

### DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori PITTELLA, FERRALASCO, MINNOCCI, CATELLANI, AJELLO, SIGNORI, SEGRETO, POLLI, LEPRE, CARNESELLA, VIVIANI, COLOMBO Renato, FOSSA, DE MATTEIS, FINESSI, SCAMARCIO, VIGNOLA, MARAVALLE, LUZZATO CARPI e VIGLIANESI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 28 LUGLIO 1976

#### Somministrazione obbligatoria di immunoglobulina anti D nelle donne RH negative non immunizzate per la prevenzione della malattia emolitica del neonato da incompatibilità materno-fetale

ONOREVOLI SENATORI. — La nascita di neonati destinati alla morte nei primissimi giorni di vita, di menomati psichici gravi, e il rischio elevato di « isoimmunizzazione » per aborto devono essere impediti, realizzando, nei casi in cui alla scienza è possibile, la prevenzione di quelle incompatibilità ematiche che sono alla base della gran parte di tali drammatiche situazioni.

Uno dei settori nei quali la medicina preventiva trova applicazione di sicura efficacia, è certamente quello che riguarda la malattia emolitica del neonato e le incompatibilità materno-fetali legate al fattore RH. Motivi fondamentali che arricchiscono scientificamente la conoscenza di questa malattia sono:

a) diagnosi prenatale: trasfusione intrauterina di sangue e/o di medicinali;

b) la immunoprofilassi della madre con anticorpi anti RH: immunoglobulina concentrata Ig G che contenga anticorpi anti RH;

c) l'esperienza di dosaggio che vede corrispondente a 150-250 gamma di immunoglobulina anti D una dose sufficiente a preve-

nire la sensibilizzazione al fattore RH, se iniettata in donne RH negative entro 72 ore dal parto o dall'aborto;

d) le statistiche del 1968 degli ospedali di Boston (Massachusetts) che dimostrano come oltre 1.500 donne sottoposte a trattamento, seguite per 3, 6, 12 mesi, controllate (40 di esse) durante una seconda gravidanza, non svilupparono in nessun caso anticorpi (efficacia del trattamento del 100 per cento);

e) le esperienze di molti Paesi europei e anche quelle italiane, eseguite però « spontaneamente », che confermano l'innocuità, la facilità di esecuzione e di controllo, la sicura efficacia del trattamento.

Con il sostegno scientifico esposto e con la convinzione che un provvedimento urgente, ancorchè settoriale, deve trovare sicuro accoglimento nella sensibilità del Parlamento, purchè si inserisca armonicamente nel disegno generale di medicina preventiva, l'11 agosto 1972 fu depositato alla Presidenza del Senato il disegno di legge n. 310 per la « somministrazione obbligatoria di immunoglobulina anti D nelle donne RH negative

## LEGISLATURA VII — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI - DOCUMENTI

non immunizzate », che ottenne approvazione in Aula nella seduta del 4 ottobre 1973; il disegno di legge, trasmesso alla Camera dei deputati il 10 ottobre 1973, subì modifiche migliorative da parte della XIV Commissione igiene e sanità e fu restituito al Senato il 9 ottobre 1974. Venne approvato con ulteriori modifiche dalla 12<sup>a</sup> Commissione del Senato in data 13 aprile 1976, ma la fine anticipata della legislatura impedì la

definitiva approvazione da parte dell'altro ramo del Parlamento.

Il dovere di intervenire in questo delicato settore della patologia umana, dove « la sopravvivenza con gravi esiti » è ancora più drammatica della morte, onorevoli senatori, si impone con urgenza.

Di qui la ripresentazione del testo approvato e la richiesta di procedura abbreviata prevista dall'articolo 81 del Regolamento del Senato.

**DISEGNO DI LEGGE****Art. 1.**

E fatto obbligo ai medici ed alle ostetriche di prescrivere alle gestanti affidate alle loro cure, oltre agli ordinari accertamenti di laboratorio, anche la determinazione del gruppo sanguigno e la ricerca del fattore RH.

Nei casi risultanti RH-negativi è obbligatorio l'avvio della gestante e del coniuge ai consultori familiari di cui alla legge 29 luglio 1975, n. 405, e la prescrizione del ricovero per l'espletamento del parto.

**Art. 2.**

Il luogo di cura ove si effettua il ricovero di cui al precedente articolo deve disporre e somministrare immunoglobulina anti-D da praticare alle puerpere non immunizzate con incompatibilità materno-fetale accertata nella dose e nel tempo stabiliti dal medico responsabile al quale è fatto carico inoltre di predisporre gli opportuni accertamenti e le ulteriori eventuali terapie sul neonato.

Le convenzioni di cui all'articolo 18 del decreto-legge 8 luglio 1974, n. 264, convertito con modificazioni nella legge 17 agosto 1974, n. 386, qualora interessino luoghi di cura idonei all'uso debbono tenere conto di quanto disposto dalla presente legge.

**Art. 3.**

Tutto quanto previsto nei precedenti articoli si applica anche nei casi di aborto.