

L'aborto chimico non «sfonda» in Veneto **2**

**l'iniziativa**

Gli Ordini dei medici divisi sui «vegetativi» **3**

**fine vita**

«Una legge necessaria Ma a certe condizioni» **4**



**Le notizie «scomparse» e la realtà senza voce**

A guardarle bene, le notizie ci sono. Certo, è difficile trovarle sui media che cavalcano «strappi» e «casi estremi», ma ci sono. E il caso dei 14 Ordini provinciali dei medici (tra i quali i più importanti) che hanno preso l'iniziativa senza precedenti di realizzare un proprio studio su un tema cruciale come gli stati vegetativi. Un anno fa un documento della Federazione nazionale, assai controverso, aveva dato luogo a una prima spaccatura. Ora, pur senza toni polemici, si arriva alla prima importante conseguenza. Della quale ha parlato solo «Avvenire». Ma è così anche per la pillola abortiva, che in Veneto non va proprio; o i malati di Sla, che chiedono solo di vivere con dignità. Realtà cui ogni settimana diamo ostinatamente voce.

[www.avvenireonline.it/vita](http://www.avvenireonline.it/vita)

**Parti cesarei, l'Italia della maternità «meccanica»** di Daniela Pozzoli

**S**i potrebbe dire che è una delle facce della cultura della sterilità che ha nella contracccezione e nel ricorso alla procreazione assistita i suoi punti di forza. Si tratta dell'eccessiva medicalizzazione della gravidanza e del parto, vissuti più come una malattia che come un fatto naturale, e che spiega quell'incremento altrimenti ingiustificato di tagli cesarei nel nostro Paese. Giocono anche un ruolo importante il medico che spesso va sul sicuro con un "taglio" più che con un parto vaginale e la paura delle donne, troppo spesso disinformate anche sul loro diritto a dire "no" davanti alla proposta di intervenire chirurgicamente. «Il rifiuto dell'intervento deve essere una delle possibili opzioni per la gestante», si legge infatti nelle Linee guida emanate l'11 febbraio dall'Istituto superiore di sanità (Iss), le prime in materia.

Il dato italiano ha dell'incredibile se si pensa che si è passati dal 5% degli anni '50 al 33% del 2000, fino ad arrivare al 38% nel 2008. Unico a contenderci il primato in Europa è il Portogallo con il 33%. Risale al 1985 la raccomandazione dell'Oms - del tutto disattesa - di non eseguire più di un parto cesareo ogni 7, ovvero il 15%: è questo il valore limite per garantire il massimo beneficio alla salute generale delle mamme e dei bebè. Ma se in tutti i Paesi europei si «sgarra», l'Italia supera di gran lunga i valori registrati nel resto della Ue che sono intorno al 20-25%. Va riconosciuto alla Francia di ricorrere al «taglio» solo nel 20% dei casi, in Inghilterra nel 23%; Olanda e Slovenia addirittura scendono sotto il 15%. Esiste inoltre nel nostro Paese una forte differenza tra regione e regione; si oscilla tra il 20% dei cesarei registrati nella provincia autonoma di Bolzano al clamoroso 62% della Campania, cui seguono la Sicilia (52,91%), il Molise (52%), la Puglia (50,60%) e la Basilicata (48,19%).

**S**i ricorre troppo spesso al cesareo che, oltre a essere invasivo è più pericoloso per la donna di un parto spontaneo», spiega Roberto Russo, presidente della Società italiana di psicoprofilassi ostetrica (Sippo) e a sua volta ginecologo ostetrico, un medico che da 30 anni fa venire al mondo i bambini - se non ci sono valide ragioni mediche, come una sofferenza fetale

**I dati continuano a confermarlo: il nostro Paese detiene il primato assoluto delle nascite con intervento chirurgico. Esclusi i casi in cui è una scelta inevitabile, sempre più spesso si medicalizza il rapporto della mamma con la vita nascente. Parlano medici e psicologi**

acuta o un problema materno - in modo naturale. Proprio per questa «pericolosità» (resta comunque un intervento chirurgico, anche se di 40-45 minuti) l'Iss ha emanato le Linee guida, pubblicando due opuscoli: uno per gli specialisti («Taglio cesareo. Una scelta appropriata e consapevole»), l'altro per le donne, perché siano informate sulla scelta che stanno per compiere («Taglio cesareo. Solo quando serve»).

«**N**o, non esistono più i maestri che insegnavano l'ostetricia - denuncia il presidente della Sippo -, e tra i giovani medici c'è poca voglia di inserirsi in un campo che spesso li coinvolge in vertenze legali mosse dai genitori. Per questo le polizze sono così alte per assicurare noi che ci occupiamo di assistenza al parto. Nel mio caso, avendo oltre 55 anni e quindi essendo più "a rischio" per le assicurazioni, sono arrivato a pagare 17mila euro l'anno. Cifre che toccano nel portafoglio chi ha da poco iniziato la professione (vedi box, ndr)». Roberto Russo introduce un elemento che la dice lunga su come le donne

gravide vengano lasciate sole durante la gestazione e poi davanti al parto: «Spesso manca il coordinamento tra chi lavora nei punti nascita sul territorio e segue la donna durante la gravidanza e chi lavora nell'equipe medico-ostetrica ospedaliera e che la vede solo quando deve partorire. Senza contare che nelle scuole di specializzazione spesso non viene data, nei cinque anni di corso, la preparazione adeguata ai medici specializzandi. Ecco che i giovani invece di intraprendere la strada di ostetricia preferiscono scegliere ginecologia, un modo più tranquillo di esercitare». Si spiega così un'altra ragione che fa lievitare i cesarei: spesso è dominante non solo nelle coppie ma anche nei medici l'idea di una nascita che non comporti alcun rischio. In questa scelta gioca anche la mancanza di medici «dedicati» che abbiano passione, mestiere e anima, elemento indispensabile in sala parto, sostiene Russo.

**L**a pensa così anche Giuliana Mieli, laureata in Filosofia teoretica e in Psicologia clinica, che dopo aver lavorato negli anni Settanta nei primi centri di salute mentale sul territorio, è stata consulente per 20 anni presso il reparto di Ostetricia e ginecologia dell'ospedale San Gerardo di Monza diretto ai tempi dal ginecologo Costantino Mangioni. Il primario intuì non solo l'importanza della presenza in reparto di psicologi a fianco dei genitori, ma anche in sostegno del personale medico e infermieristico che imparava così a «coltivare» l'affettività. «La formazione affettiva del personale che tende a comprendere e a gestire il rapporto con la paziente - scrive Giuliana Mieli nel suo recente libro *Il bambino non è un elettrodomestico* (Urra, 208 pagine, 13 euro) - trasforma il percorso della gravidanza da un percorso di esami e controlli in un evento emotivo in cui è possibile parlare delle proprie emozioni, paure, dubbi, perché qualcuno se ne prenda carico». Grazie all'esperienza maturata in reparto, Giuliana Mieli sostiene che molti dei problemi che oggi la nostra società incontra sono dovuti alla disattenzione nei confronti degli affetti, dei bisogni e dei codici affettivi. Una "distrazione" che ha indotto a scelte che si riflettono anche nelle politiche sanitarie, con ripercussioni individuali e sociali molto

**box Ginecologi, polizze salate: vai in sala parto? 21 mila euro**

**C'**è chi parla di 17mila euro l'anno esclusa la tutela legale, chi di 21mila compresa la tutela legale: l'incidenza del costo assicurativo fa sì che molti giovani medici girino alla larga da Ostetricia. Per alcune Compagnie è un rischio troppo elevato assicurare questi professionisti, tanto che non accettano di stipulare la polizza («Il rischio per Ostetricia non è assumibile in quanto non gradito alla Compagnia»), altre glissano sulle tariffe («Ma cosa serve renderle pubbliche?»), altre ancora non ne fanno un mistero. È il caso di Generali che per un libero professionista (ostetrico o ginecologo) parla di un premio intorno ai 12/13mila euro l'anno (se è dipendente del Servizio sanitario nazionale la cifra è 7-8mila euro), per una polizza che non comprende la tutela legale e che garantisce un massimale di 20 milioni. Per lo stesso massimale Zurich copre la responsabilità civile dei medici e la «colpa grave». Il premio polizza è personalizzato in base alle caratteristiche professionali e anagrafiche. Ecco che la professione di ginecologo con assistenza ai parti (attività «ad altissimo profilo di rischio») per un ginecologo di 55 anni in regime libero professionale richiede un esborso di 17.534 euro l'anno, mentre i premi si riducono drasticamente se il ginecologo è dipendente ospedaliero e che può quindi contare anche sulla polizza dell'ente. (D.Pozz.)

**box «Il doppio del necessario» Linee guida per fermarli**

**I**n Italia i tagli cesarei sono il doppio di quelli ritenuti necessari dall'Organizzazione mondiale della sanità (Oms): investire la marcia in favore dei parti spontanei è ormai un imperativo. Da qui la pubblicazione da parte dell'Istituto superiore di sanità delle prime Linee guida in materia, scaricabili dal sito [www.nslg-iss.it](http://www.nslg-iss.it). «La richiesta materna in assenza di motivazioni cliniche - si legge nell'opuscolo - non rappresenta un'indicazione al Tc (taglio cesareo). I professionisti devono discutere approfonditamente con la donna le motivazioni di tale richiesta e documentare l'intero percorso in cartella clinica». E ancora, quando viene richiesto per paura si raccomanda di offrire, già dalla gravidanza, interventi formativi e di supporto in grado di «rassicurare la gestante e sostenerla nella decisione». Ma attenzione: se non ci sono indicazioni terapeutiche «il medico può rifiutare il Tc» così come la donna stessa può rifiutarsi di sottoporvisi. (D.Pozz.)



**INSINTESI**

**1** Non si arresta in Italia la crescita dei cesarei sul totale dei parti. Un fenomeno che ha radici non solo mediche ma soprattutto culturali

**2** Alle donne viene fatto credere che la maternità sia essenzialmente un fatto tecnico e medicalizzato, sempre più svuotato dei suoi aspetti umani e affettivi

forti, e che andrebbero messe in discussione. Rispondere ai bisogni affettivi è necessario, soprattutto in gravidanza e soprattutto da parte di chi segue le mamme: «La trascuratezza emotiva si riflette non solo nella sofferenza psichica dilagante tra le donne, ma anche nelle difficoltà che attualmente accompagnano la maternità - annota la Mieli -. Le ostetriche sanno quanto importante è la relazione affettiva con la donna, possibilmente intrapresa durante la gravidanza, che è uno stare accanto, un aiutare a riconoscere le potenzialità e l'energia e cavalcarla».

**L**a dottoressa Mieli si chiede il perché dell'aumento dei parti cesarei eseguiti su esplicita richiesta della donna, anche se non vi è necessità terapeutica, tantopiù che il parto cesareo non è privo di rischi e inibisce, insieme agli ormoni tipici della nascita, quelli che provocano una «reazione d'amore» nei confronti del nascituro, interferendo nello sviluppo dell'affettività nella relazione tra madre e figlio. «Quello che mi sta a cuore - conclude - è difendere il senso filosofico e affettivo della naturalità del nascere perché non venga eliminato, come inutile sovrastruttura rispetto a una meccanica separazione».

**stamy**

di Graz



**contromano**

di Assuntina Morreri

**L'umiltà di arrendersi all'evidenza**



**E**ra il giugno 2000 quando l'allora ministro della Salute Umberto Veronesi, in merito alla vicenda di Eluana Englaro, dichiarò che

«c'è un migliaio di famiglie distrutte dalla penosa presenza di questi morti viventi». Qualche mese dopo, lo stesso ministro istituì un «Gruppo di lavoro su nutrizione e idratazione nei soggetti in stato di irreversibile perdita della coscienza», la prima sponda istituzionale a sostegno della richiesta del padre di sospendere alimentazione e idratazione a sua figlia Eluana.

Il documento finale legittimava tale sospensione in persone in stato vegetativo permanente (Svp). Nel testo si affermava che «per essi (individui in Svp, ndr) non sarà mai più possibile un'attività psichica, e in essi è andata perduta definitivamente la funzione che più di ogni altra identifica l'essenza umana. Essi (così come il feto prima del terzo mese, prima cioè dello sviluppo di un sistema nervoso funzionante, o il bambino nato anencefalico, capace di respirare e di movimenti riflessi o spontanei degli arti) sono esseri puramente vegetativi, la cui

«Morti viventi»: così nel 2000 la Commissione Veronesi definì i pazienti vegetativi. Chi li considera in questo modo non sa rassegnarsi alle nuove conoscenze in materia

«sopravvivenza» è affidata ai presidi che parenti e società sono capaci o disposti a fornire».

**N**on più persone, insomma, quelle in stato vegetativo (Sv) secondo alcuni esperti, che oggi però avrebbero difficoltà a ripetere quelle espressioni: le novità delle neuroscienze sull'attività cerebrale di persone in Sv, insieme alla dichiarazioni dei familiari che considerano alimentazione e idratazione dei propri cari «un atto dovuto», indipendentemente dalle modalità con cui sono somministrate, hanno cambiato totalmente il quadro di riferimento in questo ambito, tanto che adesso non si usano più le espressioni "permanente" e "persistente", per definire lo Sv, ma si indica da quanto tempo quella persona è in quelle condizioni. La possibilità che persone in Sv abbiano qualche capacità di relazionarsi con l'ambiente dovrebbe almeno far riflettere chi li ha considerati «morti viventi», proprio in virtù di quel progresso scientifico di fronte al quale tutti dovrebbero dimostrare un po' di umiltà, e

che troppi invece considerano una bandiera da sventolare solo quando fa comodo.

**L**a possibilità che alcune persone in Sv possano provare dolore, o siano capaci di entrare in contatto con chi è intorno, dovrebbe interessare anzitutto chi ha sempre negato queste possibilità. Se è vero, come riportato dal Documento Veronesi, che nel 2000 «il gruppo "Bioetica e neurologia" della Società italiana di neurologia invece considera l'idratazione e la nutrizione una forma di sostentamento eticamente doveroso in generale, ma non nei confronti degli individui in Svp, in quanto essi sarebbero da considerare già morti (anche se non rispondenti ai requisiti di legge per l'accertamento di morte)», proprio questi studiosi dovrebbero prendere atto delle novità in campo, e trarne le conclusioni.

**P**er chi invece ha sempre ritenuto che ogni persona, dal concepimento alla morte naturale, in ogni condizione, conserva sempre intatta la propria dignità, queste importanti scoperte niente aggiungono al valore di ogni essere umano, che per vivere ha diritto innanzitutto a essere nutrito. L'aumento della conoscenza del loro stato non potrà che migliorarne assistenza e condizioni di vita, magari con qualche forma di ausilio finora impensabile.