

6 marzo 2007  
Il medico tra eugenetica e eutanasia  
*Carlo Valerio Bellieni*

Il medico nel terzo millennio rischia di tramutarsi in un “fornitore di servizio”. Non è pellegrina questa espressione, dato che il malato è già diventato “utenza”, all’interno di quelli che una volta erano ospedali e ora sono “aziende”, in cui si parla molto di budget e DRG e un po’ meno di aggiornamento e patologia. I limiti estremi della vita (nascita e morte) sono i punti, però, in cui questo diventa particolarmente chiaro: si parla apertamente di “consumismo procreativo”<sup>1</sup> e di “accanimento diagnostico”<sup>2</sup> per indicare rispettivamente la visione di una medicina della sterilità che agisca quasi esclusivamente su richiesta della coppia, indulgendo addirittura a programmare la nascita di un figlio con disabilità a scapito di uno senza le medesime; e dell’eccesso di diagnosi prenatale selettiva<sup>3</sup>.

Su quest’ultimo punto ricordiamo che a fianco di un’utilissima diagnostica prenatale ne esiste una che esclusivamente è mirata alla ricerca dell’imperfezione, anzi dell’“imperfetto”, con conseguenze che recentemente il presidente del Comitato Nazionale francese di Bioetica ha definito eugenetiche<sup>4</sup>.

Sul versante della fine-di-vita invece assistiamo a fenomeni di suicidio assistito<sup>5</sup> che ben poco hanno di atto medico, se non la presenza di un sanitario che ammanta l’atto di un crisma di “stato di necessità”. Questo, a scapito dell’evidenza della letteratura che mostra chiaramente come la

---

<sup>1</sup> Henn W: Consumerism in prenatal diagnosis: a challenge for ethical guidelines. J Med Ethics. 2000 Dec;26(6):444-6.

<sup>2</sup> Bellieni CV: Novità in medicina procreativa: quali conseguenze su chi nasce oggi? Quaderni acp. 203;10(6):15-16

<sup>3</sup> Chipman P. The moral implications of prenatal genetic testing. Penn Bioeth J. 2006 Spring;2(2):13-6.

<sup>4</sup> D Sicard in : <http://www.ilfoglio.it/articolo.php?idoggetto=32179>

<sup>5</sup> Ziegler SJ, Bosshard G. Role of non-governmental organisations in physician assisted suicide. BMJ. 2007 Feb 10;334(7588):295-8.

depressione (fenomeno in molti casi curabile) o la solitudine stiano alla base della richiesta di morte. Sappiamo bene quali fenomeni di imitazione siano nati negli ultimi mesi da questi discorsi.

Il problema non è dunque battersi per una visione “morale” o “religiosa”, ma quella di riprendere a chiamare le cose col loro nome: che un embrione, che possiede un DNA diverso da quello della madre, non è un “pezzo della madre”; che dare la morte non è un atto medico (lo può fare qualunque bambino impaurito); che l’aborto che provoca il maggior dolore, cioè quello farmacologico, non è un “aborto dolce”.

Dobbiamo soprattutto riprendere in mano la dignità della professione medica, che vuole essere accanto al paziente, e non essere portatrice di facili scappatoie dalla responsabilità, dalla famiglia e dalla vita.

Carlo Bellieni, MD  
Neonatal Intensive Care Unit  
Policlinico Universitario "Le Scotte"  
Viale M. Bracci,  
53100, Siena

Membro Corrisp. Pontificia Academia Pro Vita  
<http://carlobellieni.splinder.com>  
Tel +39 0577 586550  
Fax +39 0577 586182