

Ginevra. Aborti tardivi? «No, veri infanticidi»

Numerosi sono gli infanticidi e gli aborti tardivi praticati nel mondo, mentre crescono le minacce contro l'esercizio della libertà di coscienza del personale sanitario. Lo ha denunciato Grégor Puppink, direttore dell'European center for law and justice (Eclj) davanti al Consiglio dei diritti dell'uomo delle Nazioni Unite a Ginevra. In occasione di un primo dibattito sulla violenza contro i bambini, il giurista ha puntato il dito contro la pratica di abbandonare per oltre 10 ore i bambini nati vivi dopo gli aborti al fine di farli morire, e contro la deliberata uccisione dei neonati. «I metodi di aborto tardivo in uso in alcuni Paesi costituiscono veri atti di tortura», ha affermato Puppink, sottolineando che oggi un bambino nato

Per il direttore dell'European center for law and justice sono «atti di tortura». Minacciato il diritto all'obiezione dei medici

prematura a 21 settimane può essere salvato, e a 23, ha il 9,7% di possibilità di sopravvivenza. Il direttore di Eclj ha citato i casi della Svezia e del Regno Unito, dove l'aborto su richiesta è legale fin oltre la soglia di vita autonoma del feto, e anche della Francia, dove si può praticare fino alla fine della gravidanza, in casi di malformazioni. Così in Inghilterra 66 bambini nati vivi dopo un aborto (nel 2005), e 622 in Canada (2000-2011) «sono stati lasciati tutti morire o uccisi con iniezioni o asfissia», pratiche raccomandate dal Royal college

of obstetricians and gynaecologists. «Uccidere un bambino nato vivo, è un infanticidio», ha ammonito il giurista. Eclj ha dunque chiesto al Consiglio di condannare queste violazioni e impegnarsi per impedire universalmente l'aborto oltre la soglia dalla quale il feto ha possibilità di vita autonoma. Nel dibattito sulla libertà di coscienza e religione, sempre all'Onu, l'esperto ha denunciato le minacce al diritto all'obiezione di coscienza del personale sanitario nei confronti dell'aborto. In Svezia e Francia è negato anche con licenziamenti. Ma anche i diritti dei genitori sono violati nelle scuole transalpine, con multe per chi non fa partecipare i figli all'ora di educazione sessuale.



«Fine vita: parliamone, ma senza scorciatoie»

di Marco Maltoni *

Il presidente Napolitano ha sollecitato un «sereno e approfondito confronto di idee» sulle scelte di fine vita. Raccolgendo questa sollecitazione sottopongo alcune riflessioni, cercando di evitare il rischio di contrapposizioni ideologiche.



La locuzione «scelte di fine vita» si basa sulla convinzione, condivisibile, che non esiste più oggi, nel mondo occidentale, la «morte naturale», ma che tutte le morti sono l'esito di un percorso «decisionale». Nel terzo mondo, dove la morte è ancora «naturale» e non è possibile «decidere», se prendere un antibiotico oppure no, l'età media è naturalmente molto bassa. Il tema è se, nel percorso finale di malattie inguaribili evolutive, sia possibile identificare una via proporzionata che eviti sia l'abbandono che l'accanimento terapeutico. In genere le decisioni di fine vita hanno a tema scelte di «limitazione» terapeutica. Un secondo aspetto è se queste scelte possano essere condotte in modo condiviso e all'interno di una relazione terapeutica fra paziente, familiari e curanti o se vadano lasciate alla totale autodeterminazione del paziente.

Non tutte le scelte di fine vita sono uguali. Gli autori olandesi che monitorano le scelte di fine vita in quel Paese rilevano la frequenza di eutanasia, suicidio assistito, interruzione della vita senza esplicita richiesta del paziente, alleviazione intensificata dei sintomi, non inizio o sospensione di trattamenti prolunganti la vita (incluso tra essi il «supporto vitale» di nutrizione o idratazione artificiali), sedazione profonda continua. Già da questo breve elenco emerge che non tutte le scelte di fine vita sono equivalenti, in termini di intenzione, procedura e risultato. Inoltre, secondo alcuni vi è una sostanziale discriminanza tra le pratiche di «abbreviazione attiva del processo di morte» e quelle di «astensione» da interventi terapeutici, mentre per altri quelle pratiche finalizzate a condurre alla morte del paziente dovrebbero essere «eticamente» nello stesso modo, sia che si tratti di interventi attivi che di astensioni terapeutiche.

Un altro punto oggetto di confronto è se tutti coloro che dialogano sulle scelte di fine vita ne hanno la stessa concezione. Recenti documenti di società scientifiche invitano i medici a identificare i malati che si avvicinano alla fine della vita per favorire una precoce «pianificazione delle cure». Per tale identificazione viene suggerito l'uso di alcuni indicatori comuni alle diverse patologie di deterioramento delle condizioni generali, di indicatori specifici correlati alle sin-

Il palliativista Maltoni: l'invito di Napolitano al Parlamento perché affronti la materia va colto con la delicatezza e la competenza necessarie a comprendere le situazioni reali. E dando più spazio agli hospice

Scienza & Vita Firenze dibattito sulla legge 40

In occasione del decennale della legge 40, l'associazione Scienza & vita di Firenze ha ritenuto opportuno organizzare un incontro sul vero significato di quel testo legislativo, assurdo ormai a termine di contraddizione nella politica e nella società, e del successivo referendum popolare da cui è sorta l'associazione Scienza & vita. L'iniziativa si terrà venerdì 28 marzo, alle 17, presso l'Oratorio dei Padri Filippini, via Anguillara 25, a Firenze. Interverranno Carlo Casini, eurodeputato e presidente del Movimento per la vita, e Assuntina Morresi, docente universitaria e firma di *Avvenire*.

sotto la lente

In Italia si praticano eutanasi «mascherate»? Garattini replica: cifre usate per fare confusione

Un testo che fotografa le rianimazioni italiane. E che non va tirato da una parte o dall'altra. Non è la prima volta che i radicali italiani per sostenere le loro argomentazioni utilizzano «Scelte sulla vita», lo studio su un campione di rianimazioni italiane realizzato nel 2005 dal Giviti, (Gruppo italiano per la valutazione degli interventi in terapia intensiva) e coordinato dall'Istituto Mario Negri. Il presidente Silvio Garattini è chiaro: «Non sono dati né a favore né contro l'eutanasia - puntualizza -, vorrei che venissero presi per quello che sono: un quadro della situazione». Garattini non gradisce affatto l'uso della cifra legata alla desistenza terapeutica - quel 60% dei malati sui quali nelle rianimazioni si sceglie di non praticare accanimento terapeutico limitandosi ad accompagnare il loro percorso naturale verso il termine della vita - come strumento delle campagne radicali, visto che i dati «non vanno confusi con l'eutanasia». E aggiunge che sul tema «c'è già la Costituzione con l'articolo 32. Una legge porterebbe a una maggiore burocratizzazione. Invece le scelte di fine vita si devono giocare nel rapporto medico-paziente. In modo diretto». (E.Loz.)

gole patologie, della cosiddetta «domanda sorprendente» («saresti sorpreso se questo malato morisse entro...?»). L'approccio di proporzionalità delle cure è condivisibile in quanto tiene conto delle singole situazioni cliniche. Una situazione clinica è, per esempio, quella di malati affetti da patologie evolutive in fase di terminalità. Un rischio è l'applicazione delle stesse azioni in condizioni cliniche diverse, «allargando» non il metodo ma lo specifico atteggiamento terapeutico da tenere nel fine vita di patologie inguaribili evolutive in fase terminale a malati con patologie evolutive in fase avanzata ma non di terminalità, malati con patologie croniche inguaribili non evolutive e non terminali, o addirittura a pazienti affetti da grandi disabilità.

so bene quanto sia sottile la linea di confine tra la libera scelta e la coercizione, come sia facile che qualcuno, anche inavvertitamente, ti faccia sentire senza valore e senza speranza, così da esercitare una pressione, leggera ma decisa, perché tu sia «ragionevole», per «sgravare gli altri dal peso», per «lasciar perdere». I medici si sentono autorizzati a dare giudizi su di me e a esprimere le loro opinioni. Credo che sia così perché io rappresento un fallimento per la loro professione, e questo è miope. Io sono di più della mia diagnosi e della mia prognosi. Questa non è che una delle tante forze di coercizione. Un'altra comprende un certo sguardo esausto negli occhi di un tuo caro, o il modo in cui infermieri o amici sospirano in tua presenza. Tutto questo può causare una pericolosa nuvola di depressione anche nel più ottimista, situazione che i medici potrebbero male interpretare poiché per loro risulta perfettamente logica. E per certi versi è razionale, data la scarsità di alternative. Se nessuno ti vuole alla festa perché dovresti restare? Chi sceglie il suicidio non lo fa in un ambiente neutrale. Siamo inesorabilmente condizionati dall'ambiente che ci circonda».

All'approssimarsi del reale «fine vita» la delicatezza delle singole situazioni merita pianificazione anticipata e condivisa delle cure (diversa da un'astratta direttiva anticipata), approccio individualizzato e rispettoso delle preferenze del paziente all'interno di una reale relazione di cura, e grande diffusione delle cure palliative. Così accade che negli hospice italiani, accanto a battesimi e matrimoni, inizio a raccogliere le disdette di viaggi per il suicidio assistito nella civiltà Svizzera.

* medico palliativista direttore Unità cure palliative Forlì

Obiezione di coscienza non si impone la forza

«Dire che la gravidanza avviene dopo l'annidamento non impedisce l'obiezione di coscienza». Il professor Luciano Eusebi è un giurista di fama ed è docente di diritto all'Università Cattolica. Il suo riferimento è alle recenti polemiche nate dopo che l'Aifa ha derubricato la pillola del giorno dopo da potenziale abortivo a semplice contraccettivo.

I radicali sostengono che adesso l'obiezione di coscienza per la pillola del giorno dopo non è più sostenibile... Cercano di aggirare il problema agendo sul piano terminologico. Ma dire che la gravidanza avviene in un momento successivo non toglie che tutti gli strumenti che possono compromettere la vita dell'embrione dopo il concepimento, anche se non è ancora annidato, sono in grado di agire contro la vita umana. Ciò vale per gli embrioni in vitro, ma anche per la cosiddetta pillola del giorno dopo.

Vista la diffusione dell'obiezione di coscienza tra i medici, questa è sempre più messa in discussione... L'obiezione è un istituto tipico dei sistemi liberali. Ha a che fare con il senso profondo della nostra democrazia. Lo Stato non può imporre un ruolo che può contemplare l'uso della violenza. Assicurare dei servizi, tra virgolette, come l'aborto, non può compromettere uno dei diritti fondamentali della Costituzione e della coscienza dei cittadini. Il professionista che fa valere l'obiezione, non si pone al di fuori dell'ordinamento giuridico. Al contrario fa riferimento a una fedeltà, che per lui è imprescindibile, agli stessi principi cardine dell'impianto costituzionale.

Cosa pensa della recente decisione della Regione Toscana di somministrare la pillola Ru486 nei consultori?

A parte le forti perplessità che nutro sui rischi che ne potrebbero derivare per la donna, che dopo due ore in ambulatorio se ne va a casa, credo che quello in atto sia un passaggio molto delicato. Verrebbero a cambiare, quando questa decisione sarà operativa, proprio la natura e il ruolo dei servizi sanitari non ospedalieri, come i consultori. **Quale dovrebbe essere dunque la loro funzione?** Quella prevista dalla legge 194, che all'articolo 5 dice che sono un supporto alla donna per «rimuovere le cause che la porterebbero» all'aborto. Se così non è, cioè se i consultori non sono finalizzati ad aiutare la donna e a prevenire l'aborto ma lo praticano, cambierebbe anche la loro percezione nella mente delle persone, quello che si dice il loro «riconoscimento sociale». Meno che mai deve diventare lo strumento per una routinizzazione ambulatoriale del ricorso all'aborto.

La Toscana sostiene però di applicare la legge 194... Per i consultori la contraddizione è evidente: se eseguono loro stessi gli aborti, va da sé che il loro ruolo di aiuto e prevenzione all'IVG finisce per essere compromesso. È un totale stravolgimento di quanto previsto dalla legge 194. Eppure il ruolo dei consultori, nel 2005, era stato ribadito in un documento del Comitato nazionale di bioetica che insisteva soprattutto sul valore del colloquio e che aveva trovato un'ampia convergenza al di là degli schieramenti.

Fabrizio Assandri

il caso

Québec, in attesa del voto medici pro-life mobilitati

Medici in sostegno della vita mobilitati in Québec. Nella provincia francofona del Canada l'attesa per chi vincerà le elezioni anticipate, in programma il 7 aprile, è doppia: il risultato politico avrà conseguenze anche in materia di bioetica. Se il Parti Québécois, della premier uscente Pauline Marois, dovesse ottenere la maggioranza assoluta nel Parlamento locale di Québec City, è assai probabile che la Bill 52, il disegno di legge per depenalizzare il suicidio assistito, venga discussa e approvata, aggirando così il divieto federale di Ottawa. I medici pro-life già si stanno mobilitando. Il dottor Paul Saba, vicepresidente dell'associazione anti-eutanasia Doctors for Social Justice, ha annunciato che potrebbero esserci clamorose conseguenze, senza escludere che alcuni medici potrebbero decidere di smettere di praticare oppure di lasciare il paese. Doctors for Social Justice è la stessa associazione che ha realizzato il toccante video con una bambina, Jessica (la figlia del dottor Saba), per chiedere al re del Belgio di non firmare il testo con cui il Parlamento di Bruxelles ha approvato l'estensione dell'eutanasia ai minori. Per sostenere la causa in Québec è arrivata pure Nancy Elliott, ex deputata pro-life dello Stato americano del New Hampshire, che all'inizio del mese ha rigettato la Bill 1395, che avrebbe consentito ai malati terminali di chiedere la «dolce morte».

Simona Verrazzo

contromano

I medici Usa: troppi figli della provetta

Sproporzionata incidenza di parti prematuri, basso o bassissimo peso alla nascita, problemi respiratori, malattie cardiache, infezioni, encefalopatia neonatale, disordini genetici, feti nati morti e maggiori probabilità di morte in culla nei primi 28 giorni di vita. È la lunga, agghiacciante, serie di problemi che un'associazione di medici americani ha collegato al concepimento in provetta, invitando i ginecologi e gli endocrinologi statunitensi a un ricorso più «etico, consapevole e moderato» della fecondazione in vitro. Il richiamo è unico nel suo genere. È molto raro che un'associazione di specialisti della sanità negli Stati Uniti critichi con tanta forza un gruppo di colleghi, arrivando persino a invitare le assicurazioni private a «non rimborsare le cliniche della fertilità che non si attengono ad alti standard professionali» e che non comunicano in modo trasparente i loro fallimenti alle autorità.

«Se paragonati ai bambini concepiti naturalmente - dice Raylene Phillips, autore del rapporto etico dell'Associazione dei neonatologi Usa, la Npa - un numero sproporzionato di bambini concepiti in provetta, sia nascite singole che gemellari, sono partoriti prematuramente e con seri problemi di salute. Molti sono costretti a passare fino a un mese nei reparti di terapia intensiva». Phillips, primario di neonatologia

I neonatologi americani in un documento molto severo mettono in guardia le coppie sui problemi che incontrano i figli concepiti in vitro. E invitano le cliniche della fertilità a un uso più oculato della fecondazione artificiale, chiedendo trasparenza sulle vere percentuali di fallimento dei cicli

dell'ospedale per bambini della Loma Linda University, aggiunge che, quando questi problemi si presentano, i genitori sono spesso impreparati. «La maggior parte non è stata informata delle potenziali vulnerabilità dei loro bambini o dei potenziali costi connessi alle cure». Uno studio del Centro medico della Loma Linda University ha evidenziato che i costi ospedalieri collegati alla nascita di un neonato concepito artificialmente sono 50 volte più alti di quelli del parto di un bambino concepito naturalmente. La Npa non è l'unica voce ad avere ultimamente messo in evidenza i rischi connessi alla provetta. Uno studio dell'università di Adelaide e uscito a gennaio conclude che i bambini concepiti in vitro hanno cinque volte più probabilità di nascere prematuri, con difetti congeniti o di morire nel primo me-

se di vita. E il mese scorso il *British medical journal* ha pubblicato una ricerca che solleva il dubbio che «i rischi legati alla fertilizzazione artificiale ne superino i benefici». Il documento dei neonatologi americani invita le cliniche della fertilità a limitare l'uso della provetta alle coppie sterili, a trasferire solo un embrione in utero e a educare i pazienti sui rischi della procedura. «I nostri colleghi assistono ogni giorno alle conseguenze devastanti che problemi alla nascita, nascite multiple e lunghi ricoveri hanno per le famiglie», conclude Bernadette Hoppe, presidente della Npa.

Il documento ricorda che, stando a dati recenti della Società per le tecnologie riproduttive, il 48% delle nascite di bambini concepiti in provetta sono gemellari, contro un'incidenza del 3% sulla popolazione concepita naturalmente. L'associazione dei neonatologi si appella ai colleghi impegnati nella fecondazione artificiale affinché siano più trasparenti nelle loro pratiche, comunicando alle coppie la reale percentuale di fallimento dei cicli di fecondazione in vitro. Invita poi le autorità competenti, sia statali che federali, a limitare e regolamentare la donazione e la vendita di sperma e oociti allo stesso modo in cui controllano la donazione di organi.

di Elena Molinari

© RIPRODUZIONE RISERVATA