

Lezione del 16 03 2024

«Accanimento terapeutico»

Il diritto di essere curati e assistiti esige che si usino tutti i mezzi disponibili, senza però ricorrere a cure pericolose o troppo onerose, che servirebbero solo a prolungare la vita in modo artificiale e penoso, con danno del malato stesso.

Esiste un diritto a morire con dignità, evitando sofferenze inutili. Pertanto, «l'interruzione di procedure mediche onerose, pericolose, straordinarie e sproporzionate rispetto ai risultati attesi può essere legittima». In tal caso si ha la rinuncia all'«accanimento terapeutico».

Non si vuole così procurare la morte: **si accetta di non poterla impedire»** (Catechismo della Chiesa cattolica, n. 2278).

In tal caso, si dovranno tuttavia mettere in atto una «terapia del dolore» e «cure palliative» adeguate, favorendo forme di solidarietà e di accompagnamento che aiutino l'infermo (soprattutto nella fase terminale) ad arrivare alla morte in maniera dignitosa, superando il senso di disperazione che prende quando ci si vede abbandonati e si è lasciati a soffrire in solitudine.

Una decisione condivisa

E' giunto il tempo perché si chiarisca finalmente a livello legislativo la questione del rapporto tra il dovere professionale dell'équipe sanitaria e l'autodeterminazione del paziente cosicché, da un lato, sia tutelata l'autonomia decisionale dei medici e del personale sanitario — oggi spesso compromessa dal timore di incappare in responsabilità penali — e dall'altro sia garantita la libertà del malato di scegliere le cure e la loro eventuale sospensione, come prevede la nostra Costituzione: «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana» (art. 32).

Si tratta, in altre parole, di elaborare una legge sul **«testamento biologico»** (in questa prospettiva relazionale sarebbe più corretto, forse, parlare di **«direttive anticipate di trattamento»** «DAT»), ormai divenuta improrogabile e urgente.

In ogni caso, non sarà il «testamento biologico» da solo a risolvere tutti i gravi problemi etici che solleva l'accompagnamento dei malati terminali verso una morte affrontata con dignità.

Occorre ripartire da una cultura della vita, eticamente fondata. La luce della fede, poi, può aiutare il credente a comprendere il significato integrale della sofferenza umana e della morte, oltrepassando l'aspetto di destino tragico e assurdo che assume la morte senza Dio. Il discorso sulla morte trascende l'orizzonte puramente fisico e giuridico.

Il confronto con la morte occupa uno spazio importante nello sviluppo della persona e nell'evoluzione di ogni cultura.

Da esso maturano atteggiamenti di segno diverso che vanno dalla negazione all'accoglienza della morte nella propria vita, dalla disperazione alla speranza di fronte al suo ineluttabile destino.

La cultura moderna fa i conti con la morte, nel tentativo poderoso e sofferto di restituirle un volto meno lugubre, recuperandola all'interno dell'orizzonte della vita.

La morte si mostra, in talune circostanze, con sembianze di atroce processo, richiedendo forze interiori e risorse esteriori per affrontarne lo stato dolente, il degrado di condizioni, lo smarrimento di senso.

Pensare da vivi alla propria morte è un segno di maturità interiore: questo comporta anche potersi prefigurare i possibili scenari, segnati dagli effetti dell'impatto delle cure mediche nello stato finale della vita.

Questa maturità interiore va alimentata da processi educativi, di carattere personale, relazionale, culturale e spirituale e va sostenuta da un impianto di tipo giuridico che regola le responsabilità differenziate del morente, di chi lo rappresenta e di chi lo cura.

Proprio a tale processo di maturazione concorrono le disposizioni anticipate di trattamento (DAT) che da decenni vanno emergendo in diversi contesti culturali e sistemi giuridico-normativi, anche a opera di istituzioni religiose, professionali, assistenziali.

Le “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento” (DAT)

Con il termine di “*dichiarazione anticipata di trattamento*” (DAT), popolarmente conosciuto come “testamento biologico”¹ si intende un documento mediante il quale una persona capace esprime la sua volontà circa i trattamenti medici ai quali desidererebbe o non desidererebbe venire sottoposta nel caso in cui, per malattia o per traumi improvvisi, non fosse più in grado di manifestare il proprio consenso o dissenso informato.

Che dire delle DAT, ad una prima valutazione?

1

A rigore le due espressioni “dichiarazione anticipata di trattamento” e “testamento biologico” non sono equivalenti. La prima è più flessibile ed è da intendere nel senso in cui si era espresso il Comitato nazionale per la bioetica nel 2003 (vedi più avanti), la seconda è da intendere come un documento vincolante per il medico. (Cf ROMANO, L. *Solo DAT non vincolanti rafforzano l'alleanza di cura*, in *Avvenire* del 17 marzo 2011)

Esse presentano certamente **aspetti positivi**, in quanto offrono ai medici indicazioni circa la volontà del malato rispetto alle cure e al malato di rendere noto quali cure intende o non intende accettare.

La questione centrale è: le DAT possono includere disposizioni di tipo eutanasi? In caso di risposta positiva, quale valutazione dare?

Ancora una volta la risposta è legata alla concezione dell'uomo e della sua libertà.

Dove l'uomo è ritenuto sufficiente a sé stesso, non deve rendere conto della propria vita che a sé stesso ed è totale la libertà di decidere della propria vita e della propria morte, in questa visione l'esercizio della libertà comprende anche il diritto soggettivo di decidere quando la vita debba terminare. In questa prospettiva le DAT devono prevedere **la richiesta di eutanasia**, almeno nella sua forma passiva.

Nella visione personalista, condivisa dalla Chiesa cattolica, l'uomo è un essere personale consapevole che ha ricevuto la vita da altri, che cresce attraverso le relazioni con gli altri, non può disporre della propria vita in modo assoluto.

La vita infatti **non se la dà la persona, ma la riceve e il soggetto cresce, si sviluppa umanamente attraverso l'incontro con gli altri, attraverso le relazioni.** La persona si trova in debito fin dall'inizio della sua esistenza, prima nei confronti di chi lo ha generato, poi nei confronti dell'ambiente umano in cui cresce. Tutta la vicenda della vita umana indica tale debito verso gli altri, ponendo quindi una responsabilità verso di loro.

Il voler decidere quando è ora di porre fine alla propria vita manifesta il venire meno di questa responsabilità verso gli altri.

Nelle DAT **ciò che fa problema è il carattere di astrattezza/imponderabilità**, dovuta alla distanza, temporale ed esistenziale, tra la condizione in cui è redatta la dichiarazione e la situazione reale di malattia, in cui le disposizioni devono venire applicate.

La DAT è un documento in cui il dichiarante esprime il proprio orientamento in merito ai trattamenti sanitari in previsione di un'eventuale futura perdita della propria capacità di intendere e volere.

Non è obbligatoria, ha validità di 5 anni ed è raccolta dal medico curante; in stato di fine vita o in condizioni di morte prevista come imminente, il medico deve astenersi da trattamenti straordinari non proporzionati, non efficaci o non adeguati alle condizioni cliniche del paziente; il divieto di includere la richiesta di eutanasia e di suicidio assistito;

E' prevista la figura del fiduciario, che è la persona incaricata come unico interlocutore del medico per le decisioni relative alle DAT; il medico non può

prendere in considerazione indicazioni orientate a causare la morte del paziente o in contrasto con le norme giuridiche o la deontologia medica. È chiamato, nel prendere in considerazione le DAT, all'applicazione del principio dell'inviolabilità della vita umana e della tutela della salute; il medico non è obbligato a seguire le DAT, ma le valuta in scienza e coscienza, prendendo in considerazione anche quanto indicato dal fiduciario. In caso di controversia il giudizio del collegio medico deputato a decidere è vincolante per il medico.

Idratazione e alimentazione: a tutti i pazienti incapaci di intendere e volere è assicurata l'alimentazione e l'idratazione, che non possono essere oggetto di DAT.

Da un punto di vista morale, ciò che fa problema è la tendenza a far entrare nelle DAT una richiesta in senso eutanasi, sia nella forma attiva che passiva (o omissiva).

È un bene che organizzazioni afferenti all'opera pastorale della Chiesa si facciano carico di formulare un modello di DAT e di diffonderne la conoscenza.

Tale iniziativa merita considerazione e apprezzamento. Essa costituisce una modalità realistica ed efficace di accompagnare il cammino di vita e il momento terminale che a ognuno toccherà affrontare.

In questo si esprime una duplice valenza positiva: quella di sostenere un itinerario pedagogico di maturo atteggiamento nei confronti della morte e quella di favorire, fino alla fine, un ambiente di equilibrio per le decisioni riguardanti lo stato terminale di persone non più in grado di esprimere la propria volontà.

Ora che in Italia le disposizioni legislative lo rendono possibile, è da salutare con interesse e piena adesione il fatto che la Chiesa e le istituzioni ad essa vicine si adoperino per diffondere una cultura della riconciliazione con il proprio morire, anche attraverso l'uso di DAT.

È maturo il tempo di riconoscere in questo strumento e nel contesto nel quale esso va inserito, una via efficace per la maturazione di consapevolezza della propria indole di creatura, segnata dalla contingenza e dalla fine, ma anche chiamata ad affrontare responsabilmente il tema del proprio morire, come espressione di soggetto del vivere e non di oggetto da amministrare.

La proposta di DAT qui offerta mette chiaramente in evidenza questo riferimento sia alla prospettiva della fede cristiana che ispira un'idea di essere umano, nel suo rapporto con Dio che lo chiama alla vita e lo fa vivere, sia alla dimensione tipicamente moderna dell'essere umano, che, nella sua responsabilità e nelle relazioni che va a stabilire con gli altri, assume il compito del proprio vivere e la forma del proprio morire.

In questo esempio di DAT, la declinazione delle possibili situazioni che definiscono lo stato terminale aiuta la persona a entrare realisticamente nella figurazione di ciò che potrebbe accadergli e di scegliere le modalità che meglio rispondono alla sua volontà.

Con un linguaggio preciso e sobrio e con apprezzabile equilibrio riflessivo tra autonomia del soggetto, relazionalità del contesto familiare e sociale e consapevolezza dei compiti professionali del personale di cura, questo esempio di DAT è un invito al discernimento ponderato e sapiente circa le situazioni che possono di volta in volta mutare ed è un segno di accompagnamento sensibile e competente per la maturazione individuale e collettiva di quella umanizzazione della vita che include anche la morte.

LA CARTA DEI DIRITTI DEL MORENTE (Fondazione Floriani 1999)

È opportuno che almeno gli operatori conoscano i principi della Carta dei diritti del Morente: Il morente ha diritto, negli ultimi istanti della vita, di essere considerato persona sino alla morte.

1. Ha il diritto di essere informato, se lo desidera, sulle sue condizioni
2. Ha il diritto di non essere ingannato e di ricevere risposte veritiere
3. Ha il diritto di partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua volontà
4. Ha il diritto a trattamenti che lo sollevino dal dolore e dalla sofferenza
5. Ha il diritto a cure e assistenza continue, nell'ambiente desiderato
6. Ha diritto di non subire trattamenti che prolunghino l'attesa della morte
7. Ha il diritto di esprimere le proprie emozioni
8. Ha il diritto all'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede
9. Ha il diritto alla vicinanza dei suoi cari
10. Ha il diritto a non morire nell'isolamento e nella solitudine
11. Ha il diritto di morire in pace e con dignità

L'ABORTO

1. Premessa

Si intende tradizionalmente per aborto l'interruzione di una gravidanza prima che il nuovo essere sia autonomamente vitale.

L'aborto può essere *spontaneo* o *procurato*. L'aborto spontaneo è quello che si verifica per cause accidentali o patologiche indipendenti dalla volontà umana (es. una caduta, una malformazione uterina, un disordine endocrinologico). L'aborto che a noi interessa dal punto di vista etico è quello procurato, dovuto cioè ad una intenzionalità umana diretta.

Attualmente la possibilità di formare embrioni fuori del corpo materno, nel corso di tecniche di procreazione assistita o per scopi puramente sperimentali, rende *insufficiente* la definizione tradizionale di aborto procurato, potendosi avere la soppressione della vita dell'embrione prima del suo trasferimento nell'utero o prima dell'annidamento e quindi senza che la gravidanza possa dirsi veramente iniziata. L'enciclica *Evangelium Vitae* usa perciò una definizione più comprensiva e afferma che "l'aborto procurato è l'uccisione deliberata e diretta, comunque venga attuata, di un essere umano nella fase iniziale della sua esistenza, compresa tra il concepimento e la nascita" (EV 58).

2. Valutazioni etiche

La valutazione etica dell'aborto si presenta chiara quanto ai principi, ma assai complessa in molti casi concreti, coinvolgendo valori che le circostanze pongono o sembrano porre tra loro in conflitto.

Nella Tradizione

Sin dall'antichità le pratiche abortive (spesso non ben distinte da quelle contraccettive) erano diffuse, soprattutto fra le prostitute, e spesso tollerate. L'etica medica, anche per le migliori nozioni embriologiche possedute dai medici, aveva assunto invece una posizione apertamente contraria, benché non mancassero anche allora medici disposti a procurare l'aborto.

Il *Giuramento di Ippocrate*, risalente al V secolo a. C., prezioso testimone dell'*ethos* del medico antico, dice: A nessuna donna io darò un medicinale abortivo.

I testi della Sacra Scrittura non parlano mai di aborto volontario, ma mettono sempre più in luce una singolare considerazione dell'essere umano nel grembo materno e

alludono ad una relazione dell'uomo con Dio sin dagli albori della sua esistenza. La sacralità e intangibilità della vita umana, radicata in questa relazione personale con Dio, inizia dunque fin da quei primi momenti.

Nella tradizione cristiana la condanna dell'aborto, come quella dell'infanticidio, è costante e severa a partire dalla *Didaché*, scritto autorevole del I secolo: Non ucciderai con l'aborto il frutto del grembo e non farai perire il bimbo già nato.

La convinzione e la prassi della comunità cristiana sono ben espresse anche da **Tertulliano**: *Apologeticum*, IX, 8 (*PL* I, 371-372: *Corp. Christ.* I, p. 103, 1. 31-36)

L'aborto è, per definizione, estinzione di una vita umana allo stato nascente e noi sappiamo, per ragione e per fede, che sopprimere una vita umana innocente non è mai giustificato.

Il pensiero della Chiesa su questo grave problema non è mutato, essendo in gioco un valore altissimo, quello della vita umana, come è stato più volte ribadito in documenti solenni del magistero e riproposto con sostanziale unanimità dalla teologia cattolica.

Un testo di grande valore dottrinale è la *Dichiarazione sull'aborto procurato* della Congregazione per la Dottrina della fede del 18 novembre 1974, le cui tematiche vengono riprese con forza nella *Evangelium Vitae* (1995; 58-62; 68-73). Proprio in questa enciclica, il Santo Padre, preso atto della tradizione unanime oltre che delle proporzioni crescenti che la pratica dell'aborto sta assumendo nel mondo, ha ritenuto di riproporre la dottrina cattolica in una proposizione di tono prossimo alla *definizione*:

“Con l'autorità che Cristo ha conferito a Pietro e ai suoi successori, in comunione con i vescovi ... dichiaro che l'aborto diretto, cioè voluto come fine o come mezzo, costituisce sempre un disordine morale grave, in quanto uccisione deliberata di un essere umano innocente”.

3. Le responsabilità personali e collettive

La vita umana nascente è affidata totalmente alla cura e alla protezione della *madre*, ma a volte circostanze drammatiche, a volte ragioni egoistiche, possono portare una donna a sopprimere la vita che porta in sé. Sarebbe ingiusto addossare tutta la responsabilità di un aborto alla madre, perché spesso, accanto alla donna, ci sono altre persone la cui responsabilità può essere pari e talvolta maggiore di quella della stessa madre.

Accanto a queste responsabilità personali, legate alla esecuzione di un singolo atto abortivo, dobbiamo porre in evidenza le pesanti responsabilità collettive a livello di *legislazione* e di *mass-media*, che contribuiscono a creare una mentalità abortista e anzi, come si esprime il Santo Padre, una vera e propria "*struttura di peccato* contro la vita umana non ancora nata".

A proposito di responsabilità collettive, dobbiamo segnalare - almeno di sfuggita - un problema attuale e tragico, quello dell'utilizzo dell'aborto come strumento di pianificazione familiare in paesi ad alto tasso di incremento demografico, come l'India e la Cina.

4. I casi-limite

Esistono alcuni casi eccezionali che *non cambiano* il giudizio etico sull'aborto, ma che presentano reali e drammatiche difficoltà di scelta, perché in alcune circostanze il valore della vita umana innocente viene a confrontarsi con altri valori fondamentali della persona, compresa la vita stessa della madre. Sono situazioni difficili che vanno giudicate con discrezione e misericordia.

L'aborto terapeutico

È l'aborto praticato per salvare la vita della madre o per evitare un grave e irreversibile danno della sua salute. La gravidanza può diventare pericolosa per la madre se l'embrione si annida in sedi anomale (gravidanza ectopica, es. tubarica, con pericolo di emorragie letali), o se, con il procedere della gestazione, si manifestano i segni della *eclampsia gravidica* (con innalzamenti pressori e gravi danni oculari e renali, sino alla morte) o si aggravano malattie già presenti (es. insufficienza cardiaca o renale). In questi casi e in casi analoghi l'interruzione della gravidanza sembra l'unica terapia praticabile donde il nome di aborto terapeutico.

Un vero *conflitto di valori* fra la vita dell'embrione e quella della madre può darsi solo se vita e salute della madre sono seriamente minacciate e questa evenienza, visti i mezzi terapeutici oggi a disposizione, è rara. In ogni caso, il medico di buona coscienza non deve decidere *a priori* a favore della vita della madre o (se è possibile), di quella del bambino: egli deve informare oggettivamente e onestamente la donna e cercare di preservare entrambe le vite, praticando le terapie disponibili, tenendo sotto stretto controllo l'andamento della gravidanza, anticipando il parto non appena ci sia speranza che il feto possa sopravvivere.

L'aborto eugenetico

È l'aborto eseguito per evitare la nascita di un soggetto affetto da *grave* malattia congenita (malformativa, genetica ecc.). Anche questo tipo di aborto è detto da alcuni *terapeutico* cioè curativo, ma a torto, perché non cura né la madre né il figlio. Viene anche propagato come un modo per *prevenire* le malattie genetiche: la prevenzione in verità consisterebbe nell'impedire il concepimento di individui malati, non nel sopprimere quelli che già esistono.

Ragioni emotive (pietà per un futuro infelice) e personali (disagio per i familiari) non sono davvero sufficienti per sopprimere una vita. *"Nessuno, neppure il padre e la madre – afferma la Congregazione per la dottrina della Fede - può sostituirsi (al bambino) neanche se è ancora allo stato embrionale, per preferire a suo nome la morte alla vita"*.

L'aborto dopo stupro

Un caso limite, che scuote profondamente le coscienze cristiane è dato dalla vita nascente frutto di violenza.

Si comprende facilmente il rifiuto psicologico della maternità imposta e la paura delle difficoltà susseguenti in cui si troverà la madre non per un atto d'amore, ma per violenza carnale.

Il bambino, benché concepito in circostanze tanto drammatiche, è però del tutto innocente e la sua vita deve essere tutelata come quella di ogni altra creatura innocente. La madre, che ha subito violenza sessuale, non può fare violenza contro la vita del figlio che porta in sé: non si deve aggiungere violenza a violenza, ma deve essere aiutata attraverso forme di sostegno psicologico e concrete nel cercare di vincere il male con il bene attraverso un atto di accettazione che si intuisce sofferto, ma denso di significati umani.

Da parte sua, la comunità cristiana dovrà cercare di essere vicina con aiuti sia spirituali sia materiali alle donne che si trovano in queste difficili situazioni, evitando in ogni caso condanne sbrigative e giudizi superficiali.

5. La censura canonica

L'aborto è una gravissima colpa morale contro la vita alla quale si aggiunge una pesante pena ecclesiastica, quella della scomunica, che comporta l'esclusione dalla pienezza della comunione ecclesiale ed in particolare dall'accesso ai sacramenti.

Secondo il Codice di diritto canonico "*chi procura l'aborto, qualora si consegua l'effetto, incorre nella scomunica latae sententiae*"², valevole cioè per ogni singolo caso di aborto e operante per il solo fatto di aver compiuto questo particolare delitto. **Incorrono nella scomunica tutti coloro che commettono questo delitto *conoscendo la pena*, inclusi anche quei complici senza la cui opera esso non sarebbe stato realizzato (es. medico e infermieri).**

Solo il Vescovo diocesano e i sacerdoti che ne hanno facoltà (i sacerdoti degli Ordini Mendicanti, per esempio) possono sciogliere dalla scomunica e riammettere ai sacramenti e prima di tutto al sacramento della penitenza.

L'ostacolo canonico posto all'accesso ai sacramenti vuole perciò avere un valore soprattutto *medicinale* e *pedagogico*: i colpevoli sono aiutati nel loro itinerario di conversione e tutti i fedeli sono richiamati al rispetto e tutela della vita nascente.

6. La legislazione

Nel mondo contemporaneo si è verificata una attenuazione fino alla scomparsa della riprovazione sociale dell'aborto, quando esso non è stato addirittura proposto o imposto come mezzo drastico per il controllo delle nascite. È il sintomo allarmante di una più generale crisi del senso e del valore della vita umana. Legalizzare o depenalizzare?

Attualmente, all'interno delle società democratiche e pluraliste, si riscontrano due atteggiamenti fondamentali nei riguardi dell'aborto: la depenalizzazione o addirittura la legalizzazione.

Chi sostiene la depenalizzazione, pensa che si debba continuare a ritenere l'aborto un atto moralmente grave, ma propone, nel contempo, di non considerarlo un reato perseguibile penalmente, almeno in certe circostanze angosciose e drammatiche.

Una motivazione qualificante della depenalizzazione sarebbe l'eliminazione dell'*aborto clandestino*, causa non infrequente di morte e di sterilità nella donna. In effetti, la legge - afferma la *Dichiarazione sull'aborto procurato* - "spesso deve tollerare ciò che, in definitiva, è un male minore, per evitarne uno più grande" e aggiunge che "la legge umana non è obbligata a punire tutto ... la legge umana può rinunciare a punire". Quello che la legge non può fare è dichiarare onesto ciò che è male anche alla luce ragione.

² *CJC*, can.1398

Chi invece vuole legalizzare l'aborto, ritiene l'aborto un diritto o una conquista sociale.

Invocare l'autodeterminazione della donna come giustificazione etica e giuridica dell'aborto contraddice uno dei principi fondamentali dell'esercizio della libertà, che è quello del rispetto della libertà altrui: è vero infatti che la libertà della coscienza è un bene fondamentale e intangibile, ma essa deve essere capace di aprirsi al riconoscimento della libertà dell'altro. L'embrione, pur dipendendo biologicamente dalla madre, non è una parte del corpo della madre, è un essere umano con un suo personale diritto alla vita e la libertà della madre di non accettare una gravidanza non può spingersi a sopprimere quella stessa vita indesiderata, a meno di non voler legalizzare il diritto del più forte.

La mentalità abortista è espressione della mentalità della nostra società, in cui prevale la volontà di alcuni più forti sui più deboli: la donna è la parte debole di molte situazioni familiari e sociali, ma il feto è più debole di lei. Uno Stato che legalizza l'aborto introduce implicitamente il principio che la vita di un uomo possa dipendere dall'arbitrio di un altro.

Le legislazioni moderne hanno tentato un compromesso tra il rispetto della vita -che dovrebbe essere maggiore quanto più indifeso e debole è l'individuo- e la difficoltà della donna di accettare una gravidanza indesiderata con l'esigenza di ridurre la pericolosità e la speculazione degli aborti clandestini. Il compromesso legale non si appoggia su argomenti biologici o filosofici; ma ritiene di dover regolare il costume ormai prevalente dell'interruzione della gravidanza con maggiori garanzie sanitarie, sorvolando sulla realtà umana dell'embrione.

7. Obiezione di coscienza

Alcune legislazioni, come quella italiana, riconoscono al singolo operatore sanitario la possibilità di non intervenire nelle procedure abortive se queste contrastino con le sue convinzioni personali, secondo quanto auspicato dalla citata *Dichiarazione*:

Non si può ammettere ... che medici e infermieri vengano obbligati a concorrere, in modo prossimo, ad un aborto e a dover scegliere tra la legge di Dio e la loro posizione professionale.

In Italia, l'obiettore, dopo aver presentato la sua richiesta agli Organismi competenti, è esonerato "dal compimento delle procedure e delle attività necessariamente dirette a determinare l'interruzione di gravidanza"(legge 194/78 art. 9), come somministrare

prostaglandine o porgere i ferri durante l'intervento. L'obiezione non comprende "l'assistenza antecedente e conseguente all'intervento" (es. i prelievi per gli esami ematochimici anche se in vista dell'aborto, il trasporto della donna in sala operatoria, la sterilizzazione dei ferri dopo l'intervento) e non vale in caso di *emergenza* per salvare la vita della madre.