

# FORUM DI BIOETICA

Gli scopi del Forum sono: suscitare un interesse culturale sui principi fondanti della bioetica e aprire il dibattito sui dilemmi etici dell'epoca moderna

NEWSLETTER

N. 49

FEBBRAIO 2008

## INDICE

### PRINCIPI ETICI

**La discussione sulla eutanasia e sul cd testamento biologico: Luciano Eusebi**, professore di diritto penale nell'Università di Brescia, già membro del Comitato Nazionale per la bioetica

### DILEMMI ETICI

**La Rianimazione dei Feti Prematuri Estremi: Paolo Rossi**

#### Comitato di redazione

**Dott. Cleto Antonini, (C.A.)**, Aiuto anestesista del Dipartimento di Rianimazione Ospedale Maggiore di Novara;

**Don Pier Davide Guenzi, (P.D.G.)**, docente di teologia morale presso la Facoltà Teologica dell'Italia Settentrionale, Sezione parallela di Torino; e di Introduzione alla teologia presso l'Università Cattolica del S. Cuore di Milano e vice-presidente del Comitato Etico dell'Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità" di Novara.

**Prof. Paolo Rossi, (P.R.)** Primario cardiologo di Novara

Principi etici

Luciano Eusebi

#### LA DISCUSSIONE SULLA EUTANASIA E SUL CD TESTAMENTO BIOLOGICO

1. *L'ampio consenso possibile sulla garanzia delle cure «palliative» e sulla rinuncia a terapie sproporzionate o attuate in fase terminale*

I temi proposti dal dibattito sulle dichiarazioni anticipate di trattamento e sull'eutanasia potrebbero essere suscettibili di aggregare un ampio consenso intorno ai seguenti punti:

a) In democrazia ogni individuo umano *conta*, pure nel caso in cui non potrà più essere economicamente produttivo e la sua assistenza rappresenta un costo. Dev'essere dunque tutelata quanto più possibile la qualità della vita di tutti i malati, vale a dire anche dei malati che non hanno prospettive di guarigione. In particolare, dev'essere garantito il c.d. diritto di non soffrire, rendendo effettivamente disponibile in tutte le situazioni che ne abbiano necessità la terapia del dolore, entro il contesto più vasto degli interventi propri della c.d. medicina palliativa.

Tale impegno esige di riflettersi sul piano legislativo, costituendo un dovere irrinunciabile per un'attuazione sostanziale del principio di uguaglianza.

b) Può del pari essere riconosciuto che non sono dovuti trattamenti terapeutici sproporzionati o inerenti a contesti patologici ormai terminali, ferma una definizione corretta di tali condizioni.

Il giudizio di proporzionalità, infatti, non va riferito al superamento di soglie standard, come accadrebbe se si affermasse, per esempio, che in tutti i casi di tumore metastatico sarebbe a priori sproporzionato eseguire più di un dato numero

di cicli chemioterapeutici, bensì va riferito (sulla base pur sempre di regolarità scientifiche note) a ciascun singolo paziente con riguardo al momento in cui si debba prendere la decisione, valutando in rapporto alla sue condizioni se risulti eventualmente sproporzionato il rapporto fra i benefici prevedibili derivanti dall'applicazione di una data terapia e le menomazioni, i danni o le sofferenze a loro volta prevedibili come conseguenza dell'applicazione di quella medesima terapia.

La fase terminale, per parte sua, va individuata nell'instaurarsi irreversibile del processo di morte (condizione pre-agonica e agonica).

Il giudizio di proporzionalità non esclude il rilievo, ai suoi fini, di considerazioni inerenti alla personalità e alla vicenda esistenziale del malato: secondo l'espressione utilizzata nella *Dichiarazione sull'eutanasia* della Congregazione per la dottrina della fede (1980), simile giudizio è in tal senso effettuato «tenuto conto delle condizioni dell'ammalato e delle sue forze fisiche e morali». Ciò che caratterizza quel giudizio, peraltro, è di essere condotto secondo criteri suscettibili di essere argomentati e condivisi, cioè non nell'ottica di una mera presa d'atto di manifestazioni della volontà individuale.

Pur essendo diffuso, poi, circa la problematica in esame il rimando alla nozione di rifiuto dell'«accanimento terapeutico», appare senza dubbio più corretto e socialmente comprensibile, dal punto di vista terminologico, parlare di rinuncia a terapie *sproporzionate*. Di per sé, infatti, non è per nulla un male che la medicina si adoperi con tutte le forze, nella misura in cui ciò non avvenga attraverso interventi inappropriati, al fine di contrastare una patologia, ed è proprio questo che i malati, in realtà, richiedono. Si tratta di evitare l'idea, corrispondente a ben precisi interessi economici, secondo cui la medicina, e in ispecie quella pubblica, abbia solo il dovere di offrire standard minimali di assistenza.

*2. L'inaccettabilità del diritto di richiedere una relazione intersoggettiva orientata alla morte e di una configurazione del rapporto medico riducibile al modello contrattualistico*

Ciò che invece, come già si accennava, non può ritenersi accettabile – e che avrebbe effetti ben più radicali sullo statuto dell'attività medica e sul rapporto tra medico e paziente di quanto a prima vista potrebbe apparire – è il trasferimento della risposta ai temi summenzionati sul piano di una radicale soggettivizzazione decisionale, quale si realizzerebbe:

a) attraverso il riconoscimento del «diritto» a esigere che la relazione col medico – in contesti nei quali non vengano affatto in gioco interventi sproporzionati – possa

essere orientata (in modo attivo o astensivo) non già alla tutela della salute, ma al realizzarsi della morte;

b) attraverso una definizione giuridica dell'attività medica di tipo puramente contrattuale, che trasformerebbe la medicina da disciplina portatrice di criteriologie d'intervento non derogabili definite nell'ambito della comunità medica, a mera tecnica applicabile in base all'incontro della volontà di un richiedente e della disponibilità di un sanitario a una determinata prestazione.

In particolare, appare necessaria molta attenzione nel momento in cui s'intenda definire legislativamente l'attività medica, posto che il limitarsi a menzionare profili pur fondamentali del rapporto tra medico e paziente come quelli riguardanti il consenso informato conduce ad accogliere la prospettiva di una radicale disponibilità, per qualsiasi fine, dell'abilità medica. Il sussistere del consenso non rende lecita qualsivoglia forma dell'intervento medico; piuttosto, la caratteristica *generale* di liceità dell'atto medico che lo distingue da altre condotte incidenti sulla sfera individuale, fermi gli ulteriori requisiti di volta in volta rilevanti, è dato dal suo risultare idoneo alla tutela della salute del paziente.

In molteplici settori della vita economica e civile, d'altra parte, l'ottica puramente contrattualistica non è stata ritenuta conforme ai principi dello *stato sociale di diritto* proprio perché non in grado di tutelare adeguatamente le posizioni più deboli.

### *3. I rischi di una radicale soggettivizzazione del rapporto medico rispetto alla tutela dei soggetti più deboli*

Anche una radicale soggettivizzazione del rapporto medico, implicante l'apertura a prassi eutanasiche, finisce per indebolire la tutela *effettiva* del malato. Esistono in questo senso molte ragioni – la cui considerazione appare imprescindibile proprio in un contesto laico, democratico e pluralista – che orientano a non rendere giuridicamente disponibile il bene vita. Questi alcuni dei nodi più delicati:

a) la previsione del «diritto a morire» si converte facilmente nella colpevolizzazione dei malati e dei loro congiunti che dovessero richiedere ulteriori investimenti di risorse socio-sanitarie, una volta superate – pur in assenza di sproporzione dell'intervento – soglie relative alle condizioni di salute oltre le quali si proponesse come giustificata la rinuncia alla tutela;

b) parallelamente, la presentazione della medicina in veste di attività senz'altro aggressiva, dalla quale il malato, a un certo punto, dovrebbe comunque difendersi utilizzando il diritto all'autodeterminazione, favorisce, in concreto, spontanee uscite di scena dei sofferenti – anche quando non sia in gioco alcuna

forma di sproporzione – molto vantaggiose dal punto di vista dei costi economici, e che nessuno (*nessun potere politico*) potrebbe esporsi a sollecitare in modo esplicito;

c) la configurazione come *diritto* dell'intento di vedere realizzata la propria morte impedirebbe, una volta espressa la volontà di rinunciare alle terapie da parte del paziente, qualsiasi atto inteso anche sul piano del dialogo e della persuasione a contrastare simile intento, imponendone la pura presa d'atto; esito, questo, tanto più insoddisfacente se si considera, alla luce della letteratura psicologica, che...

d) ...la dichiarazione di voler morire da parte del malato, ben lungi dal rappresentare una manifestazione di libertà, cela quasi sempre un contesto di *abbandono terapeutico* e rappresenta un appello (non di rado il malato ha solo la sua vita da mettere in gioco) alla presa in carico della sua situazione esistenziale attraverso la vicinanza umana e gli interventi di sostegno palliativo, anche quando non sia ormai possibile contrastare l'evolversi di una data patologia: realtà, questa, di cui l'ordinamento giuridico non può non tener conto, privilegiando una formalizzazione deresponsabilizzante dei rapporti;

e) la totale soggettivizzazione dei problemi afferenti alla tutela della vita carica il malato e il suo contesto familiare, venuto meno il riferimento a criteri giuridicamente condivisi, di un onere psicologico enorme, il quale risulta angoscioso e destabilizzante, nonché foriero di gravosi rimorsi;

f) appare in ogni caso alquanto equivoco il fatto che il diritto, costituente per sua natura una risorsa a sostegno degli individui più deboli o in difficoltà, possa di fatto esonerarsi dall'intervento in favore dei medesimi consentendo il venir meno della loro esistenza, cioè della situazione stessa che si configura come appello al suo attivarsi;

g) del pari, appare non privo di equivocità, ma anche discutibile sotto il profilo della laicità, un diritto il quale, piuttosto che limitarsi a garantire il massimo impegno in favore dei più deboli, si avventuri nell'individuare situazioni – lasciando intendere un giudizio di minor valore della vita quando esse si manifestino – in cui consentire, anche quando non vengano in gioco terapie sproporzionate, la collaborazione all'altrui proposito di lasciar intervenire la propria morte;

h) rimettere giuridicamente alla (auto)determinazione delle parti coinvolte la stessa salvaguardia della vita significa aprire, come già osservavamo, a una visione contrattualistica del rapporto medico, che favorisce ben noti atteggiamenti di natura

cautelativa, intesi a minimizzare i rischi di responsabilità medica per eventuali eventi avversi, piuttosto che a perseguire il miglior interesse del malato;

i) ammessa la disponibilità del bene vita nell'ambito del rapporto medico diviene molto labile il confine – lo testimoniano, tra l'altro, le recenti proposte olandesi concernenti i minori e la fase neonatale – con logiche di eutanasia *tout court* involontaria.

#### 4. *L'impossibilità di fondare il supposto «diritto a morire» sul principio di autonomia*

Si consideri, inoltre, che sarebbe scorretto ricondurre, come talora avviene, il riconoscimento del «diritto di morire» al principio di autonomia. Se infatti quel principio impone il mutuo rispetto fra gli esseri umani quali *soggetti morali* dotati di autonomia, appare del tutto contraddittorio, com'è ampiamente evidenziato in sede filosofica, giustificare in rapporto a tale principio l'intento di vedere realizzata la soppressione del proprio stesso esistere in quanto soggetto morale, e con ciò della propria stessa autonomia.

Significativamente, del resto, la sentenza 29-4-2002 della Corte Europea per i diritti dell'uomo (caso *Pretty*) chiarifica come l'art. 2, parte prima, della Convenzione per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali – secondo cui «il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge» – non esprima un intento di tutela riferito, e con ciò suscettibile di poter essere circoscritto, alla *volontà di vivere* dell'individuo, bensì abbia riguardo alla vita di un individuo umano quale bene giuridico autonomo.

Autorizzare una relazione intersoggettiva orientata alla morte significherebbe – anzi – incidere sul cardine stesso della democrazia, vale a dire sulla circostanza ai sensi della quale la tutela della vita di ciascun individuo costituisce presupposto del reciproco riconoscimento fra gli esseri umani come soggetti eguali in dignità, riconoscimento il quale esige di essere sottratto a qualsivoglia giudizio sulle caratteristiche di una data esistenza (foss'anche al giudizio di taluno *contro* la sua stessa vita).

Non a caso, l'ordinamento giuridico non autorizza, oggi, alcuna forma di relazione intersoggettiva che sia programmaticamente orientata al prodursi della morte di uno dei soggetti coinvolti (salva solo forse, ma confidando che anche questa deroga possa essere superata, l'uccisione del nemico in guerra).

#### 5. *L'impossibilità di fondare il supposto «diritto a morire» sulla non coercibilità di determinati interventi nei confronti della persona cosciente.*

Talora la richiesta che sia riconosciuto il c.d. diritto a morire viene riferita alla non coercibilità di una relazione terapeutica implicante interventi diretti sull'intimità della

sfera corporea di una persona che consapevolmente si opponga. Si tratta, tuttavia, di questioni non sovrapponibili.

Riconoscere la non coercibilità, salva autorizzazione legale, dell'instaurazione di un rapporto terapeutico nei confronti di una persona cosciente non implica che sussista il diritto di morire e di richiedere che la relazione col medico, una volta instaurata, si orienti alla morte.

Se un simile diritto venisse riconosciuto ne deriverebbe addirittura, come già si evidenziava, il venir meno del diritto/dovere per il medico di attivarsi, nel quadro della posizione di garanzia di cui è titolare rispetto alla salute del malato, con tutti i mezzi di persuasione e di sostegno necessari affinché una relazione terapeutica non sproporzionata possa instaurarsi.

Ciò implica altresì che l'eventuale instaurazione futura di un rapporto terapeutico non può essere sottoposta alla condizione che, in presenza di talune circostanze, essa venga ad assumere un orientamento alla morte del paziente, sebbene tali circostanze non individuino contesti implicanti forme sproporzionate d'intervento.

Ne deriva, del pari, che non può essere richiesto al medico di agire per interrompere una terapia salvavita già in atto, ove la prosecuzione di tale terapia non sia riconoscibile, secondo l'insieme dei criteri sopra richiamati, come un intervento sproporzionato.

#### 6. *L'interpretazione dell'art. 32<sup>2</sup> Cost.*

Nulla cambia, in questo senso, ove si faccia riferimento all'art. 32<sup>2</sup> della Costituzione, il quale afferma che «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge», precisando altresì che «la legge non può in alcun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana». Quanto abbiamo sostenuto si pone, piuttosto, in totale continuità con tale norma, che non istituisce affatto il diritto di morire, né fonda il diritto a relazioni mediche orientate al prodursi della morte (le quali risulterebbero, del resto, tutt'altro che irrilevanti con riguardo al richiesto *rispetto* della persona umana). Eventualmente, dalla sua lettera potrebbe dedursi la summenzionata incoercibilità dell'attivazione di una terapia su una persona cosciente, sebbene quell'articolo, dal punto di vista storico, sia stato redatto con riguardo a potenziali interventi coattivi prescritti dall'autorità politica o amministrativa.

Simile norma, infatti, fu inserita nella Costituzione, avendo riguardo agli abusi disumani avvenuti nei campi di sterminio, non per affrontare le problematiche del rapporto terapeutico tra medico e paziente, bensì per precisare che nessun potere – lo Stato, ma anche il datore di lavoro, la compagnia con cui si abbia stipulato una

polizza assicurativa, l'allenatore in ambito sportivo, ecc. – può pretendere di imporre a un individuo un intervento rilevante in rapporto alla salvaguardia della sua salute, al di fuori della sua relazione personale col medico di cui abbia fiducia (la discussione in Assemblea Costituente si soffermò soprattutto sulla problematica della sterilizzazione coatta).

L'art. 32<sup>2</sup> Cost. vuole che la salute sia materia riservata al rapporto del paziente col proprio medico, senza che alcun potere possa pretendere di compiere atti incidenti, per l'appunto, sulla sfera dell'integrità psicofisica: tale articolo, invece, non dice né innova alcunché circa le caratteristiche del rapporto terapeutico.

#### *7. L'oggetto delle dichiarazioni anticipate.*

Nel quadro che abbiamo descritto eventuali dichiarazioni anticipate non potranno avere per oggetto vincoli di carattere eutanasi (secondo l'espressione utilizzata nelle conclusioni del parere approvato in materia nel 2003 dal Comitato Nazionale per la Bioetica), cioè tali da comportare l'orientamento del rapporto terapeutico alla morte del dichiarante in contesti nei quali non si tratti della rinuncia a strumenti terapeutici sproporzionati.

Simili dichiarazioni – circa le quali, dunque, non appare necessaria un'apposita legislazione, salvo che l'intento effettivo della medesima sia quello di modificare l'attuale assetto giuridico del rapporto tra medico e paziente – appaiono invece legittimate a fornire indicazioni utili per tutti quei contesti in cui siano in gioco alternative terapeutiche non riconducibili a una scelta tra la vita e la morte del malato, come pure per lo stesso giudizio concernente, secondo quanto più sopra si precisava, la proporzionalità dell'intervento terapeutico.

Esse, inoltre, sono in grado di dar conto, con palesi riflessi tranquillizzanti per i contesti familiari e per il personale sanitario, del fatto che il dichiarante accetti serenamente la non instaurazione di terapie sproporzionate, peraltro non dovute: salvo, sussistendo certe condizioni, un opposto desiderio esplicito del malato stesso.

Non può non segnalarsi, in ogni caso, come un'eventuale normativa sulle dichiarazioni anticipate di trattamento la quale faccia ricorso al modello privatistico del testamento, che costituisce un atto vincolante (addirittura) unilaterale, finirebbe per prestarsi all'introduzione esplicita o implicita della logica contrattualistica nell'attività medica e, per questa via, a condotte di natura eutanasi.

Ciò premesso, sarà necessario che la pertinenza delle dichiarazioni anticipate rispetto alla situazione concreta – in rapporto alla prevedibilità di quest'ultima all'epoca delle medesime, all'attendibilità di indicazioni rese in un contesto psicologico diverso da quello di una malattia in atto o avanzata, come pure al possibile evolversi del quadro

delle terapie praticabili – resti rigorosamente affidato al medico: il che implica – come indicato anche dal Comitato Nazionale per la Bioetica, in conformità alla norma corrispondente della Convenzione di Oviedo – la natura *non vincolante* delle eventuali dichiarazioni, natura la quale non esclude il dovere di motivazione da parte del medico.

Ogni diversa soluzione (anche nel caso in cui si prevedesse che le dichiarazioni siano comunque effettuate con l'assistenza di un sanitario) priverebbe il medico dell'aspetto più essenziale della sua professionalità, che consiste nell'essere chiamato a conformare la sua condotta terapeutica al giudizio in scienza e coscienza circa l'attualità della situazione del malato.

È del tutto ovvio, infine, che l'espressione di dichiarazioni anticipate dovrà rimanere totalmente libera e discrezionale. Il cittadino non può essere paradossalmente privato, in nome dell'autodeterminazione, del diritto di affidarsi ai criteri ordinari di diligenza e perizia che devono informare la prestazione dell'attività sanitaria, venendo in tal senso obbligato a prevedere rispetto a una situazione futura e incerta (quale che sia il suo livello di preparazione in ambito medico) specifiche modalità dell'intervento sanitario. Ciò finirebbe davvero per ledere il diritto costituzionale alla tutela della salute. La garanzia degli strumenti proporzionati alla salvaguardia della salute, dell'integrità fisica e, pertanto, della vita non può essere condizionata, infatti, a obblighi di dichiarazione.

#### 8. *La garanzia delle condizioni ordinarie dell'esistenza (idratazione ed alimentazione)*

Va infine precisato che non potrà mai essere richiesta l'interruzione di quelle cure, sempre dovute, le quali garantiscono ciò che è necessario per vivere a ogni individuo, sia egli sano o malato, come l'idratazione e l'alimentazione: salvo eventualmente valutare se le condizioni complessive del malato siano tali ormai da non consentire l'assimilazione delle stesse o se, in casi particolari, non risultino proporzionate le modalità d'intervento, ad esempio chirurgiche, necessarie per renderle praticabili (cfr. in proposito il parere approvato nel 2005 dal Comitato Nazionale per la Bioetica su *L'alimentazione e l'idratazione dei pazienti in stato vegetativo persistente*).

Ciò non può non valere anche con riguardo ai malati in stato vegetativo c.d. permanente che, seppur nella loro condizione particolare, vivono in modo del tutto autonomo, e non in forza di terapie giudicabili sproporzionate (deve del resto considerarsi che in sede sperimentale è emerso come il loro cervello possa rispondere a determinate immagini visive e, altresì, che nessuno può dire l'ultima

parola su stati profondi della coscienza o sul confine tra non comunicabilità e incoscienza; come pure devono considerarsi i casi di «risveglio» avvenuto dopo molti anni).

Valgano in ogni caso come monito le parole, frequentemente citate, di uno dei maggiori bioeticisti contemporanei, Daniel Callahan, dell'*Hasting Center* di New York: «Il rifiuto della nutrizione può diventare, nel lungo termine, il solo modo efficace per assicurarsi che un largo numero di pazienti biologicamente resistenti venga a morte. Considerato il crescente serbatoio di anziani resi disabili dall'età, cronicamente ammalati, fisicamente emarginati, la disidratazione potrebbe diventare a ragione il non trattamento di elezione».

#### 9. *Sull'accertamento della morte*

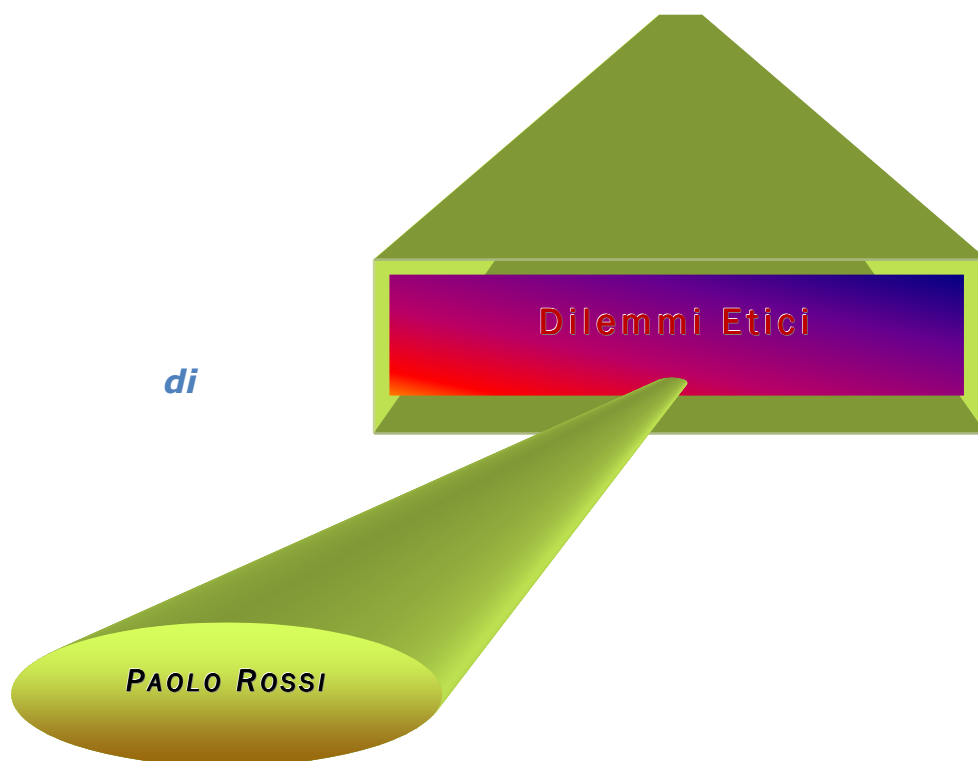
Si consenta una precisazione finale sull'accertamento della morte, del quale frequentemente (e anche in questo fascicolo) si discute.

Il criterio di morte dell'individuo vivente di una data specie non può che essere dato dalla cessazione della sequenza esistenziale continua e autogovernata secondo le caratteristiche genetiche di tale specie (e dunque del «sistema» unitariamente coordinato) con cui il sussistere stesso della vita si identifica (tale sequenza è in atto dalla fecondazione, ma potrebbe eccezionalmente instaurarsi anche con modalità differenti, come avviene per uno dei gemelli monozigoti o nell'ipotesi della clonazione).

Simile criterio *non è convenzionale*, ma corrisponde a una riflessione razionale sui dati provenienti dalle scienze di base. Ne deriva che l'identificazione stessa del momento nel quale la summenzionata condizione si realizza non può essere convenzionale, ma deve dar conto di come in tale momento si realizzino le condizioni di cui sopra. Quel momento è stato da tempo identificato, com'è noto, nella morte cerebrale e il giudizio sull'attendibilità di tale parametro, nonché sui relativi criteri di accertamento, spetta, ovviamente, ai tecnici: in ogni caso, l'eventuale smentita della sua validità richiederebbe riferimenti precisi e ripetuti, cioè non solo aneddotici.

Di certo risulterebbe fuorviante, comunque, se la discussione movesse a suggerire l'idea che la definizione stessa del sussistere o meno della vita, al suo inizio o alla sua fine, abbia natura convenzionale (con tutte le conseguenze immaginabili), vale a dire svincolata dal confronto con gli apporti delle conoscenze biologiche.

Prof. Luciano Eusebi; e-mail: [luciano.eusebi@tin.it](mailto:luciano.eusebi@tin.it)



## La Rianimazione dei Feti Prematuri Estremi

I Direttori delle Cliniche di ostetricia e ginecologia di quattro Università romane (La Sapienza, Tor Vergata, La Cattolica e Campus Biomedico) hanno sottoscritto e reso noto un documento congiunto secondo cui anche in caso di aborto "se il feto è vivo va sempre rianimato". Il documento, che ha scatenato le critiche degli ambienti favorevoli all'aborto, è stato reso pubblico il 2 febbraio durante un convegno promosso dalle quattro cattedre universitarie, all'ospedale Fatebenefratelli di Roma, in occasione della XXXI Giornata per la Vita.

Nel documento è scritto che: "Un neonato vitale, in estrema prematurità, va trattato come qualsiasi persona in condizioni di rischio, e assistito adeguatamente". Secondo i cattedratici "con il momento della nascita la legge attribuisce la pienezza del diritto alla vita e, quindi, all'assistenza sanitaria". Per questo, nel caso in cui un feto nasca vivo dopo un'interruzione di gravidanza, il neonatologo deve intervenire per rianimarlo, "anche se la madre è contraria, perché prevale l'interesse del neonato". Lo precisa il professor Giovanni Scambia, direttore del dipartimento per la tutela della salute della donna e della vita nascente dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, riferendosi agli effetti immediati del documento firmato dai primari ginecologi delle quattro università romane sulla rianimazione dei feti prematuri. "Il nostro intento - spiega - è stato fare il punto scientifico sulla situazione. Ci siamo trovati tutti

d'accordo su quel documento, che dice poche cose ma molto precise: grazie ai progressi della medicina attuale a 22 settimane c'è possibilità di vita autonoma, e non puoi non assistere un neonato. Senza accanimento ma lo devi fare. Volevamo ribadire questo concetto, delle regole di comportamento". E se il feto prematuro non è venuto alla luce per un aborto spontaneo, ma per una scelta terapeutica dei genitori e dei medici, le cose non cambiano: "In presenza di un aborto a 22 settimane - spiega Scambia - è chiaro che devi tenere in conto la volontà dei genitori ma solo entro certi limiti. Da domani - annuncia - a 22 settimane è prevista l'assistenza neonatologica. Se si abortisce e il feto manifesta segni di vitalità lo assistiamo, indipendentemente dalla volontà dei genitori. Questo è il significato che diamo noi al documento". All'indomani è giunto l'appello del Papa in occasione della XXXI Giornata per la vita (lunedì 4 febbraio).

### ***Attuale destino dei feti prematuri***

"Può anche capitare - ed il Movimento per la Vita ha raccolto le incredibili testimonianze di medici, ostetriche ed infermiere - che i bimbi prematuri, nati vivi da un aborto, vengano messi sul davanzale delle finestre o addirittura in frigorifero per affrettarne la fine o semplicemente abbandonati a se stessi sul tavolo operatorio in attesa che la scintilla di vita autonoma si spenga in loro così da sollevare dall'imbarazzo genitori e medico". Carlo Casini, Presidente del Movimento per la Vita (MpV), intervistato da ZENIT, ha commentato che "è un dramma strettamente connesso all'aborto cosiddetto terapeutico e che quindi può venire aggravato dalla non accettazione da parte della madre del neonato. La prospettiva di una vita gravemente menomata è certamente drammatica, ma almeno quando l'aborto è volontario c'è un modo sicuro per evitarla". "Una volta tanto basta applicare la legge 194 che, su questo punto, frena la sua complessiva ingiustizia. Infatti l'articolo 7 non stabilisce soltanto che se il feto è espulso vivo dal corpo materno occorre mettere in atto tutte le cautele necessarie volte a salvaguardarne la vita, ma impone che 'quando vi è possibilità di vita autonoma' l'aborto è ammissibile solo nel caso di pericolo per la vita della madre". "Dunque se su tavolo operatorio si trova un esserino gemente a seguito di una interruzione volontaria di gravidanza, vuol dire che la legge è stata violata e dovrebbe scattare la sanzione di cui all'articolo 19". "Se si deve stabilire un limite temporale all'aborto terapeutico - ha concluso -, esso deve essere il più prudenziale possibile ed essere così basso da escludere in ogni caso - quindi anche se ve ne fosse una probabilità su mille - che all'orrore dell'aborto venga aggiunto l'orrore di un corpicino gemente che per sopravvivere deve correre il rischio di gravi malformazioni".

### **I limiti e il dibattito**

L'uscita del documento delle 4 università romane ha innescato una serie di polemiche pro e contro con importanti risvolti etici. Ora medici ed esperti dibattono sulla rianimazione dei prematuri estremi che nascono ancora vitali

La legge 194 non fissa termini temporali all'applicazione dell'aborto terapeutico, mentre l'interruzione volontaria di gravidanza può essere praticata, secondo la 194, nei primi 90 giorni di gestazione oppure, per motivi terapeutici al quarto e quinto mese; normalmente non si può interrompere nessuna gravidanza dopo questa data.

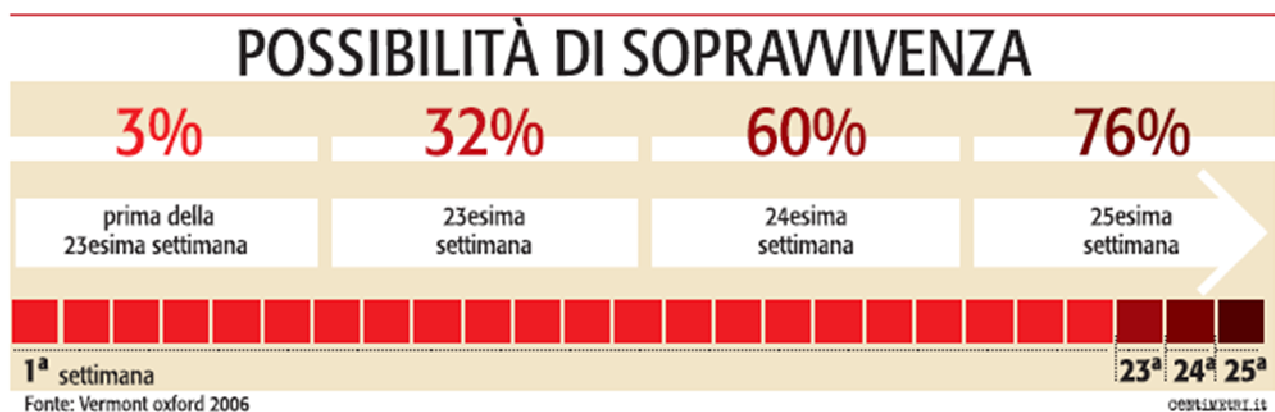
Il Ministero della salute ha stabilito che fino alla **22° settimana e 6 giorni** «al neonato devono essere offerte solo cure compassionevoli», salvo nei casi eccezionali che «mostrassero capacità vitali»

La Regione Lombardia ha varato con decreto un atto di indirizzo che definisce un tempo limite per l'aborto terapeutico fissandolo alla **22a settimana e 3 giorni**.

### **Ricerca Usa sui prematuri**

I feti prematuri hanno buone possibilità di sopravvivenza ben prima della 25esima settimana di gestazione: già alla 23esima, quando cioè è ancora permesso l'aborto terapeutico, quasi un neonato su tre sopravvive, per l'esattezza il 32%. E una settimana dopo la percentuale sale a due terzi. Sono i dati del Vermont Oxford Network Database, resi noti dal Movimento per la Vita Ambrosiano, con l'obiettivo di dare un contributo scientifico al dibattito sull'opportunità di rianimare i feti prematuri frutto di aborto. Se le possibilità di sopravvivenza prima della 23esima settimana sono al di sotto del 10%, già una settimana dopo le cose cambiano: alla 23esima salgono al 32%, alla 24esima al 60%, alla 25esima al 76%. Percentuali in crescita rispetto al 2004, quando alla 23esima settimana sopravviveva il 30% dei neonati, il 58% alla 24esima, il 74% alla 25esima. E - sempre secondo gli esperti del Vermont - cresce anche il numero di nati prematuri che non solo sopravvivono, ma sono sostanzialmente sani. Il 33% dei bambini nati prima della 23esima settimana non presenta gravi patologie. Tra i nati alla 23esima settimana il dato sale al 62%, il 50% nella fascia della 24esima e il 70% tra i bambini nati tra la 25esima e la 27esima settimana. Prendendo come parametro il peso alla nascita si registra che non presenta gravi patologie il 60% tra i nati di 400/500 grammi, il 53% tra 500 e 600 grammi, il 65% tra 600 e 700 grammi, il 63% tra 700 e 800 grammi, il 77% tra 800 e 1000 grammi. Le prospettive di vita dei prematuri sono aumentate in modo esponenziale: negli anni '60 sotto i 1500 grammi moriva il 70% dei bambini, oggi invece con lo stesso peso 90 su 100 ce la fanno. Sappiamo che tra la 22esima e la 24esima settimana ogni giorno in più trascorso in utero aumenta le possibilità di sopravvivenza del 2-3%. Come si vede il cammino della scienza è in continuo progresso, di conseguenza le normative in materia debbano continuamente essere adeguate. Le nuove linee guida per la 194 adottate in Lombardia sono un esempio in questo senso.

Le possibilità teoriche di sopravvivenza sono deducibili dallo schema seguente



Il feto alla 23esima settimana è lungo circa 25cm, le orecchie percepiscono suoni attutiti dall'esterno. Gli organi vitali sono formati ma gravemente immaturi. Il bimbo che viene alla luce può dare segni di vitalità con presente il battito cardiaco e con o senza attività respiratoria. Sostenere che 'un neonato di 22 settimane può essere solo aiutato a morire' significa stravolgere il significato della professione medica e l'imperativo di cercare di salvare una vita umana. Come vedremo più avanti il progresso della neonatologia permette di ottenere invece una sopravvivenza del 26% nei centri più avanzati, a fronte del 3% dello schema sopra riportato dal data base dell'ospedale Vermont.

### **Come vengono informati i genitori nei centri di neonatologia**

Prima ancora che sia deciso l'intervento. Entrambi sono messi al corrente che, qualora il feto darà segni di vita, il neonatologo interviene con la rianimazione come è prescritto dalla legge. La Costituzione garantisce assistenza a tutti e, se un genitore dovesse chiedere di lasciar perdere, il medico, in coerenza con il codice deontologico, non potrebbe certo acconsentire. Spesso si tratta di interruzioni di gravidanza legate a presunte malformazioni (spesso lievi o insignificanti) del nascituro perché è dilagante la ricerca del figlio perfetto. C'è una fobia dell'handicap che porta a rinunciare al figlio anche se la malformazione fetale non comporta reali rischi per la madre, o non è nemmeno troppo disabilitante.

### **In questo discorso che ruolo assegnare alla volontà della madre di non rianimare il neonato?**

Innanzitutto è necessario sgombrare il campo da equivoci: stiamo parlando di aborti spontanei, perché l'aborto 'terapeutico' non si può praticare quando il feto ha possibilità di vita autonoma, come dice la 194. Il supposto contrasto tra il medico e la madre sull'opportunità di rianimare, quindi, non si realizza, perché entrambi vogliono fare di tutto per salvare il piccolo. *In ogni caso in sala parto solitamente non c'è*

cliniche di ostetricia e ginecologia delle quattro facoltà romane di Medicina che si pronunciano per la garanzia di assistenza ai neonati vitali anche "in estrema prematurità". Sono surreali, spesso irricevibili- c'è il professor Flamigni preoccupato dei costi sanitari per i sopravvissuti con - handicap, e il professor Veronesi che ha mai sentito parlare di bambini sopravvissuti agli aborti - e dimenticano un particolare importante. A chiedere regole di principio che mettessero d'accordo i progressi nelle cure ai grandi prematuri con una pratica ospedaliera che produce casi come quello di Tommaso (nato vivo a Careggi dopo un aborto alla ventiduesima settimana e sopravvissuto per sette giorni), è proprio chi gli aborti li fa, alla Mangiagalli di Milano così come negli ospedali romani, o, appunto, in quello di Careggi.

**Primo quesito etico: non si può curare un bambino contro la volontà della madre che lo voleva abortire?**

Un bambino nato, anche fortemente prematuro, è un individuo, una persona, un soggetto di diritto. Ed è un individuo della specie umana particolarmente fragile e vulnerabile, in una circostanza in cui il tempo assume valenza etica: "perdere anche un minuto è dirimente rispetto alle sue possibilità di vita". In quelle condizioni, il medico ha pochi istanti per la prima valutazione clinica, e l'opzione di garanzia doverosa da esercitare, da un punto di vista davvero liberale e laico, è quella in favore del presumibile interesse di quell'individuo a sopravvivere. E' il punto essenziale: "In quel momento, il medico non ha di fronte una famiglia o la società, ma un individuo titolare di diritti. Deve quindi rianimare il neonato all'istante, perché aspettare può essere fatale, e iniziare il percorso terapeutico, nel quale deve certo coinvolgere i genitori. I quali, però, pur titolari delle più ampie deleghe sui propri figli, non possono mai avere su di loro potere di vita e di morte". Altrimenti saremmo alla barbarie.

**Secondo quesito: le temute disabilità o malformazioni possono influire sulla decisione di rianimare un bambino vitale anche fortemente prematuro?**

Il dilemma più ricorrente è costituito dalla pressoché totale impossibilità a formulare diagnosi attendibili sulla futura salute dei nati prematuri. Qual'è il comitato di saggi che decide se quella vita sarà 'onerosa' o no? Nel caso dell'aborto, poi, la 194 dice già che il nato vivo ha diritto all'assistenza. A maggior ragione, in quel caso, si può presumere concettualmente e persino giuridicamente, lo stato di abbandono del neonato. La madre che lo voleva abortire può essere considerata come una madre che lo abbandona, non la titolare del diritto di vita e di morte sull'individuo nato. E' necessario discuterne?.

E' necessario, a quanto pare. Se ne stupisce anche Domenico Arduini un altro firmatario della Carta di Roma, , docente di Medicina prenatale a Tor Vergata: "Da trent'anni la 194 stabilisce l'obbligo dell'assistenza al neonato che nasce vivo dopo un aborto. Ma, fino a poco tempo fa, i neonati vitali di - fatto non erano assistiti, perché le tecniche di rianimazione erano molto più rudimentali. Oggi la sopravvivenza a 22-23 settimane è possibile, e in alcuni centri all'avanguardia tocca il 26 per cento. A fronte di dati della letteratura scarsi e a volte contrastanti, abbiamo stabilito che il criterio ragionevole al quale attenersi è che se il neonato è vitale, va assistito. Se ci giochiamo i primi sette - otto minuti per discutere, avremo dei risultati pessimi. Intanto interveniamo, se abbiamo la possibilità di avere un bambino vivo, perché prima si interviene e più sarà sano. E poi si valuterà il percorso terapeutico, pronti a rinunciare se si configura l'accanimento". A giudizio di Arduini, quindi, "tutti i neonati prematuri vitali devono essere assistiti, come si può non essere d'accordo? Il parere dei genitori? Non può essere sulla vita e sulla morte: 'Con il momento della nascita la legge attribuisce la pienezza del diritto alla vita e, quindi, all'assistenza sanitaria'. "Il neonato non appartiene ai genitori, nel momento in cui è nato è una persona a sé, che appartiene a se stessa", diceva un anno fa al Foglio il neonatologo di Careggi, Firmino Rubaltelli, che aveva seguito il caso del piccolo Tommaso. E ricordava che "una bambina nata da noi alla ventiduesima settimana e cinque giorni, proprio come il piccolo che non ce l'ha fatta, oggi sta bene".

**Terzo quesito: Applicare la rianimazione a un neonato al di sotto della 24esima settimana, potrebbe configurare un accanimento terapeutico.**

È l'accusa del fronte dei neonatologi contrari alla 'carta di Roma'. "Il limite per la vita umana e la qualità della vita umana da assumere attualmente come riferimento è la 24esima settimana di gestazione. Prima, la potenzialità di risposta positiva del paziente risulta nella quasi totalità delle volte inefficace", chiarisce Gianpaolo Donzelli, il direttore della Clinica di medicina neonatale dell'ospedale Meyer di Firenze che è tra i firmatari della Carta di Firenze. Donzelli precisa anche che il medico "non può procedere senza l'alleanza e il rapporto dei genitori su cui ricadono sofferenza e dolore". Da 15 anni all'Ospedale Meyer è vietata la rianimazione dei feti nati vitali prima della 24esima settimana di gestazione, a seguito di una esperienza di allora molto sofferta, ma in tal modo i firmatari della Carta di Firenze si sono auto esclusi dal progresso medico delle cure neonatali realizzatosi nel frattempo, come dimostra l'esperienza acquisita nell'ospedale di Careggi.

Se un neonato per quanto prematuro è vitale, ha diritto a essere rianimato immediatamente; soltanto nelle ore successive è possibile stabilire e riconoscere che l'intervento dei medici configurerebbe l'accanimento terapeutico qualora cercassero di

procrastinare una morte inevitabile. Paola Binetti, senatrice del partito democratico, chiarisce il quesito etico:

"Non si tratta di accanimento terapeutico, il modo d'intervenire è sempre subordinato alla valutazione clinica che se ne fa e alle possibili cure. Ogni bambino ha la sua storia, le sue esigenze, questo significa che il bambino va trattato come una persona dandogli ciò che giova. Oggi molte cose sono cambiate in campo medico, non ci dobbiamo dimenticare che dietro certe prese di posizione ci sono i successi della medicina neonatale" (Repubblica 3 febbraio 2008).

Prof. Paolo Rossi; e-mail: [paolo.rossi1927@gmail.com](mailto:paolo.rossi1927@gmail.com)

---

## La parola ai lettori

**Tutti coloro che ricevono questa newsletter sono invitati ad utilizzare la opportunità offerta dal forum per far conoscere il proprio pensiero su quanto letto o sollecitare ulteriori riflessioni ed ampliare la riflessione. La corrispondenza potrà essere inviata all'indirizzo qui sotto specificato.**

indirizzo per la corrispondenza:

[paolo.rossi1927@gmail.com](mailto:paolo.rossi1927@gmail.com)

Tutte le newsletter precedenti sono archiviate con l'indice analitico degli argomenti nel sito:

[www.foliacardiologica](http://www.foliacardiologica)

La newsletter è inviata automaticamente secondo la mailing list predisposta, chi non desidera riceverla può chiedere di essere cancellato dalla lista. Chi volesse segnalare altri nominativi di posta elettronica è pregato di fare riferimento all'indirizzo riportato per la corrispondenza

**NEWSLETTER N. 49**

**FEBBRAIO 2008**