conseguenze importanti sull'avvio alla vita di un'altra persona e condannarla, nella peggiore delle ipotesi, a una vita di sofferenze. Che tipo di responsabilità, allora, ha la donna nei confronti del nascituro? Possiamo affermare che, una volta che hanno deciso di continuare la gravidanza, la donna ha il dovere e la responsabilità di ridurre il più possibile i rischi di disabilità per il nascituro? Dal nostro punto di vista, gli interessi e il benessere del bambino sono importanti, ma altrettanto importanti sono gli interessi dei genitori e, nello specifico, delle donne perché sono le donne che partoriscono. Anche per questa ragione, pensiamo che alcuni rischi per il nascituro possano essere moralmente giustificati, quando ci sono interessi rilevanti dei genitori che, altrimenti, sarebbero frustrati. Gli interessi del bambino, cioè, vanno bilanciati con quelli delle donne. In alcuni casi il rischio di invalidità per il bambino è basso o può essere controllato e sensibilmente ridotto e gli interessi dei genitori e, in particolare, delle donne può essere invece molto importante. La scelta di partorire a casa può essere uno di questi casi. Con questo non vogliamo affermare che la scelta delle donne è sempre moralmente giustificata quando riguarda i propri figli e soprattutto quando si riferisce alla scelta del luogo del parto. Quello che sosteniamo è che, riguardo alla scelta del luogo del parto, la decisione della donna può essere moralmente giustificata anche quando i rischi per il nascituro sono superiori rispetto ad altre soluzioni.

La valutazione circa quale scelta è moralmente giustificata andrà fatta caso per caso tenendo conto non solo dei rischi per il nascituro, ma anche dei possibili benefici per il nascituro e per la madre e non soltanto in termini biomedici ma anche in termini che (ovviamente) tengono conto delle relazione esistente tra madre e figlio.