

DR. ANTONIO PANTI - FIRENZE

DOCUMENTO DELLA FNOMCeO SUI PROBLEMI CONNESSI ALLA CONTRACCEZIONE, PROCREAZIONE ED INTERRUZIONE DI GRAVIDANZA

Negli ultimi tempi è aumentata nella società e nel confronto politico l'attenzione sulle problematiche che si riferiscono alla contraccezione, alla PMA, all'interruzione farmacologica di gravidanza e ai comportamenti da assumere verso feti vitali in età gestazionale estremamente basse (22-25 settimane) da parti prematuri o da aborti terapeutici.

Queste tematiche coinvolgono i medici secondo un duplice profilo: quello tecnico professionale, basato sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e quello etico che attiene ai principi deontologici comuni a tutta la professione ed individuali, propri cioè dei singoli statuti morali.

Tra questi due confini, il medico esercita ed interpreta il suo ruolo civile e sociale di servizio alla persona ed alla collettività, contribuendo alla piena attuazione di diritti costituzionalmente sanciti. Per quanto attiene il primo profilo, è opportuno ricordare che le evidenze disponibili sulle varie materie consentono orientamenti e/o linee guida e/o protocolli diagnostico-terapeutici, elaborati dalle società scientifiche, di varia "forza" e comunque tali da rappresentare mere raccomandazioni cliniche, sulle quali e per le quali viene riservata una certa autonomia al medico che deve interpretare ogni relazione di cura come unica ed irripetibile ed agire secondo scienza e coscienza, documentando le ragioni della scelta.

Relativamente al secondo profilo, i pilastri morali del nostro Codice Deontologico e cioè i principi di giustizia, di perseguire il massimo bene del paziente, di rispetto dell'autodeterminazione del cittadino, fanno sì che la scienza medica sia moralmente legittimata se totalmente svolta al servizio dell'uomo, dei suoi bisogni, dei suoi diritti e delle sue libertà e che ogni innovazione delle conoscenze e delle tecniche, equa ed accessibile, in grado di risolvere o aiutare a risolvere problemi, tutelando la salute e la vita, migliorandone la qualità o limitando la sofferenza, ha un suo prezioso e positivo valore etico.

Nel merito delle questioni riteniamo che:

La prescrizione del levonorgestrel, nella cui AIC vi è l'unica indicazione di "contraccettivo di emergenza"- non può incontrare surrettizie limitazioni che ostacolano la fruizione di un diritto della donna che intenda prevenire una gravidanza indesiderata ed un probabile successivo ricorso all'aborto.

Pur riaffermando con forza il diritto del medico alla clausola di coscienza prevista dall'articolo 22 del Codice Deontologico, va ricordato l'obbligo ivi previsto per il medico di ".....fornire al cittadino ogni utile informazione e chiarimento".

In altre parole la tensione tra il diritto del medico alla clausola di coscienza e quello del cittadino alla fruizione della prestazione riconosciuta come disponibile, non fa venir meno l'obbligo, anche deontologico, dei medici di adoperarsi al fine di tutelare l'accesso alla prescrizione nei tempi appropriati. Appare inoltre opportuno che il medico preventivamente segnali al Direttore Generale la propria volontà di utilizzare la clausola di coscienza onde consentire la corretta

organizzazione del servizio. L'eventuale abolizione dell'obbligo di prescrizione per la "pillola del giorno dopo" presuppone una valutazione tecnico scientifica che compete alle Istituzioni Sanitarie allo scopo preposte. In questa prospettiva e più in generale occorre invece rilevare l'insufficienza delle politiche di educazione alla procreazione e alla sessualità responsabile da realizzare anche attraverso una corretta informazione e diffusione dei mezzi contraccettivi, chimici o meccanici, al fine di ulteriormente ridurre il tasso di gravidanze indesiderate e di diminuire l'incidenza delle malattie a trasmissione sessuale.

Su alcune questioni della PMA, in particolare i vincoli previsti dalle linee guida alle diagnosi preimpianto sull'embrione alle sole tecniche osservazionali escludendo quindi quelle genetiche limitatamente a malattie di cui sono note i meccanismi di trasmissione e le devastanti espressività fenotipiche *quoad vitam et valetudinem*, all'obbligo di impianto di tutti gli embrioni prodotti (fino a tre), ci siamo già pronunciati negativamente prima e dopo l'approvazione della L. 40/2004 ed oggi, anche alla luce di alcune autorevoli sentenze della Magistratura e sulla scorta di dati su consistenti fenomeni di "mobilità procreativa" non possiamo che confermare quella valutazione. Le linee guida oggi vigenti intervengono nella relazione di cura definendo, indipendentemente dal contesto clinico, atti e procedure diagnostico-terapeutiche non fondate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, sulle quali non è consentito alla donna esercitare un diritto attuale all'autodeterminazione, né al medico quello di compiere il proprio dovere agendo secondo scienza, nel rispetto del principio ippocratico di perseguire il massimo bene delle pazienti. Ancora una volta, sul piano etico e civile, vogliamo ribadire che l'equilibrio tra i tanti valori in campo, tutti meritevoli di tutele, va ricercato in una relazione di cura forte perché fondata sulla fiducia reciproca, consapevole perché basata sull'informazione puntuale, responsabile perché orientata al pieno rispetto dei diritti e doveri dei contraenti: un incontro intimo, unico ed irripetibile, che contiene tutti gli elementi per operare, in quelle circostanze, le scelte giuste.

La recente relazione del Ministro della Salute sullo stato di **attuazione della L. 194/78**, pur ponendo in evidenza luci e ombre sul suo stato di applicazione quali ad esempio l'insoddisfacente attività consultoriale, la carenza di provvedimenti di aiuto alla maternità responsabile, le difficoltà organizzative derivanti dall'esercizio dell'obiezione di coscienza, rileva non solo la sostanziale scomparsa dell'aborto clandestino, piaga sociale a cui non si deve correre alcun rischio di ritornare, ma anche la drastica riduzione delle interruzioni volontarie di gravidanza. Questi risultati confortano il grande valore civile e sociale della legge che, a distanza di 30 anni, dimostra tutta la solidità e la modernità del suo impianto tecnico-scientifico, giuridico e morale. Con questa premessa, riteniamo opportuno che:

- si incrementino i fondi per gli interventi di educazione alla procreazione responsabile e di supporto alla gestazione e alla maternità
- si assumano iniziative educative e sociali per ridurre il ricorso alla IVG da parte delle donne extracomunitarie che oggi raggiunge livelli molto superiori a quelli delle donne italiane

° si perfezioni l'introduzione in Italia della RU 486 (Mifepristone) – associato o no col Misoprostolo, (quest'ultimo in uso presso donne extracomunitarie come abortivo clandestino) avvenga nel pieno rispetto dei criteri e delle procedure previste dalla L. 194/78 così da consentire “ l'uso delle tecniche più moderne, più rispettose dell'integrità psicofisica della donna e meno rischiose per l'interruzione di gravidanza”.

I progressi della neonatologia hanno sollevato con forza delicate questioni bioetiche relative **all'assistenza ai neonati vitali di età gestazionale estremamente bassa (22-25 settimane)** da parti prematuri e nuovi vincoli agli aborti terapeutici , anche in ragione di espresse previsioni della stessa L.194/78 .

Riteniamo che la complessa materia possa trovare orientamenti condivisi all'interno delle seguenti previsioni :

- gli articoli 6 e 7 della L.194/78, che regolano l'aborto terapeutico, dettano norme di comportamento per il medico assai chiare, in particolare il comma 3 dell'art.7 che espressamente prevede che “ *Quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto.....il medico che esegue l'intervento deve adottare ogni misura idonea a salvaguardare la vita del feto* “
- tali interventi, soprattutto se condotti nelle età gestazionali nelle quali le migliori evidenze scientifiche disponibili riportano tassi di mortalità elevatissimi in relazione a gravi ed irrecuperabili insufficienze di sviluppo di organi e/o apparati o in presenza di gravi malformazioni incompatibili con la sopravvivenza del neonato , devono considerare quanto previsto all'articolo 16 del Codice Deontologico in materia di accanimento terapeutico. Il medico, come sempre, deve ispirare il proprio comportamento a tali norme, caso per caso e secondo una appropriata, autonoma e responsabile valutazione clinica.
- Le disposizioni degli articoli 33, 35, 37 e 38 del Codice Deontologico confermano inequivocabilmente la necessità, anche in questi casi, di informare i rappresentanti legali (i genitori) e di acquisirne il consenso alle procedure messe in atto ed alle scelte da compiere, garantendo alla madre ed alla famiglia la necessaria assistenza sul piano umano, psicologico e sociale e al feto, quale che ne sia il destino, attenzioni e cure rispettose della dignità umana
- è necessario che il servizio sanitario si attrezzi per prevenire e gestire al meglio queste evenienze che, sebbene relativamente rare (2/1000 parti), richiedono sforzi organizzativi , competenze professionali e strutture dedicate rilevanti.

Si ritiene infine che questioni così delicate ,che si riferiscono a quanto di più intimo e personale coinvolga la donna, la coppia, e la società meritino grande rispetto ed un confronto sociale e politico meno strumentale, meno ideologico, più attento al grande bagaglio di sofferenze che sempre accompagna questi tormentati cammini e che ricadono sulle donne, spesso lasciate sole in queste drammatiche circostanze. Al servizio di questa tutela, l'autonomia e la responsabilità della nostra professione si pongano come garanti di un' alleanza terapeutica fondata sul rispetto dei reciproci valori, diritti e doveri.