



Regione Toscana
Diritti Valori Innovazione Sostenibilità

Commissione Regionale di
Bioetica

PARERE NR. 1/2009
DEL 14/01/2009

Vista la L.R. 24 febbraio 2005 n. 40 “Disciplina del Servizio sanitario regionale” e successive modifiche e integrazioni;

Vista la deliberazione di Consiglio regionale n. 121 del 21 novembre 2006 “Commissione Regionale di Bioetica nomina dei componenti” e successive modificazioni e integrazioni;

Visto il regolamento della Commissione Regionale di Bioetica approvato con D.P.G.R. n. 7/R del 18/02/2008;

Vista la richiesta di parere, pervenuta in data 12/06/2008 dalla Direzione Generale dell’Azienda USL 4 di Prato, su *“Interruzione selettiva di gravidanza”*;

Dato atto che la Commissione Regionale di Bioetica nella seduta del 10/09/2008 ha dichiarato la sua volontà ad esprimersi e a tal proposito ha deciso di costituire un apposito gruppo di studio;

Preso atto dei risultati del lavoro del gruppo di studio e considerati i contributi pervenuti dagli altri componenti della Commissione;

L’Assemblea, validamente riunitasi in data 14/01/2009, ha approvato all’UNANIMITA’

IL SEGUENTE PARERE

Parere della Commissione Regionale di Bioetica sull'interruzione selettiva di gravidanza

Riferimenti legislativi e precisazioni terminologiche ai fini della chiarezza concettuale

Il gruppo della Commissione Regionale di Bioetica, deputato allo studio delle problematiche etiche e medico-legali della procedura definita "Feto-embrioiduzione", dopo un'attenta analisi dei documenti presentati e dei riferimenti normativi, ritiene che per quanto riguarda gli aspetti legislativi occorra fare riferimento alla legge n. 194/78, che detta le "Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza" e alla legge n. 40/2004, che detta le "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita".

Il gruppo di studio sottolinea che la legge 194 è stata stilata oltre 30 anni or sono e che da allora sono stati compiuti progressi scientifici e tecnologici che rendono attualmente possibili interventi medico-chirurgici un tempo non contemplati. Rientra in questa fattispecie il tema in oggetto, in quanto la feto-embrioiduzione è oggi tecnicamente possibile senza interrompere la gravidanza *in toto*, che invece sembrerebbe restare l'unica possibilità prevista dalla legge. Infatti, dato che la legge 194 prevede l'interruzione volontaria della gravidanza, purché ricorrano le particolari condizioni previste dall'articolo 6, un'interpretazione meramente "letterale" dovrebbe portare, in caso di gravidanza plurima, all'interruzione della gravidanza "in toto".

D'altra parte, nell'articolo 14 della legge 40/2004 si recita al comma 4: "*Ai fini della presente legge sulla procreazione medicalmente assistita è vietata la riduzione embrionaria di gravidanze plurime, salvo nei casi previsti dalla legge del 22 maggio 1978, n. 194*". Casi che, sempre interpretando "letteralmente" la legge, non sono invece previsti nella 194. Si è dunque davanti ad un conflitto tra leggi la cui soluzione non compete a questa commissione.

La commissione ritiene che la disposizione appena citata della legge 40 possa essere comunque applicata al caso in cui l'interruzione riguardi soltanto la gravidanza di un feto affetto da grave patologia. Inoltre, la commissione ritiene che, per la tipologia di problemi per cui è stato chiesto il pronunciamento della CRB, non sia corretto parlare di feto-riduzione né di embrio-riduzione ma più giustificato ed opportuno parlare di interruzione volontaria selettiva di gravidanza.

Va ribadito inoltre, onde evitare interpretazioni eugenetiche, che in caso di gravidanza multipla con uno dei feti affetto da gravi patologie congenite, l'articolo 6 della legge 194/78 stabilisce, come unici criteri da invocare per l'interruzione della gravidanza, il grave pericolo per la vita della donna ed il pericolo per la sua salute psico-fisica, o la circostanza che siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, tali da determinare un grave pericolo per la salute psichica o fisica della donna.¹ Deve essere inoltre ricordato che, qualora si renda necessario salvare sé od altri da un danno grave o da un pericolo attuale, l'art. 54 del Codice Penale prevede lo "stato di necessità" come scriminante, imponendo che l'offesa sia proporzionata al pericolo. Nella fattispecie, quindi, il ricorso all'interruzione di gravidanza *in toto*

¹ "L'interruzione volontaria della gravidanza, dopo i primi novanta giorni, può essere praticata:

a) quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna; b) quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna."

sembrerebbe violare il principio di proporzionalità sancito dall'art. 54 C. Pe., considerato che l'art. 1 della L. n. 194 prevede la tutela della vita umana fin dal suo inizio.

Problema etico che appare come maggiormente rilevante: mancanza di pari opportunità di accesso alla prestazione sanitaria di interruzione volontaria selettiva di gravidanza

In merito al numero assai ridotto di centri che operano l'aborto selettivo va sottolineato (data anche l'eccezionalità della casistica), che l'alta specializzazione, la competenza professionale e la perizia dovute alla maggior esperienza (per maggior numero di interventi) rendono alcuni centri più qualificati rispetto ad altri. Ma proprio al fine di garantire una presa in carico multidisciplinare della donna (compreso il supporto psicologico), ed una continuità del percorso assistenziale fino al suo completamento, si rendono necessarie strutture altamente qualificate. La centralizzazione di questo tipo di prestazione risulta, quindi, un aspetto di tutela per la salute della donna e non una forma di discriminazione nell'accesso alle prestazioni.

Quello che tuttavia appare contraddire il principio etico di giustizia è il fatto che i centri non specializzati, che prendono in carico la donna avviandone il percorso diagnostico-terapeutico, interrompano la relazione con la paziente o perché, troppo spesso, i medici di turno risultano tutti obiettori, oppure perché non adeguatamente informati sulla reale effettuabilità dell'aborto selettivo. Pertanto, le strutture non specializzate che prendono in carico una donna in gravidanza, e che non sono in grado di effettuare tale prestazione con la garanzia di un supporto globale ed altamente qualificato, hanno comunque il dovere di garantire la continuità assistenziale indirizzando la gestante verso il centro più vicino che possieda tali requisiti.

E' importante notare, inoltre, che nelle strutture non si rilevano soltanto problemi di attrezzature e condizioni adeguate per l'attuazione del servizio, ma si attesta anche una scarsa informazione degli operatori sulla liceità dell'aborto selettivo nei termini e nelle condizioni previste dalla L. 194 che, si ricorda, è una legge "a tutela sociale della maternità".

Altri aspetti rilevanti

- Quello del consenso informato e dell'adeguatezza e completezza delle informazioni offerte è un punto cruciale: più una procedura è rischiosa ed implica scelte di vita importanti, tanto più l'informazione deve essere completa, dettagliata ed aggiornata, chiara e coerente, nonché fondata su un'evidenza scientifica documentabile. Ai genitori devono essere chiaramente esplicitati i rischi iatrogeni reali della procedura. Inoltre, nel dare questo tipo di informazioni, si dovrebbe cercare un piano di comunicazione che non confonda il piano emotivo ed il piano clinico-scientifico, utilizzando un linguaggio tecnicamente chiaro, ma che favorisca nella donna la consapevolezza che il professionista è in grado di comprendere i suoi dubbi e conflitti, evitando tuttavia che tale partecipazione empatica divenga un'indebita influenza sulle successive scelte.

La C.R.B. si impegna a stimolare i C.E.L. affinché verifichino che i flussi informativi ed i moduli di consenso informato, forniti ai pazienti per queste procedure specifiche, rispondano a tali requisiti di completezza, chiarezza ed evidenza scientifica, nonché di terminologia non ambigua.

Proposte

- Utilizzo, nelle strutture, di flussi informativi alle gestanti e di moduli di consenso informato rispondenti a determinati requisiti, che devono essere verificati dai C.E.L. La C.R.B. si impegna a sollecitare i C.E.L. in tal senso;
- Seminari obbligatori volti ad informare gli operatori del settore sulla liceità dell'aborto selettivo nei tempi e nelle modalità previste dalla L. 194 per una "tutela sociale della maternità";
- Sollecitazione alla Regione Toscana perché si attivi nel garantire, ad ogni singola donna, la continuità assistenziale ed il completamento del percorso diagnostico-terapeutico, con particolare attenzione per il supporto psicologico.