GIAN MARIA COMOLLI

MANUALE DI BIOETICA PER L'UOMO DEL XX° SECOLO

INDICE

INTRODUZIONE

PARTE PRIMA: I FONDAMENTI

CAPITOLO 1: TERMINI FONDAMENTALI E MODELLI DI RIFERIMENTO

1. Alcuni termini introduttivi
1.1. Etica
1.1.1. ETICA MEDICA E ETICA INFERMIERISTICA
1.2. Deontologia professionale
1.3. Legge ed obiezione di coscienza
2. Bioetica
2.1. Definizione
2.2. Ambiti di intervento
2.3. Il metodo
2.4. Modelli di riferimento del contesto societario
2.4.1. MODELLO SOGGETTIVISTA O LIBERALISTA
2.4.2. MODELLO SOCIOLOGICO-UTILITARISTA
2.4.3. MODELLO SCIENTISTA-TECNOLOGICO
2.4.4. MODELLO PERSONALISTA
2.5 La formazione in bioetica
3. Altre definizioni
3.1. Legge morale naturale
3.2. Biotecnologie
3.3. Biopolitica

CAPITOLO 2: I PRINCIPI FONDANTI LA BIOETICA

1.Principio di autonomia (o di rispetto della persona)
2.Principio di beneficenza (o beneficialità)
3.Principio di non maleficienza
4.Principio di fedeltà
5.Principio di totalità (o terapeutico)
6.Principio del duplice effetto
7.Principio di prudenza
8.Principio di solidarietà
9.Principio di sussidiarietà
10.Principio di giustizia
11.Principio del primato spirituale
12.Il bene comune

CAPITOLO 3: BIOETICA CATTOLICA E BIOETICA LAICO-SECOLARE

1.Bioetica Cattolica della "dignità e sacralità della vita
2.Bioetica laico-secolare della "Qualità della vita"
3.Conclusioni

.PARTE SECONDA: IL SORGERE DELLA VITA

CAPITOLO 4: LA PROCREAZIONE UMANA RESPONSABILE

1.La vita umana
1.1.La nascita nell'Antico e nel Nuovo Testamento
1.2.I genitori collaboratori di Dio
1.2.1.IL RIFIUTO DEL FIGLIO LIMITATIVO
1.2.2.LA RICERCA OSSESSIONATA DEL FIGLIO; IL CASO DELLE "MAMME-NONNE"
2. La famiglia culla della vita
2.1. La famiglia fondata sul vincolo del matrimonio tra un uomo e una donna
2.2. Convivene di fatto
2.3. Unioni Civili
2.3. Le coppie sterili
Exursus: Il divorzio

CAPITOLO 5: LA VITA UMANA E IL SUO INIZIO

1.La Dottrina Cattolica
2.La Risposta Laico-secolare
3.Approfondimenti sull'embrione
4.Le cellule staminali embrionali umane

CAPITOLO 6: LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

1.La procreazione
1.1.Introduzione
1.2.Fecondazione intra-corporea
1.2.1.Inseminazione Artificiale (IA)
1.2.2. Trasferimento dei Gameti (GIFT)
1.3.Fecondazione extra-corporea
1.3.1.Fecondazione in vitro (FIVET)
1.3.2.Micromanipolazioni (ICSI)
1.4. Conclusione
2.La Legge 40/2004
2.1.L'importanza
2.2.Esame della Legge
3. Il futuro della Legge 40/2004
3.1.Gli interventi giuridici
3.2."Linee guida" del 11 aprile 2008
3.3. "Linee guida" del 1 luglio 2015
3.4.Conclusione

CAPITOLO 7: GLI ATTI A FAVORE E CONTRO LA VITA E LE DIAGNOSI

Introduzione
1.Screening prenatale. l'esame da superare per nascere
2. Aborto: Una strage inarrestabile
2.1.Panoramica mondiale e europea
2.2.La situazione italiana

2.3.La gravità dell'atto
2.4.L'atteggiamento di chi protegge e difende la vita
2.5.Alle donne che hanno abortito
LA SINDROME DA STRESS POST-ABORTO
ASCOLTO E PERDONO
RISCHI FISICI
LA SOFFERENZA DELL'UOMO
2.6.Pena Canonica
2.7.Obiezione di coscienza: un "diritto" che si vorrebbe negare
2.8.Una lettura "obiettiva" della legge
2.9.Aborto post-natale
2.10.La battaglia a favore della vita prosegue
3.RU 486: La pillola che non può essere addolcita
4. "NORLEVO" E "ELLEONE": Uccidono l'ovulo fecondato
4.1."Norlevo" o "PILLOLA DEL GIORNO DOPO"
4.2. "ELLEONE" O "PILLOLA DEI CINQUE GIORNI"
4.3. Contracettivi e rischi
5.Atti a favore della vita. I Metodi Naturali della Procreazione
Exursus 1 - Le donne eroiche che non hanno abortito
Exursus 2. - I nati prematuri
Exursus 3. - La testimonianza di Aurora: "Ero sola contro gli adulti in difesa del mio bambino

PARTE TERZA: LE FASI DELLA VITA

CAPITOLO 8: L'UOMO UNITÀ DI CORPO, PSICHE E SPIRITO

Introduzione
1.L'origine del cosmo e dell'uomo
1.1.Tesi evoluzionista
1.2.Tesi creazionista
2.Concezioni riguardanti l'uomo
2.1.Concezione monistica
2.2.Concezione dualistica
2.3.Concezione personalistica
2.3.1.LA SUPREMAZIA DELL'UOMO SUL COSMO
2.3.2.QUALITÀ, DIGNITÀ E SACRALITÀ DELLA VITA UMANA DEVONO PROCEDERE CONTEMPORANEAMENTE

CAPITOLO 9: LA TEORIA DEL GENDER

1."Identità sessuale" e "Identità di genere"
2.La colonizzazione Planetaria
3.I ripetuti tentativi "gender" nella società italiana
4.Il mondo accademico e scientifico
5.Le preoccupazioni di Papa Francesco e della Chiesa Cattolica
Excursus - Uso della "triptorelina" nei casi di IPOTETICA disforia di genere

CAPITOLO 10. L'AIDS

1.Storia della malattia e contagio
2.Aspetti scientifici
3.Aspetti culturali
4.Aspetti etici
4.1. Rapporto medico paziente e segreto professionale
4.2. Vita matrimoniale e sessuale
4.3. Obbligatorietà del test
4.4. Schedatura
4.5. Spesa sanitaria e ricerca scientifica
5. Prevenzione ed informazione: il caso del profilattico
6. La cura del malato
7. Problematiche particolari
7.1. Aborto
7.2. Infanzia
8. La proposta della Chiesa Cattolica e non solo

CAPITOLO 11 - TOSSICODIPENDENZA

1. Il fenomeno
1.1. Un fenomeno planetario
1.2. Aspetto socio-culturale del problema
1.3. Classificazioni
1.3.1. ALCUNI TERMINI
1.3.2. ALCUNE DROGHE
1.4. I danneggiamenti della droga
1.5. Ipotesi di legalizzazione
2.Perchè ci si droga?
3.Ruolo preventivo e educativo
3.1.Prevenzione
3.2.La famiglia
3.3.La scuola
3.4 Altri settori
4. La felicità
Exursus - I danni della cannabis

CAPITOLO 12: DISAGIO MENTALE

1.Complessità dell'argomento
2.Chi è il malato psichico
3.L'ammalato psichico in Italia
3.1.Aspetto legislativo
3.2.Aspetto culturale
4.Problematiche etiche
4.1.Etica dei colloqui terapeutici
4.2.Etica e atti terapeutici
4.2.1.CONSENSO INFORMATO
4.2.2.SEGRETO PROFESSIONALE E RISERVATEZZA

4.2.3.DIRITTO ALLA SCELTA DEL MEDICO E DEL LUOGO DI CURA
4.3.Sperimentazioni farmacologiche
4.4. Etica e psicofarmaci
4.5.Dinamiche sessuali
5.Immigrati affetti da disturbi psichici: nuova emergenza
6.Quali comportamenti assumere verso il disagio mentale?

CAPITOLO 13: ANZIANI
1.Aspetti sociologici
1.1.Gli anziani nella nostra società
1.2. La famiglia e gli anziani
1.3.Residenze Assistenziali e Assistenza Domiciliare
2.Aspetti psicologici
2.1.La vecchiaia e le vecchiaie
2.2.Alcuni problemi generali
2.3.L'elevata variabilità caratteriale
3.Aspetti etici
4.Aspetti antropologici-relazionali
4.1.Comprendere la sua diversità e rispettarla intuendo i suoi atteggiamenti
4.2.L'aiuto che sollecita
4.3.La speranza che sostiene
4.4.L'apprezzamento della loro esperienza

PARTE QUARTA: LA VITA CHE VOLGE AL TRAMONTO

CAPITOLO 14: LA MORTE NELLA CULTURA CONTEMPORANEA
1.La morte nella società contemporanea
2.La morte nel vissuto personale
3.Accompagnamento del morente
4.Verità e morte
5.Cristianesimo e morte

CAPITOLO 15: BIOETICA E FINE VITA
1.Eutanasia
1.1.Storia del termine
1.2.Magistero della Chiesa
1.3.Osservazioni
1.4.l'Eutanasia ai minori
2. Suicidio assistito
3.Suicidio Assistito e eutanasia nel mondo
4.Dichiarazioni anticipate di trattamento (DAT)
5.Dopo il 24 settembre 2019
5.1. Un po di storia. La biasimevole strumentalizzazione del malato Fabiano Antoniani
5.2. La pilatesca decisione della Corte Costituzionale.
5.3. 12 mesi "per fare nulla"

4.Malato in stato di veglia non responsivo
4.1.Terry Schiavo – Eluana Englaro – Vincent Lambert
4.2.Distinzione tra coma e stato di veglia non responsivo
4.3.Lo stato di veglia non responsivo è sempre definitivo?
4.4.Il grado di percezione di questi malati
4.5.”L’incertezza” l’unico elemento certo della sentenza Englaro
5.A favore della dignità del morente: le Cure Palliative
5.1.Le cure palliative
5.2.La terapia antalgica
Exursum 1- l’Olanda docet
Exursum 2- “Il best interest”

PARTE QUINTA: LA SPERIMENTAZIONE CLINICA

CAPITOLO 16: INTRODUZIONE ALLE SPERIMENTAZIONE CLINICHE
1.Alcuni elementi di storia
2.Etica e scienza
3.Il percorso sperimentale
4.Etica e sperimentazione
5.I Comitati di Bioetica
5.1.Perchè i Comitati di Bioetica?
5.2.La diffusione dei Comitati di Bioetica
5.3.Normativa italiana per i Comitati di Bioetica
5.4.Profili dei Comitati di Bioetica
6.Il Comitato Nazionale Bioetica
7. La sperimentazione sugli animali
8.Il “dono” del Ministero della Salute alle industrie farmaceutiche

CAPITOLO 17.SPERIMENTAZIONE CLINICA E SITUAZIONI PROBLEMATICHE
1.Sperimentazione clinica nei soggetti più vulnerabili
2.Sperimentazione clinica in età pediatrica
3.Sperimentazione clinica con adulti incapaci di fornire validamente il proprio consenso informato
4.Sperimentazione clinica sulle donne
5.Sperimentazione sull’embrione umano
6.Sperimentazione clinca e popolazioni del Terzo e Quarto mondo
7.Informazioni genetiche e materiale biologico
8.Placebo

PARTE SESTA: ALCUNE “PROBLEMATICHE” BIOETICHE

CAPITOLO 18: TRAPIANTI DI ORGANI
1.Interventi legislativi
2.Aspetti medici e tipologie di trapianti
2.1.Gli autotrapianti
2.2.Gli omotrapianti

2.2.1.DA VIVENTI
2.2.2.DA CADAVERE
2.2.2.1.ACCERTAMENTO DELLA MORTE
2.2.2.2.IL CONSENSO
2.3.3.Gli xenotrapianti

CAPITOLO 19: EUGENETICA E CLONAZIONE
1.Eugenetica
2.Clonazione
2.1.Storia
2.2.Normativa
2.2.1.NORMATIVA INTERNAZIONALE
2.2.2.NORMATIVA EUROPEA
2.2.3.NORMATIVA ITALIANA
2.3.Tipologia di trapianti
2.3.1.CELLULE SOMATICHE PER LA RICERCA
2.3.2.TERAPEUTICA
2.3.3.SCOPO RIPRODUTTIVO
2.4.Aspetti etici

CAPITOLO 20: MATERNITA' SU COMMISSIONE
1.Dalla legislazione alle sentenze "creative"
2.Criticità
2.1.Dalla parte della donna
2.2.Dalla parte del nascituro

CAPITOLO 21: LE MALATTIE RARE
1.La situazione
2.I farmaci orfani
3.Le iniziative
4.L'Italia come procede?

PARTE SETTIMA: TECNOLOGIE EMERGENTI

CAPITOLO 22 : GENETICA
1.Rilevanza della genetica per la cura
2.Cenni storici
3.Aspetti normativi
4.Biobanche
4.1.Biobanche genetiche e biobanche tessutali
4.2.Aspetto etico
5.Consenso informato
6.Gene editing
6.1.Cos'è il gene editing
6.2.La tecnica CRISP-Cas9
6.3.Prospettive

6.4.Risvolti antropologici e etici

CONCLUDENDO

CAPITOLO 23: CURA DELLA SALUTE TRA PROBLEMI ETICI E ECONOMICI

1. Economia, salute ed etica
2. Le trasformazioni della sanità in Italia
3. Responsabilità specifiche e doveri personali
4. I farmaci
5. Le strutture sanitarie
5.1. Le strutture sanitarie “pubbliche”
5.2. Le strutture sanitarie private “profit”
5.2. Le strutture sanitarie private “no profit

BIBLIOGRAFIA

Introduzione

Le librerie espongono “Manuali di Bioetica”, opere di eminenti studiosi ma, solitamente, la gente passa oltre ritenendoli complessi e considerando il tema riservato agli “addetti ai lavori” (medici, studenti delle facoltà universitarie di medicina, sacerdoti, bioeticisti…).

Il testo si propone di superare questa barriera, dimostrando con semplicità di linguaggio e con esempi che la bioetica riguarda ciascuno di noi dovendo custodire e difendere la vita umana in tutte le sue espressioni. Diventa perciò indispensabile conoscere informazioni corrette per comprendere obiettivamente alcune realtà, essendo in atto nella nostra società una lotta radicale tra “la cultura della vita” e “la cultura della morte“; un ambito in cui giochiamo il futuro.

Il target di riferimento sarà:

-Il “**grande pubblico**” che mostra il desiderio di riappropriarsi della prospettiva antropologica della vita. Sono un esempio la trattazione dei temi definiti “bioeticamente sensibili” (dalla RU 486 al Testamento biologico…), che suscitano interesse e generano appassionati dibattiti.

-I medici, gli studenti delle Facoltà Universitarie di medicina e chirurgia e gli operatori sanitari, poichè questa disciplina è spesso trascurata dai vari Piani di Studio.

-I sacerdoti, i religiosi e le religiose, i studenti di teologia che, a volte, posseggono delle conoscenze frammentarie e incomplete.

Il volume è anche una risposta alla preoccupazione espressa nella Nota Pastorale “*Predicate il Vangelo e curate i malati. La comunità cristiana e la pastorale della salute*” (2006) che al numero 16 trattando della bioetica afferma: “Spesso manca un’informazione corretta, e da ciò conseguono giudizi e opinioni avventati e scarsamente fondate. Si nota soprattutto un’insufficiente conoscenza delle posizioni sostenute della Chiesa, che sono spesso riportate in maniera impropria o sono giudicate inadeguate al tempo presente”.

Il testo, dopo aver posto le basi del discorso etico e bioetico, esaminerà i momenti fondamentali della vita, ponendo l’attenzione ad alcune problematiche esistenziali e sociali affinchè la vita umana sia rispettata in tutte le sue fasi dal concepimento alla morte naturale. Non saranno trascurate inoltre nuove tematiche bioetiche che condizioneranno intensamente il futuro della sanità e della società.

(Ultima revisione 20 agosto 2019)

Parte Prima
I FONDAMENTI

CAP. 1. TERMINI FONDAMENTALI E MODELLI DI RIFERIMENTO

L'attuale scenario socio-culturale sta rivalutando l'aspetto etico dell'agire umano; ciò emerge particolarmente nel settore sanitario, e più in generale in quello biomedico, interessato da progressi che *interrogano il concetto di uomo, la sua dignità e il suo destino futuro e globale.*

Il controllo delle costituenti genetiche, la medicina procreativa e predittiva, l'innalzarsi delle aspettative di vita, come pure il prolungamento del morire, hanno superato le competenze scientifiche investendo la natura nella sua totalità e la stessa rappresentazione "dell' umano". Inoltre, alcune scoperte nel campo della biomedicina, producono effetti "a cascata" difficili da gestire.

Importante in tutte le epoche storiche, l'etica è fondamentale soprattutto oggi di fronte ai risultati delle scienze e delle tecnologie che spalancano continuamente nuove frontiere, e di conseguenza, problematiche che faticano ad acquisire consenso unanime nell'ambito della nostra società dove domina uno spiccato relativismo.

Perciò l'etica, che nel settore biomedico assume l'appellativo di bioetica, "riguarda tutti coloro che intervengono nel mondo della sanità: professionisti, amministratori, sanitari, ausiliari, pazienti e parenti. Là dove ci sono decisioni da prendere, riflessioni da fare, libertà da coinvolgere, c'è etica e - nel mondo della sanità - la bioetica"[1].

Dunque, le professioni sanitarie, hanno una consistente caratteristica etica, perciò questa disciplina deve possedere la priorità sia a livello formativo che operativo!

Il primo capitolo del manuale chiarirà "i termini" che costituiranno le architravi delle argomentazioni che esamineremo inseguito. Non tralasceremo dei commenti sul pericolo che un uso ideologico dell'etica e della bioetica faccia dimenticare "l'humanum", cioè la passione per l'umanità dell'uomo, pilastro portante della sanità, della medicina e della ricerca.

1.Termini introduttivi

1.1.ETICA

Etimologicamente, il termine "etica", ha origine dal vocabolo greco ἔθος (o ἦθος)[2] e significa "comportamento" o "costume", infatti riguarda sia il costume sociale, cioè l'agire e il comportarsi di un popolo in un determinato tempo, come pure ogni azione libera, consapevole e responsabile dell'uomo, cioè compiuta dalla persona in grado di intendere e di volere. San Tommaso evidenziava nella frase: "gli actus hominis e gli actus humani" il contenuto dell'etica.

[1] G. DURANT, *Introduction générale à la bioéthique. Histoire, concepts et outils*, Fides, Québec 1999, pg. 469.

[2] ἦθος il termine acquista il significato di "principi che influiscono sulla collettività".

Dunque, l'etica, invita a riflettere sull'agire a livello personale e comunitario poichè l'uomo, vivendo ed operando in una società, è responsabile anche nei confronti degli altri. Ricordava san Giovanni Paolo II nell'enciclica "Evangelium vitae": "Sì, ogni uomo è 'guardiano di suo fratello', perché Dio affida l'uomo all'uomo"[3].
Quindi, ogni atto e comportamento dell'uomo, essere intelligente e libero, chiamato all'autorealiazzazione scegliendo il bene, racchiude e sviluppa anche l'aspetto etico. Questo ci fa affermare che l'etica non è estrinseca o un sovrapposto all'umano, bensì intrinseca alla persona; non è imposta dall'esterno, ma è impressa nell'intimo di ogni uomo. Alla base di ogni concezione etica stanno le nozioni di bene, di male e di virtù, oltre una determinata visione della persona e dei rapporti umani. Tutto ciò, spesso, è correlato ad una religione o ad una ideologia.

L'etica, *in generale,* possiamo definirla come "l'insieme dei principi e delle norme che ispirano l'esistenza concreta di un popolo in una determinata epoca. L' *èthos* esprime una serie di modelli di comportamento che sono tipici di una popolazione o di un gruppo sociale"[4]; ad esempio, il valore patrio o quelli dell'uguaglianza e della solidarietà. Ne deduciamo, che i principi etici sono essenziali alla costruzione di una società ordinata, finalizzata al benessere e al progresso dei cittadini.

In particolare, l'etica evidenzia "ciò che è buono in sé; ciò che va fatto o evitato ad ogni costo e in ogni caso, a prescindere dai vantaggi personali e sociali che se ne ricavano; ciò che è assolutamente degno dell'uomo che si oppone a ciò che è indegno; ciò che non è negoziabile, su cui non si può né discutere né transigere"[5].

Troviamo, inoltre, la *metaetica* che "studia e ricerca le ragioni che sono alla base di un dato giudizio morale; affronta gli argomenti teorici del significato, della giustificazione e della logica dei problemi etici. La metaetica risponde ad esempio alle domande: 'Perché bisogna essere buoni?', 'Perché, e in base a quale ragionamento, un atto giusto è considerato giusto?' "[6].
La metaetica, quindi, individua i rapporti da stabilire all'interno del campo etico come la connessione tra etica e condotta umana, etica e fatti, etica e decisioni morali impellenti.

L'etica si distingue in *speculativa* e *pratica.*
-L' etica speculativa (o descrittiva) esamina, descrive, analizza e commenta i comportamenti umani, gli usi di un gruppo, o un determinato evento, riferendosi ai principi e ai valori, rispondendo all'interrogativo: *quali principi o valori sono coinvolti in questo fatto o comportamento?*
-L' etica pratica (o normativa) identifica la legittimità di un comportamento, ne ricerca le fondazioni e le giustificazioni, rispondendo al quesito: *quale atteggiamento devo assumere*?, e nel settore sanitario: *come devo agire nel migliore interesse del malato?*
L'etica pratica si scinde in *fondamentale* e in *speciale.*
Fondamentale quando si occupa dei principi, dei valori e delle norme cui attenersi

[3] GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, n. 18.
[4] M. FURLAN, *Etica professionale per infermieri*, Piccin, Padova 1989, pg. 54.
[5] C.M. MARTINI, *Viaggio nel vocabolario dell'etica,* Piemme, Casale Monferrato (AL) 1993, pg. 15.
[6] C. IANDOLO, *L'etica al letto del malato,* Armando Editore, Roma 1990, pg. 26.

in qualunque situazione e circostanza.
Speciale quando tratta dei vari settori d'intervento, esprimendo un'etica famigliare, un'etica sessuale, un'etica economica, un'etica politica e un'etica sanitaria…
In questo contesto, l'etica, assume la dicitura di *etica professionale,* e riguarda l'agire e il comportamento tipico di una professione, che prendendo come riferimento i principi irrinunciabili dell'etica fondamentale, li sviluppa nei settori particolari. Ad esempio, nelle professioni sanitarie, abbiamo la riflessione sulle problematiche poste dalle scienze mediche, dalla cura e dalla ricerca.

L'etica richiede una *base razionale* all'atteggiamento assunto, non riducibile a slanci solidaristici o amorevoli di tipo irrazionale; perciò possiamo definirla *scienza,* essendo una riflessione *sull'ethos*, ossia sul comportamento, sull'operare e su tutto ciò che si rapporta con il significato dell'esistenza. Per questo J. De Finance la definisce: "La scienza categoricamente normativa degli atti umani, secondo la luce naturale della ragione"[7].
L'approccio filosofico è dunque il corretto sostegno all'etica, e l'appellativo esplicativo di *scientificità* è in relazione al suo fondamento argomentativo basato sulla *filosofia dell'essere*.
I criteri di scientificità dell'etica non sono "tecnico-empirico" ma "argomentativo-dimostrativo"; di conseguenza, se non possediamo un'adeguata riflessione motivata e giustificata sulle finalità dell'esistenza umana, non sarà possibile costruire una scienza che acconsenta la distinzione del bene dal male, di comprendere la bontà di un comportamento e la giustizia nel compierlo rispondendo ad un interrogativo fondamentale per l'operatore sanitario*: "quando il mio atto diagnostico o terapeutico è il 'vero bene' per quel malato?".*

Scorrettamente interpretata, l'etica, suscita *atteggiamenti di rifiuto* poiché è ritenuta negativa o proibizionista nei riguardi dell'evolversi della scienza e della tecnica, oppure è percepita come minaccia alla propria libertà e alla propria autonomia.

In questo paragrafo vogliamo dimostrare la possibilità che l'etica offre all'uomo di ritenersi realmente e serenamente libero anche accettando delle rinunce, poichè a volte, per custodire e per promuovere un valore, è quasi obbligatorio adeguarsi a delle proibizioni o a dei divieti.

Una problematica che si inserisce nel discorso etico riguarda *il rapporto con* la *morale,* equivocando a volte il significato dei due termini; una confusione determinata dal coincidente uso dei due vocaboli che molti reputano sinonimi, ma che tali non sono. Basti ricordare che nel passato per alcuni *la morale* corrispondeva ai giudizi di coscienza, oppure per altri possedeva un significato prevalentemente religioso. Mentre *l'etica* era giudicata il risultato di riflessioni filosofico-scientifiche sul comportamento, oppure la salvaguardia e la tutela di diritti o doveri dell'uomo.
La tematica richiederebbe una complessa disamina. Essendo impossibilitati ad intraprendere un adeguato approfondimento, ci limitiamo ad osservare che oggi, nella maggioranza delle situazioni, *l'etica* è ritenuta *una scienza normativa,* definendo le regole, argomentando il lecito o l'illecito, giustificando razionalmente

[7] J. DE FINANCE, *Etica generale,* Cassano Murge, Bari 1986, pg. 13.

la validità o meno delle azioni. Riguarda perciò maggiormente, come ricordava G. W. F. Hegel, la dimensione pubblica. La *morale,* invece, è *la scienza descrittiva* che suggerisce l'applicazione delle norme etiche personali e collettive in rapporto ad un determinato pensiero religioso, filosofico, culturale o politico.
Tra *etica* e *morale* esiste la medesima relazione riscontrabile tra *teoria* e *prassi*; per questo, la nostra convinzione, è che i due termini non sono sinonimi. Una disquisizione spesso giudicata oziosa poichè "l'etica moderna si è concentrata sui significati, sugli usi e sulla logica dei precetti morali tentando più di chiarire il discorso morale che di offrire norme generali di condotta"[8].
Un ulteriore elemento di riflessione è questa visione del cardinale C.M. Martini, che indica la morale come l'applicazione delle norme etiche *in relazione all'obbligo della fraternità.* La propone riferendosi al cristianesimo, ma la riteniamo una prospettiva valida per l'ambito sanitario nella sua complessità. "La morale nell'ambito cristiano, va intesa come la forma del rapporto con il mio fratello, con chi desidero riconoscere come mio prossimo. La morale dice: fatti prossimo, considera ciascuno come membro della tua famiglia, per quanto ti è possibile. Il primo precetto della morale è indicato nella parabola del buon samaritano che scende da cavallo per soccorrere il ferito di un'altra razza che trova sulla strada e provvede per lui in tutto. La morale, quindi, chiede di fare agli altri quello che vorremmo fosse fatto a noi". E conclude Martini: "è l'ideale che nasce da un credo religioso a forte contenuto etico come quello proprio della tradizione ebraica e cristiana"[9].

In questo testo, per superare le difficoltà di comprensione, il vocabolo *etica* sarà utilizzato sia come *sinonimo* di *morale* nel senso delle consuetudini sociali, sia come *studio della morale*; non dovrebbe essere faticoso al lettore comprendere di volta in volta, in base al contesto, il significato applicabile.

1.1.1.ETICA MEDICA E ETICA INFERMIERISTICA

L'etica medica e l'etica infermieristica, cioè *l'etica professionale in campo sanitario,* come già affermato, valuta le situazioni e risponde agli interrogativi posti dalla scienza medica, dalla prassi terapeutica e dalla ricerca clinica muovendosi dai principi generali, dalle norme e dai valori per concretizzarli nell' intervento che si compie sul malato o sulla ricerca in atto.
In altre parole, si domanda, se *il fatto* corrisponde al *valore!*
G. Géraud, ad esempio, sostiene che l'etica professionale "è per l'operatore sanitario ciò che il faro rappresenta per il navigante. Da una parte il faro illumina l'ostacolo da evitare; dall'altra parte spaziando sull'orizzonte, il faro invita a prendere il largo e rende possibile la scoperta"[10].

ETICA MEDICA

La riflessione etica ha percorso la storia della medicina mostrando che *la figura del medico*, e di conseguenza il suo rapporto con il paziente, hanno subito

[8] E. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA. *A philosophical basic of medical practice*, Oxford University Press, New York 1981, pg. 57.
[9] *Viaggio nel vocabolario dell'etica,* op. cit., pg. 19.
[10] G. GERAUD, *Itinerario medico-psicologico della vocazione,* Paoline, Roma 1960, pg. 55.

alternanze di concezioni, passando dalla prospettiva sacrale di *vocazione-missione* all'ottica di *professione,* privilegiando gli aspetti tecnici e clinici.

I termini *vocazione* e *missione* nell'attuale contesto societario infastidiscono; potranno essere valorizzati unicamente se la "professione in sanità" riuscirà ad intersecare la componente *tecnico-scientifica* e quella *etico-religiosa,* avendo questo particolare "*mestiere"* come soggetto l'uomo e come conseguenza il servizio alla persona. In questa ottica, la professione sanitaria, può assumere anche i connotati della *vocazione,* rammentando che "certe attività sono imprese morali che richiedono un servizio altruistico e un certo annullamento dell'interesse personale; se queste aspirazioni sono sviluppate, la professione sanitaria diventa vocazione, diversamente diventa carriera"[11]/[12].

Il percorso storico dell'etica medica, sinteticamente, è riassumibile in quattro momenti.

1.Etica medica dell'antichità ed ippocratica

Nelle scuole dell'antichità fu presente la "visione sacrale" del medico; in alcuni contesti, questa figura, fu anche divinizzata. Ad esempio, nell'antica Grecia, troviamo delle professioni improntate al "modello sacerdotale" che svilupparono la responsabilità professionale maggiormente a livello religioso che giuridico, ponendo, con un "giuramento", le divinità garanti della rettitudine delle azioni. Successivamente, la natura sacrale del medico, ben si evidenziò distinguendo le "professioni forti" (sacerdozio, monarchia, magistratura e medicina) dalle cosiddette "occupazioni". E, mentre le prime, erano caratterizzate dalla responsabilità morale, le seconde si riferivano alle norme giuridiche. In questo contesto, si inseriscono il " Giuramento di Ippocrate" e gli altri scritti del " corpus Hippocraticum"[13].

Nell'antichità, le malattie furono attribuite alle forze demoniache, che penetrando nella persona se ne impossessavano; non a caso il simbolo della medicina era il serpente, animale sacro, ritenuto immune dalle malattie (cfr. concezione teurgica).

Ippocrate, rifiutò questa impostazione; non accettò la definizione di "morbo sacro" e polemizzò con chi sacralizzava la sofferenza. Non ammise, quindi, né la concezione teurgica della *Scuola di Asclepio*, né quella teocratica fondata sul mito greco del dio *Osiride.*

Al sofismo e all'empirismo contrappose "la medicina razionale", conformandosi al concetto greco di "causa" ed "effetto". Ed essendo, Ippocrate, oltre che medico fu anche un metafisico, ponendo al centro della sua professione *il valore e la dignità della* persona[14]*.*

---

[11] E. D. PELLEGRINO- D. C. THOMASMA, *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina*, Edizioni Dehoniane, Roma 1994, pg. 108.

[12] Si rimanda per l'approfondimento a: M.D. BAYLES, *Professional Ethics,* Wadswort, Belmont 1981; G. COSMACINI, *La qualità del tuo medico,* Laterza, Roma-Bari 1995, P. LAIN ENREALGO, *Antropologia medica,*Alberto Perdisa Editore, Milano 1988, E. LOEWY, *Suffering and the Beneficent community,* Oxford University Press, New York 1991.

[13] Cfr.: G. MOTTURA, *Il Giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia,* Editori Riuniti, Roma 1986.

[14] Cfr.: PLATONE, *Protagora,* 311 b-c; Id.; *Fedro,* 270 c.

Il documento più significativo del medico di *Kos* fu il suo *Giuramento*[15] nel quale emerge:

1.La visione religiosa della professione, infatti, invoca le divinità del pantheon greco, oltre che ribadire la "responsabilità professionale" percepita a livello morale e religioso più che giuridico.

2.Il profondo rispetto della natura e della concezione unitaria di ogni uomo.

3.Il rigoroso rapporto tra etica personale ed etica professionale.

4.Il disinteresse economico nell'esercizio della professione.

5.Il segreto professionale.

6.La trasmissione della materia medica dai maestri agli allievi.

Il *rapporto medico-paziente* si fondò sul *principio di beneficenza* concretizzato dal *paternalismo.* Il dovere del medico era la ricerca del "maggior bene" del paziente; l'obbligo del malato era l'accettazione incondizionata dell'indicazione medica.

Possiamo perciò concordare con D. Gracia Guillen che nonostante i limiti del linguaggio, questo giuramento, mostra "il carattere marcatamente 'sacerdotale' del medico, il suo ruolo sociologico, il contenuto etico e religioso della formula del suo impegno. Il medico ippocratico non era un sacerdote, come nelle vecchie culture dell'Egitto o della Mesopotamia, ma una persona che esercitava un ruolo tipicamente sacerdotale"[16].

2.La morale medica ad ispirazione teologica

Il *cristianesimo* introdusse valori nuovi nel campo assistenziale sia con *l'insegnamento* che con la *prassi*.

Per quanto riguarda *la dottrina,* ricordiamo il concetto di "*persona umana"* ritenuta "unità di corpo, di psiche e di spirito" e, di conseguenza, la teoria della *sacralità* e dell' *indisponibilità* della vita.

Nella *prassi assistenziale,* il riferimento centrale fu il Vangelo nel quale Gesù Cristo consegnò ai suoi discepoli *il comando di curare gli ammalati*[17]*,* indicando la Sua presenza nel sofferente: *"l'avete fatto a me"*[18], e proponendo come modello il *Buon Samaritano*[19].

Questa visione, oltre che motivare la pratica assistenziale come atto mosso dalla carità, fece crescere nella Chiesa, di pari passo con il diffondersi dell'annuncio evangelico, l'opera di soccorso e di sollecitudine verso i sofferenti e le vittime delle molteplici povertà.

Nel tempo, l'impronta assistenziale-caritativa, fu la base valoriale del consolidamento organizzativo che consentì di rispondere esaurientemente alle richieste dei vari "fragili". Perciò, i luoghi che prestavano cura ed assistenza, si estendevano sia nei centri rurali che nelle località urbanizzate.

Il processo di sviluppo terapeutico ed assistenziale si protrarrà per diversi secoli,

---

[15] Cfr.: S. SPINSANTI (a cura di), *Documenti di deontologia ed etica medica,* Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1985, pp. 19-20.

[16] D. GRACIA GUILLEN, *Il giuramento di Ippocrate nello sviluppo della medicina,* Dolentium hominum, 11, (1996) pg. 24.

[17] Cfr.: VANGELO DI LUCA. 9,2 e paralleli: VANGELO DI MATTEO 10,8; VANGELO DI MARCO 6,7.

[18] VANGELO DI MATTEO 25,40.

[19] Cfr.: VANGELO DI LUCA 10,30-37.

con fasi di crescita e di rallentamento, tra crisi e riforme, acquisendo alcuni pregi ma perdendone altri. Eminenti figure di santi contribuirono perchè l'aspetto caritatevole s'integrasse con quello assistenziale, affinché chi curava gli infermi, affinasse i requisiti professionali salvaguardando però quelli umani e religiosi[20].

3.Il Rinascimento

Con il Rinascimento (seconda metà del XIV secolo fino al XVI secolo), l'universo fu contemplato in "un'ottica meccanicista", abbandonando la prospettiva trascendente che aveva accompagnato la visione dell'uomo e del mondo fino al Medioevo.

La rivoluzione scientifica operata, tra gli altri, da N. Copernico, G. Galileo e I. Newton non mutò unicamente la concezione dell'universo ma anche quella del corpo umano. Questa nuova visione, in breve tempo, fu fatta propria anche dalla medicina e alcuni "fondamenti" secolari scomparsero. Un anno importante fu il 1543 quando N. Copernico pubblicò il "De Revolutionibus orbium caelestium" e A. Vesalio il "De humani corporis fabrica" che avviarono una rivoluzione in ambito medico poichè il modello ippocratico-galeno era ormai terminato. Nacque la "medicina scientifica" il cui tratto caratteristico fu il metodo sperimentale.

Dal XVI secolo, le grandi rivoluzioni ed alcuni pensatori da J. Locke a E. Kant, da D. Hume a A. Smith proclamarono che ogni uomo è un *individuo autonomo e indipendente.* Ciò influenzò anche il settore medico introducendo il *modello contrattualistico,* e di conseguenza, il *principio di autonomia* del paziente.

Il medico, in parte privato dell' identità originaria che gli imponeva l' obbligo del "prendersi cura" del malato nella sua totalità, rischiò di trasformarsi in un "tecnico di alto livello" al quale, come in qualsiasi settore, si richiedono prestazioni nel proprio campo di competenza.

4.La riflessione sui diritti dell'uomo in Europa dopo la seconda guerra mondiale

Dagli anni '50 *del XX secolo si passò alla "*medicina basata sull'evidenza"*;* protocolli standardizzati, avallati da studi scientifici, sostituirono opinioni ed

[20] Tra i molti *santi riformatori* dell'assistenza portiamo come esempio san Giovanni di Dio (1495-1550), il fondatore dell' Ordine Ospedaliero (di San Giovanni di Dio), che nel 1539 a Granada (Spagna) aprì il suo primo ospedale. Con questa struttura, Giovanni di Dio, non volle supplire ad un dovere dello Stato; a Granada esistevano altri ospedali ma poco funzionanti. In quella situazione creò un suo *modello ospedaliero* elogiato alcuni secoli dopo dall'antropologo e giurista ateo C. Lombroso (1835-1909). "Un fatto degno di attenzione è che, in quanto al trattamento per i malati, Giovanni di Dio fu un riformatore, poiché non mise che un solo malato per ciascun letto; egli fu il primo che pensò a dividere i malati in categorie, fu insomma il creatore dell'ospedale moderno, fu il primo a fondare il Workhouse aprendo nel suo ospizio una casa dove i poveri senza tetto ed i viaggiatori senza denari potessero dormire" (C. LOMBROSO, *San Giovanni di Dio. L'uomo del genio,* Torino 1888, pg. 307).
Accanto a lui, altri personaggi proclamati santi e beati dalla Chiesa, hanno "plasmato" la storia dell'assistenza: Francesca Romana (1384-1440), Gaetano da Thiene (1480-1547), Girolamo Emiliani (1486-1537), Filippo Neri (1515-1595), Camillo de Lellis (1550-1614), Vincenzo de' Paoli (1581-1660) e Luisa di Marillac (1591-1660), Carlo Steeb (1773- 1856) e Maria Vincenza Poloni (1802-1855), Giovanna Antida Thouret (1765-1826), Giuseppe Benedetto Cottolengo (1786-1842), Giulia di Barolo (1786-1864), Vincenza Gerosa (1784-1847) e Bartolomea Capitanio (1807-1853), Giovannina Franchi (1807-1872), Giuseppe Cafasso (1811-1860), Maria Crocifissa di Rosa (1813-1855), Maria Teresa Scherer (1825-1888), Gaetana Sterni (1827-1889), Luigi Guanella (1842-1915), Francesca Rubatto (1844-1904), Luigi Talamoni (1848-1926), Francesca Cabrini (1850-1917), Francesco Spinelli (1853-1913), Luigi Orione (1872-1940), Giovanni Calabria (1873-1954), Carlo Gnocchi (1902-1956) e molti altri.

esperienze personali. Ma accanto a notevoli progressi scientifici sorgono anche nuove patologie.

A seguito dei crimini commessi dal regime nazista, anche con la collaborazione di alcuni medici che ripudiarono il famoso *primun non nocere,* e furono accusati di "crimini contro l'umanità" come accertato nel "Processo di Norimberga", ci fu la ratifica di Dichiarazioni e di Convenzioni che salvaguardassero i diritti dell'uomo e le sue fondamentali libertà.

Anche la classe medica approvò vari Documenti che difendevano la dignità del malato sia nel settore terapeutico che sperimentale. Ricordiamo tra gli altri il "Giuramento di Ginevra" (Associazione Medica Mondiale – 1948) e il "Codice internazionale di Etica medica" (Associazione Medica Mondiale – 1950)[21].

Come conclusione di questa breve carrellata storica possiamo affermare che l'atto medico, nel suo complesso, è autentico quando *competenza, professionalità* ed *etica* sono sincrone, divenendo l'etica, "conoscenza applicata" a scopi umani.

Di conseguenza, "l'etica medica è specialmente interessata ai principi e alle decisioni morali nel contesto della ricerca e della pratica clinica. Le difficoltà morali connesse con la medicina sono così complesse e importanti da richiedere una particolare attenzione. L'etica medica fornisce ad esse questa attenzione, ma resta una parte della disciplina dell'etica"[22].

ETICA INFERMIERISTICA

La storia dell'etica infermieristica è più breve, anche se questa professione ha un'origine antichissima ma solo alla fine dell'Ottocento, *F. Nightingale*, offrì all'infermiere una riconosciuta *dignità professionale,* costituendo scuole e proponendo modelli assistenziali che rapidamente si diffusero in Europa e in America.

Da allora, iniziò la storia dell'infermiere nell'accezione moderna del termine; una figura professionale che acquisì, progressivamente, un ruolo sempre maggiore nella cura e nell'assistenza, anche se, neppure oggi, soprattutto nella realtà italiana, l'infermiere professionale è accettato nella sua totale autonomia come invece è di prassi in varie Nazioni.

L'etica infermieristica dovrebbe supportare l'infermiere nell'identificare e risolvere i dilemmi etici della cura. .

Un'interessante osservazione di C. Iandolo evidenzia un altro aspetto spesso trascurato: "Come l'etica clinica per il medico, l'etica infermieristica entra in gioco anche nei rapporti professionali dell'infermiere con la caposala e con i colleghi e nei rapporti professionali con il medico. Si tratta insomma dell'etica dell'équipe sanitaria dell'ospedale che interessa tutti i membri che la compongono"[23].

[21] Rivisto nel 1968 e 1983.
[22] R. MUNSON (a cura di), *Intervention and reflection: Basic issues in Medical ethics*, Wadsworth, Belmont CA 1979, pg. 56.
[23] *L'etica al letto del malato,* op.cit., pg. 51.

1.2.DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

Il vocabolo deontologia ha origine dal greco "*Δέω*" cioè "dovere" e dal participio presente del verbo "ειμί" cioè "essere" e possiamo tradurlo come "studio o teoria del dovere".

La deontologia, è l'esposizione sistematica delle regole comportamentali e degli obblighi valoriali che l'individuo si assume nell'esercizio di una determinata professione nel contesto globale della società per raggiungere gli obiettivi della stessa, salvaguardando l'onestà e il prestigio sociale.

I codici sono elaborati dai componenti della categoria professionale, creano obbligazioni a livello professionale e legale, testimoniano l'accettazione della responsabilità e della fiducia accordata dalla società.

I Codici deontologici che si svilupparono dal 1800 prevedono diritti e doveri[24], offrendo soluzioni pratiche con valore vincolante[25].

Per quanto riguarda i medici, dal Giuramento di Ippocrate fino ai nostri giorni, i codici di deontologia hanno messo in rilievo alcuni principi fondamentali, ai quali devono riferirsi nell'esercizio della professione e nel rapporto con il paziente. S. Spinanti nota che la "deontologia corregge l'intrinseca asimmetria del rapporto medico-paziente, esplicitando le norme comportamentali cui i sanitari, in quanto professionisti, si impegnano ad attenersi"[26].

Anche per l'infermiere, il Codice deontologico, sta alla base del gesto professionale e del rispetto della persona.

E' importante ricordare che "la preoccupazione della deontologia non è la qualità morale dell'azione, ma la sua 'correttezza', tenendo presente soprattutto il punto di vista del rapporto tra la professione e la società"[27]. Di conseguenza, nel settore sanitario, "la prospettiva dei doveri deontologici è valida, ma va integrata con quella etica"[28].

E' questo un invito presente anche nel "Documento di Erice"[29] (1991) che evidenziava come la deontologia medica ed infermieristica debbano considerare anche le "norme morali".

"Questa disciplina (la medicina) include tre ordini di norme:

1.le norme morali, oggetto dell'etica medica tradizionale, e oggi considerate all'interno della bioetica alla cui 'costruzione l'etica medica ha preparato il terreno';

---

[24] Ad esempio, nel *Codice Deontologico dei Medici* e nel *Codice Deontologico dell'Infermiere Professionale*, sono presenti i doveri generali e le indicazioni per rapportarsi correttamente con il paziente, i colleghi, i terzi e gli enti pubblici e privati. In entrambi i Codici leggiamo che sia il medico che l'infermiere svolgono "un'attività a servizio della vita", che "l'ammalato merita il massimo rispetto", e di conseguenza nessuno può abusare dell'infermo con il potere del ruolo. Sono inoltre riportate alcune coordinate etiche che intersecano la professione sanitaria: segreto professionale, consenso del paziente, prestazioni d'urgenza, onorari…

[25] Ad esempio, *l' Accanimento diagnostico-terapeutico* è vietato: "Il medico, anche tenendo conto della volontà del paziente, deve astenersi dall'ostinazione in trattamenti da cui non si possono fondatamente attendere un beneficio per la salute del malato e/o un miglioramento della qualità di vita" (*Codice di deontologia medica* – 18 maggio 2014, art. 16).

[26] S. SPINSANTI, *Bioetica in sanità*, Carocci, Firenze 1995, pg. 31.

[27] S. SPINSANTI, *Etica bio-medica*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1987, pg. 12.

[28] *Etica bio-medica*, op. cit., pg. 14.

[29] Il "Documento di Erice" fu presentato ad Erice (TP) nel febbraio 1991, nel Convegno Internazionale: *New trends in forensic haematology and genetics. Bioethical problems*, sul tema del rapporto fra bioetica, deontologia medica e medicina legale.

2.le norme deontologiche propriamente dette, raccolte nei codici, e in tutta la tradizione orale e scritta della professione medica;
3.le norme giuridiche proprie di ciascun Paese".

Pur essendo un valido strumento, il Codice deontologico risulta spesso inadeguato, ad esempio, nella sanità contemporanea e nella ricerca in evoluzione, con possibilità sempre innovative di intervento.

1.3.LEGGE ED OBIEZIONE DI COSCIENZA

L'etica, con la *legge naturale* e le *leggi civili*, guida la vita sociale e personale in una determinata epoca.

L'etica, non s'identifica con nessuna legge, *ma è presente in tutte come dimensione particolare di ciascuna, e i suoi principi, obbligano il legislatore a prenderne atto e ad agire di conseguenza.*

Partendo dalla prospettiva che la legge è a servizio dell'uomo e non viceversa, come purtroppo sembra avvenire negli ultimi tempi, l'etica s'impegna affinché le leggi civili siano giuste e riconoscano, promuovano e difendano i diritti fondamentali della persona.

Anche *l'aconfessionalità* o *laicità* che caratterizzano gli Stati moderni non possono significare *neutralità etica,* essendo i valori etici irrinunciabili in ogni società.

Ciò riguarda, in particolare, i momenti in cui si legifera sulle problematiche riguardanti la vita, definite "tematiche eticamente sensibili" e sui suoi valori primari, avendo l'impressione di camminare sulla lama di un rasoio.

La legge, soprattutto con lo strumento referendario, con la sua innegabile genericità e strumentalizzazione ideologica, è il metodo meno idoneo per gestire situazioni delicate che toccano l'essere e la coscienza della persona.

In molti Stati, prevalentemente anglosassoni, è diffusa la concezione filosofico-politica definita "contrattualistica".

Il contrattualismo, che trovò in T. Hobbes[30], J. Locke[31] e J.J. Rousseau[32] i maggiori esponenti, comprende quelle teorie politiche che definiscono la società "un contratto" tra governanti e cittadini, affermando, di conseguenza, che lo Stato si fonda sulla stipula di un accordo fra gli individui e non unicamente sulla natura sociale della persona. Il contrattualismo, ritiene "il bene morale" il risultato di un' intesa con la maggioranza dei membri della Comunità; di conseguenza, nessuna verità soggettiva può precedere e superare il consenso democratico o l'accordo di una maggioranza. Per questo, anche la legge etica, la legge naturale e il diritto si devono adeguare!

In queste situazioni, i pareri, possono essere strumentalizzati favorendo il "più forte" prevalentemente nel settore bioetico, giungendo al soggettivismo della maggioranza. Ma, quando le leggi della comunità civile ledono l'ordine morale naturale, sono normative ingiuste che "non obbligano in coscienza" come

[30] Cfr.: G. M. CHIODI, *Legge naturale e legge positiva nella filosofia politica di Tommaso Hobbes*, Giuffrè, Milano, 1970.
[31] Cfr.: J. DUNN, *Il pensiero politico di John Locke* , Il Mulino, Bologna 1992.
[32] Cfr.: M. FERRI, *Controllo sociale e negazione della libertà: un'attualizzazione del pensiero di Jean-Jacques Rousseau*, in Il Dubbio 2-3 (1987) 54-61.

affermato da san Tommaso: "*lex iniusta, nulla lex*"[33]. Quando una legge è inconciliabile con le esigenze etiche, i diritti fondamentali della persona, il bene comune e le convinzioni religiose e morali del singolo, non obbliga in coscienza esorbitando queste dal potere dello Stato; quindi, è doveroso, porre in atto l'*obiezione di coscienza.* E "chi ricorre all'obiezione di coscienza deve essere salvaguardato non solo da sanzioni penali, ma anche da qualsiasi danno sul piano legale, disciplinare, economico e professionale"[34].

E' utile chiarire che l'obiezione di coscienza non costituisce, come alcuni ritengono, una benevola concessione dello Stato, bensì è "un diritto" che una Nazione dove vige la democrazia deve attuare se intende distinguersi dai Paesi governati dalle dittature o dai totalitarismi. Concetto chiaramente affermato da papa Francesco: "L'obiezione di coscienza è un diritto ed entra in ogni diritto umano. E' un diritto, e se una persona non permette di esercitare l'obiezione di coscienza, nega un diritto. In ogni struttura giudiziaria deve entrare l'obiezione di coscienza, perché è un diritto, un diritto umano. Altrimenti, finiamo nella selezione dei diritti: questo è un diritto di qualità, questo è un diritto di non qualità… E' un diritto umano"[35].

Inoltre, vari documenti internazionali e nazionali, ne evidenziano l'obbligatorietà.

Citiamo i testi più importanti.

-"*Dichiarazione Universale dei Diritti dell' uomo*" approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 10 dicembre 1948 (cfr.: articoli 1, 3 e 18).

-L'Assemblea Generale delle Nazioni Unite propose nel 1966, il "*Patto internazionale sui diritti civili e politici*" (ICCPR): un trattato vincolante per gli Stati che l'hanno sottoscritto in cui l'obiezione di coscienza è riconosciuta come un "diritto inderogabile" che i governi devono sempre rispettare, anche in circostanze di emergenza pubblica.

-**"***Carta Costituzionale*". La libertà di coscienza è contemplata a livello generale nell'articolo 2 che riporta i diritti inviolabili dell'uomo, negli articoli 3,7,8,19,20 che disciplinano e tutelano la libertà e l'uguaglianza in materia di religione e, infine, nell'articolo 21 che tutela la libertà di manifestazione del pensiero.

-*Comitato Nazionale per la Bioetica*. Parere: "Rifiuto e rinuncia consapevole al trattamento sanitario nella relazione paziente-medico" del 24 ottobre 2008. "Quando, nel caso di paziente competente in condizione di dipendenza, la rinuncia alle cure richieda, per essere soddisfatta, un comportamento attivo da parte del medico, va riconosciuto a quest'ultimo il diritto di astensione da comportamenti ritenuti contrari alle proprie concezioni etiche" (Cap. 7).

-"*Risoluzione del Consiglio d'Europa" del 7 ottobre 2010*. "Nessuna persona o ospedale o istituzione può essere obbligata o ritenuta responsabile o discriminata se rifiuta per qualsiasi motivo di eseguire o assistere un aborto, interventi di eutanasia o un altro atto che possa causare la morte di un feto o di un embrione" (art. 12).

-"*Codice di Deontologia Medica*" del 18 maggio 2014. "Il medico può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto

[33] SAN TOMMASO, *Summa Teologica,* I-II, q.96, a.4.
[34] *Evangelium vitae,* op. cit., n. 74.
[35] Conferenza stampa tenuta nel viaggio di ritorno dagli Stati Uniti d'America, 27 settembre 2015.

con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici, a meno che il rifiuto non sia di grave e immediato nocumento per la salute della persona, fornendo comunque ogni utile informazione e chiarimento per consentire la fruizione della prestazione" (art. 22).

Nel campo medico, quattro sono attualmente i settori prevalentemente interessati all'obiezione di coscienza: la pratica dell'aborto[36], la procreazione medicalmente assistita[37], la legge: "Norme in materia di consenso informato e di diposizioni anticipate di trattamento" e la prescrizione e la vendita della cosiddetta "pillola del giorno dopo", nota come *Norlevo* e dell'*ElleOne* "la pillola dei cinque giorni dopo".

Per quanto riguarda la legge riguardante le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT): "Norme in materia di consenso informato e di diposizioni anticipate di trattamento"(219/2017) non esiste la possibilità di esercitare questo diritto.

Pure per il *Norlevo* e per l'*ElleOne*, l'obiezione di coscienza ai ginecologi, ai medici di pronto soccorso e ai farmacisti è vietata, anche se il giudizio sul medicinale, come vedremo inseguito, è alquanto divergente.

Per U. Veronesi, il ministro della sanità che autorizzò nel settembre 2000 la commercializzazione è un "contraccettivo d'emergenza"[38], mentre per la Chiesa cattolica è un "farmaco abortivo"[39].

Le due posizioni si comprendono unicamente riferendosi alla discussione sull'inizio della vita umana, cioè, quando si reputi che l'embrione è persona[40].

Il diritto all'obiezione di coscienza fu sollecitato da papa Benedetto XVI ricevendo in udienza il 29 ottobre 2007 i partecipanti al "XXV Congresso Internazionale dei Farmacisti Cattolici". "Nell'ambito morale - affermò Benedetto XVI - la vostra Federazione è invitata ad affrontare la questione dell'obiezione di coscienza, che è un diritto che deve essere riconosciuto alla vostra professione, permettendovi di non collaborare, direttamente o indirettamente, alla fornitura di prodotti aventi come fine scelte chiaramente immorali, come ad esempio l'aborto e l'eutanasia".

Un progresso fu compiuto il 25 febbraio 2011, quando il Comitato Nazionale per la Bioetica si pronunciò favorevole all'obiezione di coscienza dei farmacisti, nvitando il legislatore ad approvare celermente una norma, salvaguardando anche i diritti di chi acquista il prodotto[41].

---

[36] Cfr.: Legge 194/78, che all'art.9 disciplina l'obiezione di coscienza. Il suddetto articolo afferma che il personale è esentato non solo dall'intervento chirurgico, ma anche da tutte le procedure di certificazione e autorizzazione che portano all'aborto, cioè gli adempimenti previsti dagli artt. 5 e 7.

[37] Cfr.: Legge 40/2004, art. 16.

[38] "Non svolge alcuna funzione abortiva nell'impedire l'impianto dell'ovulo fecondato o nel blocco dell'ovulazione" (*Comunicato stampa* 231 del 29 settembre 2000).

[39] "Il ritrovato chimico non è semplicemente un contraccettivo ma un abortivo, perché il contraccettivo rinvia alle tecniche che impediscono il concepimento, mentre l'abortivo a quelle che bloccano il prosieguo di una gravidanza già iniziata ed interrotta, con mezzi chimici, a poche ore dal concepimento" (PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Comunicato sulla cosiddetta Pillola del giorno dopo* del 31 ottobre 2000).

[40] Cfr.: G.M. COMOLLI, *Fratello uomo e sorella verità. Un itinerario semplice tra i problemi della bioetica,* Il Segno dei Gabrielli Editori, Negarine di S. Pietro in Cariano (Vr) 2005, pp. 49-54.

[41] Questa è la motivazione della maggioranza dei componenti del Comitato Nazionale per la Bioetica: "Si è ritenuto che si potesse far risalire al farmacista un ruolo ritenuto riconducibile a quello degli operatori sanitari e che pertanto, in analogia a quanto avviene per altre figure professionali, dovesse necessariamente essere riconosciuta anche a questa categoria professionale il diritto all'obiezione. Il fatto che il farmacista

Ma, anche in questo settore, fa da padrone “l’ambiguità”, poiché questo diritto è già presente nei Codici Deontologici anche se non previsto da alcune normative vigenti. Per i medici di pronto soccorso e per i ginecologi, il Codice di Deontologia Medica afferma all’articolo 12 che il medico “non è obbligato” a prescrivere un farmaco in contrasto con la propria deontologia e con la propria coscienza morale e professionale. Di conseguenza, una struttura sanitaria, deve garantire l’erogazione di farmaci legali, ma il medico deve prescriverli unicamente se in accordo con i suoi valori di riferimento, i principi etici, la sua indipendenza intellettiva e la sua preparazione scientifica. Anche il Codice Deontologico dei Farmacisti all’articolo 3 stabilisce il diritto di agire “in piena autonomia e coscienza professionale, conformemente ai principi etici e tenendo sempre presenti i diritti del malato e il rispetto della vita”.

Precedentemente abbiamo sottolineato “il diritto” degli operatori sanitari all’obiezione di coscienza nei confronti dell’aborto che esamineremo nel capitolo settimo. Qui, riportiamo solo un caso emblematico, dove questo diritto è stato disatteso. Nel febbraio 2017, presso l’ospedale di Trecenta (Ro), venne indetto un concorso che precisava che l’obiezione costituiva una “giusta causa di recesso dell’Azienda, in quanto la prestazione lavorativa diverrebbe oggettivamente inesigibile”. Ma questo atto, pur avendo una sua storia alle spalle, rimane comunque non solo inaccettabile ma illegale. Nel 2009 l’Usl rodigina aveva indetto un bando assumendo a tempo indeterminato due biologhe che per cinque anni hanno prestato il servizio nel centro di procreazione medicalmente assistita. Nel 2014 entrambe decisero di obiettare ma ad una fu minacciato il taglio dello stipendio e all’altra il licenziamento. Il loro comportamento, ancorché legittimo, secondo l’azienda sanitaria avrebbe sospeso o quanto meno rallentato il percorso di molte coppie in attesa della Procreazione Medicalmente Assistita. Anche la vicenda di Rovigo segnala il diffondersi di una tendenza a comprimere gli spazi dell’obiezione di coscienza, malgrado la legge 40/2004 ne riconosca il diritto al pari della 194/1978.

2.Bioetica

2.1.DEFINIZIONE

La bioetica, disciplina fino a pochi decenni fa nota prevalentemente agli specialisti, oggi è presente nel dibattito pubblico, configurandosi come ambito che riguarda varie "questioni civili" - come le chiamò Agostino d’Ippona nel *De Rhetorica* -, cioè quelle questioni che *"(…)* ci si vergogna di non sapere*"*[42].

Nella seconda metà del XX° secolo, lo sviluppo biomedico, incrementò progressivamente e rapidamente le tecniche diagnostiche e terapeutiche con nuove acquisizioni ed ampi successi. La “super specializzazione” arricchì il numero dei dati ma diminuì la capacità di sintesi, mentre le competenze etiche si atrofizzarono. Questa nuova condizione rese difficoltosa accostare il paziente

svolga un ruolo ‘meno diretto’ rispetto a chi pratica clinicamente l’aborto non è stata ritenuta ragione sufficiente per invalidare l’argomento a favore della clausola morale, dato che la consegna del prodotto contribuisce a un eventuale esito abortivo in una catena di cause ed effetti senza soluzione di continuità”.

[42] SANT’AGOSTINO, *De Rhetorica*, IV, f. 14. c.5.

come *soggetto* e non unicamente come *oggetto* di diagnosi e di cura.
Nel passato, i problemi di etica medica, si risolvevano seguendo poche regole; con il trascorrere del tempo si presentarono sempre più complessi, essendo nuovi e svincolati da "precedenti" cui riferirsi, ed accompagnati, a volte, da drammatiche urgenze.
Scaturì, perciò, l'esigenza di un approfondimento sistematico.

I quesiti che investono la bioetica nella sua "accezione più ampia" riguardano: la procreazione medicalmente assistita, l'identificazione dell'inizio della vita e di conseguenza lo statuto dell'embrione, la clonazione umana, le diagnosi pre-impianto e pre-natali e l'aborto. Fanno riferimento alla bioetica anche le sperimentazioni cliniche, il controllo dei disturbi psichiatrici e dell'handicap fisico-mentale oltre le malattie sessualmente trasmesse. Rientrano in questa disciplina le discussioni di casi clinici complessi e tutte quelle attività che si prefiggono l' aumento del benessere psico-fisico mediante la farmacologia e la psicofarmacologia, la chirurgia estetica, la manipolazione genetica di animali e di piante. E come scordare le allettanti possibilità, alcune per lo più futoristiche, di modificare la natura biologica umana mediante il cambio di sesso, l'impianto di circuiti cerebrali e l'applicazione delle nanotecnologie?
Non tralascia, la bioetica il "termine della vita", cioè il trattamento palliativo dei morenti, l'accanimento terapeutico, il testamento biologico e l'eutanasia.
Infine, sempre la bioetica, si interessa delle attività che potrebbero migliorare le condizioni generali dell'umanità sofferente affetta dallo squilibrio socio-economico del nostro pianeta.

Il termine *bioetica* fu coniato negli ultimi cinquant'anni del ventesimo secolo, ed immediatamente fu accolto nel linguaggio medico-scientifico in quanto intersecava due realtà fondamentali della medicina e della cura: la βίος (vita) e l' ἔθος (carattere, comportamento, consuetudine).

Il neologismo, fu proposto nel 1970 in due saggi dall'oncologo statunitense *Van Rensselaer Potter*[43] (1911-2001), e l'anno seguente lo ripropose affermando: "Il genere umano necessita urgentemente di una sapienza come guida per l'azione, di sapere come usare la conoscenza per il bene e il futuro della condizione umana: di una scienza della sopravvivenza, *la bioetica*, col requisito fondamentale di promuovere la qualità della vita"[44].
Nel 1975, Potter, spiegò la scelta del termine *bioetica*: "Ho scelto *bio* per indicare il sapere biologico; e ho scelto *etica* per indicare il sapere circa i sistemi di valori umani"[45].
Su questa base, l'oncologo statunitense, propose la bioetica come "la biologia combinata con le varie forme del sapere umanistico in modo da forgiare una scienza che stabilisca un sistema di priorità mediche ed ambientali per la sopravvivenza"[46].

[43]Cfr.: V.R. POTTER, *Bioethics: The Science of Survival*, in Perspectives in Biology and Medicine 14 (1970) 120-153; Id, *Biocybernetics and survival*, in Journal of Religion and Sciences 5 (1970) 229-246.
[44] V.R. POTTER, *Bioethics: Bridge to the Future*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1971, tr. It *Bioetica, ponte verso il futuro*, Sicania, Messina 2000, pg. 26.
[45] V.R. POTTER, *Humility and Responsibility – A Bioethic for Oncologist: Presidential Address*, in Cancer Research, 35 (1975) 2299.
[46] V.R. POTTER, *Global Bioethics. Building on the Leopold Legaliy*, Michigan State University Press, East

Potter, cogliendo nella spaccatura tra "sapere scientifico" e "sapere umanistico" interpretato come l'insieme dei valori etici, un rilevante pericolo *per la sopravvivenza dell'intero ecosistema*, anche a seguito delle affascinanti scoperte scientifiche, propose la bioetica come una "scienza globale" che non si limitasse al "campo medico" ma coinvolgesse tutti i settori riguardanti l'uomo, coniugando le "scienze della vita" con l' "etica della vita". Per questo, l'oncologo statunitense affermò: "Sono giunto alla risoluzione che la biologia può fruttuosamente relazionarsi alle scienze umane e che entrambe sono necessarie a una qualitativa presenza nella storia"[47].

"Epistologicamente", commentò W.T. Reich, "Potter vedeva il compito della bioetica come incaricata della ricerca di una saggezza, cioè della conoscenza che ci renda capaci di giudizi buoni nei confronti di ciò che potrebbe costruire un progetto fisico, culturale e filosofico verso una sopravvivenza umana di valore"[48].

Per Potter, la finalità della nuova disciplina era la sopravvivenza futura della specie: *science of survival*[49].

W. Reich, spiegò anche i motivi che diedero origine alla bioetica: lo sdegno suscitato nella coscienza pubblica americana dalla violazione dei diritti umani in alcune ricerche scientifiche, la tendenza all'uso ideologico del sapere medico, le possibili conseguenze perverse dovute alla rapida tecnologizzazione della prassi clinica[50].

Ma la visione universalistica di "bioetica globale", proposta da Potter, non ebbe seguito, e il termine si indirizzò verso il campo biomedico originando una riflessione morale sulle scienze della vita.

A Potter seguì l' ostetrico olandese E. A. Hellergers (1926-1979) del Kennedy Institute[51] che nel 1971 definì la bioetica come una branca dell'etica dedita allo studio e alla ricerca nella biomedicina, considerandola un nuovo aspetto del dialogo socratico idoneo a far interloquire la medicina, la filosofia e l'etica ricercando verità condivise[52].

Potter, recepì la bioetica in senso globale: "ponte tra biologia ed etica"; Hellergers, la indirizzò al campo biomedico: "ponte tra medicina, filosofia ed etica".

Però, *la definizione più famosa di bioetica* fu di W.T. Reich pubblicata nell'*Encyclopedia of Bioethics*.

La bioetica è "*lo studio sistematico della condotta umana nell'ambito delle scienze della vita e della cura della salute esaminate alla luce dei valori e dei principi morali*"[53]. Nella seconda edizione della stessa opera troviamo delle

---

Lansing 1988, pg. III.

[47] *Bioethics: Bridge to the Future,* op. cit., pg. 25.

[48] W.T. REICH, *The word "bioethics": the struggle over its earliest meaning,* Kennedy Istitute of Ethics Journal, vol 5, March 1995, pg. 32.

[49] Troviamo questa visione della bioetica sia nell'articolo *Bioethics: The Science of Survival,* op. cit., nel testo *Bioethics: Bridge to the Future*, op. cit., capitolo primo.

[50] Cfr.: W. T. REICH, *La bioetica negli Stati Uniti,* in C. VIAFORA (a cura di), *Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni,* Gregoriana, Padova 1990, pp. 141-175.

[51] *The Joseph and Rose Kennedy Institute for the Study of Human Reproduction and Bioethics* di *Washington*, fondato nel 1971 da *A.E. Hellergers* e *P. Ramsey* che nel 1978 diedero vita all'*Encyclopedia of Bioethics* un fondamentale testo di riferimento per la bioetica.

[52] Cfr.: R. WALTERS, *Bioethics as a field of ethics. In contemporary issues in Bioethics*, Wadsworth, Belmont 1974, pg. 49.

[53] W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, The Free Press, New York 1978, I, pg. XIX,

precisazioni: "*è lo studio sistematico delle dimensioni morali - comprendente visione morale, decisioni, condotta, politiche – delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare*"[54]

Molti altri, diedero significati particolari al termine; riportiamo alcuni contributi.

D. Callahan, direttore dell' Istituto di Hastings (Usa), indicò la bioetica come la nuova disciplina: "incaricata di elaborare una metodologia capace di assistere medici e uomini di scienza nella scelta delle 'buone decisioni' da un punto di vista sociologico, psicologico e storico"[55]. Alcuni anni dopo offrì un significato più ampio: "la bioetica è lo studio sistematico delle dimensioni morali - inclusa la visione morale, le decisioni, la condotta e le politiche - delle scienze, della vita e della salute, utilizzando varie metodologie etiche con un' impostazione interdisciplinare"[48] .

A. Varga fece riferimento all'etica: "La bioetica studia la moralità della condotta umana nel campo delle scienze della vita. Essa include l'etica medica, ma supera d'altra parte i problemi classici della medicina, dal momento che essa riguarda anche l'insieme dei problemi etici posti dalle scienze biologiche, i quali non sono anzitutto di ordine medico"[56].

Anche S. Leone pose l'accento sull'etica: "La bioetica è un settore dell'etica che studia i problemi inerenti alla tutela della vita fisica e in particolare le implicazioni etiche delle scienze biomediche"[57].

Pure C. Viafora si richiamò all'etica definendo la bioetica: "L'etica applicata ai nuovi problemi che si sviluppano alle frontiere della vita"[58].

Per O. Hoffe, "la bioetica si interessa delle questioni etiche della nascita, della vita e della morte in seguito agli sviluppi recenti e alle possibilità della ricerca e delle terapie biologiche e mediche. Essa studia, tra l'altro, le problematiche morali relative all'aborto, alla sterilizzazione, al controllo delle nascite, alla manipolazione genetica, all'eutanasia e alla sperimentazione umana"[59].

G. Russo definì la bioetica come "la scienza sistematica dell'uomo etico che indaga gli ambiti della tecnogenesi del mondo biologico"[60].

Per E. Sgreccia, "la bioetica è una disciplina con uno statuto epistemologico razionale, aperta alla teologia intesa come scienza sovrarazionale, istanza ultima e 'orizzonte di senso'. La bioetica, a partire dalla descrizione del dato scientifico, biologico e medico, razionalmente esamina la liceità dell'intervento dell'uomo sull'uomo"[61].

D. Tettamanzi, precisando che "l'aspetto etico riguarda l'uomo nella sua

---

Introduction.

[54] W.T. REICH (a cura di), *Encyclopaedia of Bioethics*, MacMillan Library Reference Usa, New York 1995, I, pg. XXI, Introduction.

[55] *La bioetica negli Stati Uniti*, op. cit., pg. 153.

[56] A. C. VARGA, *The main issues in bioethics*, Paulist Press, Ramsey (NJ) 1984, pg. 71.

[57] *Dizionario di bioetica*, op. cit., pg. 96.

[58] *Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni,* op. cit., pg. 46.

[59] O. HOFFE, *Persino un popolo di diavoli ha bisogno dello Stato. Contributi filosofici per un'etica del diritto e dello Stato*, Giappichelli, Torino 1993, pg. 17.

[60] G. RUSSO (a cura di), *Storia della bioetica. Le origini, il significato, le istituzioni,* Armando editore, Roma 1995, pg. 8, nota 1.

[61] E. SGRECCIA, *Bioetica*. *Manuale per medici e biologi,* Vita e Pensiero, Milano 1987, pg 37.

totalità e radicalità (…) in tutti suoi valori e in tutte le sue esigenze"[62] definisce la specificità della bioetica.

In conclusione riportiamo la definizione di bioetica presente nella "Dichiarazione Universale di Bioetica e dei Diritti Umani" dell'UNESCO del 19 novembre 2005: "*Il termine 'bioetica' si riferisce allo studio sistematico, pluralista e interdisciplinare e alla risoluzione delle questioni etiche sollevate dalla medicina, dalle scienze della vita e dalle scienze sociali ove applicate agli esseri umani e al loro rapporto con la biosfera, comprese le questioni relative alla disponibilità e accessibilità degli sviluppi scientifici e tecnologici e delle loro applicazioni*" (art. 1 I) [63].

Abbiamo constatato che definire il termine *bioetica* e le sue finalità è tutt'altro che semplice, poichè alcuni la considerano una scienza, altri una generale branca del sapere; per taluni è una disciplina autonoma, per certuni una diramazione dell'etica tradizionale.

Inoltre, qualcheduno, la ritiene superflua, convinto che l'etica medica possa fornire adeguate risposte ai problemi morali della pratica assistenziale.

Infine, per altri, la bioetica è divenuta la "scienza dei divieti" ed è troppo influenzata da fattori religiosi, morali e culturali.

La bioetica è anche *un fenomeno culturale* che mostra il desiderio dell'uomo contemporaneo di riappropriarsi della prospettiva etica della vita.

Sono un esempio la trattazione dei temi definiti *bioeticamente sensibili* (dalla RU 486…al Testamento biologico) che suscitano interesse e generano appassionati dibattiti[64].

Ma, la difficoltà maggiore, come sottolineò il Comitato Nazionale per la Bioetica nel testo "Bioetica e formazione nel sistema sanitario", ha origine dalla *"diversità dei modi di pensarla nel pluralismo culturale"*[65]. "Per questa complessità dovuta allo stesso carattere multidisciplinare della riflessione in oggetto, risultano imprescindibili una consapevolezza epistemologica specifica e, con tale consapevolezza, un confronto sul piano epistemologico delle diverse posizioni culturali di fronte ai molteplici problemi che la bioetica pone"[66].

Allora, è opportuno rifarci al fondatore del termine bioetica, che alla domanda: "*che cos'è la bioetica*?", rispose: "*La bioetica è un'urgente e necessaria sapienza atta a fornire all'indagine le capacità di come utilizzare il pensiero per una più responsabile presenza dell'uomo nella promozione della qualità della sua*

---

[62] D. TETTAMANZI, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato (Al) 1990, 2° ed., pg. 30.

[63] UNESCO, *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights,*19 novembre 2005, htpp://www.unesco.org/shs/ethics.

[64] "Tutto questo - avverte M. Cascone - è sicuramente positivo, a patto però che l'attenzione crescente nei confronti della bioetica non porti la gente a trattare le delicatissime questioni sulla semplice scorta di un sentire emotivistico e pietistico, che non si avvale del rigore logico delle argomentazioni razionali e della costante ricerca della verità oggettiva, da porre a base delle singole decisioni (…). La bioetica non può fondarsi sull'emotivismo, che facilmente fa presa sulla cosiddetta 'pubblica opinione', ma non prende in seria considerazione gli elementi valoriali e le responsabilità morali che incombono su ogni applicazione tecnica delle nuove scoperte scientifiche" (M. CASCONE, *Diakonìa della vita. Manuale di bioetica*, Università della Santa Croce, Roma 2004, pg. 28).

[65] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, Roma 7 settembre 1991, n. 21.

[66] *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op. cit., n. 23.

vita"[67].

Di fronte alle molteplici definizioni riportate, proponiamo come riferimento per questo manuale, quella dell' Encyclopedia of Bioethics nella seconda edizione, già riportata in precedenza ritenendola una valida sintesi di elementi, spesso comuni. "*La bioetica è lo studio sistematico delle dimensioni morali - comprendenti la visione morale, le decisioni, la condotta, le politiche - delle scienze della vita e della cura della salute, attraverso una varietà di metodologie etiche in un contesto interdisciplinare*"[68]/[69]. Ricordando che la bioetica è sorta affinchè la medicina non dimentichi mai le sue radici ippocratiche.

2.2.AMBITI DI INTERVENTO

Una fonte che evidenzia gli ambiti d'intervento della bioetica è il *Documento di Erice* che dopo aver distinto la bioetica dalla deontologia medica e dalla medicina legale, le riconosce la competenza in quattro ambiti:

"1. Problemi etici delle professioni sanitarie.

2.Problemi etici emergenti nell'ambito delle ricerche sull'uomo.

3.Problemi sociali connessi alle politiche sanitarie, alla medicina occupazionale e alle politiche di pianificazione famigliare e di controllo.

4.Problemi relativi all'intervento sulla vita degli altri esseri viventi (piante, micro-organismi ed animali) e in generale su ciò che si riferisce all'equilibrio dell'ecosistema"[70].

La bioetica, come già affermato per l'etica, non può essere solo descrittiva ma deve porsi anche "normativa".

Ciò "suppone che si accetti l'esistenza di valori oggettivi, universali ed immutabili,

---

[67] *Bioethics: The Science of Survival*, op. cit., pg.129.

[68] E*ncyclopedia of Bioethics*, op. cit.

[69] Si riporta il commento alla definizione di M. Cascone.

"La bioetica è *'uno studio sistematico'* cioè organico, logico, rigoroso e ben strutturato. Uno studio che ha come oggetto '*le dimensioni morali'* di tutto ciò che riguarda *le scienze della vita*. L'accezione *scienze della vita* è infatti volutamente ampia e riguarda non solo la vita dell'uomo, ma anche quella degli animali, delle piante e dell'intero ecosistema. Così come ampio è il significato dell'espressione c*ura della salute* che si riferisce certamente in primo luogo alla salute dell'uomo, ma anche al benessere generale di tutti gli esseri viventi, in un contesto olistico che intende la salute stessa non semplicemente in senso fisico ma globale. La prospettiva ampia di questa definizione si evince anche dalla sottolineatura dei molteplici aspetti sotto i quali vanno considerati le scienze della vita e la cura della salute. L' *Encyclopedia* parla anche di '*visione morale, condotta, decisione, politiche':* sono tutte dimensioni importanti che la bioetica deve abbracciare con una metodologia necessariamente *interdisciplinare*, cercando di fornire gli elementi necessari sia per le decisioni da prendere nella vita personale e famigliare, sia per quelle da assumere nell'ambito sociale, da tradurre poi anche in normative giuridiche da parte degli Stati.

Infine, la definizione che stiamo esaminando, mette in luce che tutto ciò viene fatto *attraverso una varietà di metodologie etiche,* riconoscendo che esistono diverse concezioni etiche e differenti sistemi morali, su cui l'*Encyclopedia* non prende posizione.

L'oggetto della bioetica è così ben delineato. Pur sottolineando le relazioni della bioetica con la classica etica medica, la definizione fa capire che l'oggetto della nuova disciplina è assai più ampio. Essa abbraccia i temi della cura della salute dell'uomo e di tutti gli esseri viventi sotto *una dimensione morale* intesa sia come indicazione della direzione da seguire, sia come decisione da assumere sulla base di precisi giudizi valoriali. La dimensione morale, inoltre, è correttamente intesa nel senso di una deliberazione personale che ha una ricaduta in ambito sociale e politico, non potendosi accettare una distinzione netta fra cosiddetta 'etica privata' ed 'etica pubblica', ma dovendosi invece sottolineare la rilevanza in ambito sociale delle decisioni personali e la indubbia relazione esistente fra società e persona" (*Diakonìa della vita,* op. cit., pp. 38-39).

[70]Per la versione integrale del testo del Documento di Erice, cfr.: Medicina e morale 4 (1991) 561-564.

di valori cioè fondanti sulla realtà come tale (…), e pertanto estesi nello spazio o nel tempo esattamente come è estesa la realtà come tale"[71].
La bioetica, si suddivide in generale, speciale, clinica o decisionale.

GENERALE

Si occupa dei principi fondanti, dei valori e delle fonti documentarie (Diritto internazionale, legislazione, deontologia…).

SPECIALE

Analizza le questioni più problematiche dell'umano: dall' ingegneria genetica all'aborto, dall'eutanasia alle sperimentazioni cliniche, dall'intelligenza artificiale al transumano e post-umano…, cioè le tematiche che costituiscono le colonne portanti della bioetica sistematica, da risolversi mediante il confronto con i fondamenti e i modelli che il sistema etico assume come basilari e giustificativi del giudizio etico.

CLINICA O DECISIONALE

Esamina il caso clinico concreto, i valori in gioco e i comportamenti da assumere per salvaguardarli.

2.3.IL METODO

Nella discussione dei casi clinici, è essenziale l'applicazione di una chiara procedura metodologica per comprendere la situazione ed identificare gli aspetti etici, confrontando i fatti con i valori di riferimento. Inoltre, una prassi ben definita, rappresenta la base esplicita per la discussione proficua tra discipline e opinioni diverse.

Sono stati proposti vari schemi di riferimento; ne esponiamo due.

Il protocollo di Bochum[72] *per l'etica nella pratica medica*

1.Identificazione dei dati medico-scientifici mediante un adeguato esame degli elementi relativi alla diagnosi, alla prognosi e al futuro del paziente.
La conoscenza di questi elementi permetterà di rispondere all'interrogativo: "in base al referto medico-scientifico, qual è il trattamento ottimale per questo paziente?
2.Identificazione dei dati medico-etici ponendo attenzione alla salute e al benessere del paziente, alla sua autodecisione e alla responsabilità del medico per rispondere al quesito: "sulla base del referto medico-etico qual è il trattamento ottimale per questo paziente?".
3.Decisione del trattamento verificando i valori in gioco, sia in riferimento al referto medico-scientifico che a quello medico-etico.
Alcune domande per facilitare la scelta:
-quali principi scientifici ed etici sono coinvolti nel caso clinico?
-quali opzioni sono possibili in presenza di conflitto tra referto medico-scientifico e medico-etico?
-quali scelte sono più appropriate in relazione ai valori del paziente?
4.Valutazione etica di casi particolari: questioni supplementari.

[71] *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* op.cit., pg. 31.
[72] Il Protocollo fu redatto dal "Gruppo di lavoro interdisciplinare" del Centro di Etica Medica dell'Università di *Bochum* in Germania.

Nel “protocollo di Bochum” si evidenziano anche le problematiche riguardanti i pazienti lungodegenti e alcuni casi di ampia rilevanza sociale sia a livello di ricerca terapeutica che non terapeutica[73].

Una metodologia in cinque punti

1.Esaminare con attenzione la situazione clinica per appurare elementi eticamente rilevanti.
2.Valutare i principi etici coinvolti.
3.Identificare le azioni alternative evidenziando i benefici e i danni per il paziente.
4.Scegliere il piano di azione.
5.Esaminare i risultati.
Commenteremo i cinque punti mediante l’esame di due casi clinici.

1° CASO CLINICO

Un medico diagnostica una *siero-positività all’HIV* e il malato lo supplica di non comunicarla al coniuge/partner.

Quale atteggiamento deve assumere il medico: rispettare il segreto professionale o comunicare la patologia al coniuge poiché potrebbe subire un danno, forse irreparabile?

2° CASO CLINICO[74]

Una donna di 80 anni, con violenti dolori addominali, fu ricoverata in ospedale. Terminata la visita, il primario chirurgo chiese alla caposala di preparare la paziente per l'intervento essendoci un’occlusione intestinale. L’anziana malata, mentalmente lucida, rifiutò l'intervento!

La caposala avvertì il chirurgo che perseverò nella sua decisione di sottoporre all’intervento la donna.
La caposala interpellò il marito della paziente ed apprese che il motivo reale del rifiuto era la “paura dell'anestesia” poichè una sorella della moglie era morta recentemente nel corso di un intervento chirurgico.
La caposala ottenne dalla paziente il consenso all’ esame elettrocardiografico, e il cardiologo rassicurò l’anziana delle discrete condizioni del suo cuore.
La paziente accettò di sottoporsi all’intervento.

Esaminare con attenzione la situazione clinica per appurare elementi eticamente rilevanti

1.La situazione clinica è descritta precedentemente.

2.Valutare i principi etici coinvolti.
E’ questo l’approfondimento del *significato antropologico* del caso clinico; i principi etici vanno analizzati in relazione all’integrità ed alla dignità della persona umana.
Principi etici riguardanti il *primo caso clinico.*

[73] Testo del Protocollo: cfr.: *Dizionario di bioetica,* op. cit., pp. 780-782.
[74] Il caso è preso dal testo: *L’etica al letto del malato,* op. cit., pp. 58-64.

- *Il principio di fedeltà (e il segreto professionale)* che proibisce al medico di comunicare a terzi le condizioni psico-fisiche del paziente senza il suo consenso.
- *Il principio di autonomia* essendo il soggetto responsabile del proprio futuro; comunicare la sieropositività avrebbe potuto danneggiarlo. Ma, contemporaneamente, il medico non può assumere un comportamento che non condivide.
- *Il principio di beneficenza:* il malato perdendo la fiducia nel suo medico potrebbe in futuro ritrovarsi solo ed abbandonato.
- *Il principio di socialità* che impone di tutelare "un innocente" da un eventuale rischio di contagio. Qui, per innocente, ci riferiamo alla famiglia del malato.

Principi etici riguardanti il *secondo caso clinico.*
- *Il principio di autonomia* che offre all'anziana paziente, mentalmente lucida, la libertà di accettare o di rifiutare l'intervento chirurgico.
- *Il principio di beneficenza* che impone al chirurgo e alla caposala di agire per il "massimo bene della paziente". L'intervento chirurgico, urgente, era l'unica possibilità per salvarle la vita.

3.Identificare le azioni alternative evidenziando benefici e danni per il paziente.

Nel *primo caso clinico* la problematica etica riguardava *l'informazione*.

Il medico doveva informare il coniuge, provocando ipotetici danni al paziente, oppure accogliere le richieste del malato, mettendo a rischio la salute della donna?

Due le possibili soluzioni: la comunicazione fatta direttamente dal malato convinto dal medico, oppure l' intervento diretto del sanitario.

P. Cattorini, ad esempio, sostiene la possibilità di informare la partner a determinate condizioni.

"1.Limitazione della rivelazione alla persona del coniuge convivente, ove il medico può avere una ragionevole certezza che l'infetto stia praticando o possa praticare comportamenti rischiosi per un altro soggetto inconsapevole.

2.Preliminare espletamento di ogni tentativo di convincere il coniuge ammalato a rivelare lui stesso l'informazione, ricordandogli le sue responsabilità anche giuridiche ma soprattutto etiche, in caso di contagio, oppure autorizzare il medico a rivelare l'informazione.

3.Seria ponderazione dei valori in gioco da parte del medico onde evitare un uso imprudente delle informazioni ricevute, sottolineando l'eccezionalità della rivelazione.

4.Adozione di vie informative graduali, procedendo con tempestività e buon senso, ricercando la strategia di volta in volta più idonea.

5.Adozione di misure di comunicazione le più discrete possibili, comunicando solo quanto è strettamente necessario.

6.Impegno del sanitario a fornire un aiuto-assistenza anche sul piano psicologico alla persona che ha informato. Saranno, infatti, necessarie modificazioni comportamentarie che il medico deve saper consigliare, seguire nel tempo e sostenere"[75].

[75]P. CATTORINI, *Diagnosi di AIDS e dovere di segretezza. Riflessioni etiche,* in AA. VV., *AIDS e segretezza professionale,* Quaderno del Centro Internazionale Studi e Ricerche sui problemi etici, giuridici e medico-

Per quanto riguarda *il secondo caso clinico,* il primario e la caposala, potevano scegliere in base a tre opzioni:
-accettare l'autonoma della paziente che chiedeva di essere dimessa;
-ignorare la volontà della malata procedendo all'intervento;
-indagare i motivi del rifiuto della paziente modificando eventuali sue opinioni errate.

4.Scegliere il piano di azione.

Per quanto riguarda *il primo caso clinico*, pur non sapendo come si è concluso, riteniamo che il medico, di fronte al rifiuto del paziente di informare della sua patologia il coniuge, sia intervenuto con la dovuta cautela comunicando alla donna la patologia del partner.

Per quanto riguarda *il secondo caso clinico,* la caposala indagando sul motivo del rifiuto, e servendosi del parere del cardiologo, convinse la paziente all'intervento essendo il rischio operatorio minimo.

5.Esaminare i risultati.

Risolto un caso clinico, è opportuna la valutazione dell'azione condotta, prevedendo strategie migliorative da utilizzare in futuro di fronte allo stesso dilemma etico.

Quello proposto, è uno schema operativo che offre delle indicazioni per evitare decisioni errate o dannose poichè un'azione può prevedere più sbocchi. Ma i casi clinici esaminati hanno una valenza unicamente metodologica entrando in gioco, in ogni situazione, varie possibilità ed importanti variabili, per questo è impossibile stilare un "prontuario operativo" da consultare ed utilizzare nelle varie circostanze; è importante, invece, sapere "perché" e "come" comportarsi in una determinata situazione.

2.4.MODELLI DI RIFERIMENTO DEL CONTESTO SOCIETARIO

Negli ultimi decenni abbiamo assistito alla crisi delle evidenze etiche comuni, vale a dire al venir meno dei principi e dei valori che avevano caratterizzato alcune epoche.

Oggi, nel contesto societario plurale, sono presenti alcuni *modelli etici* che si differenziano nel valutare il *valore, la dignità e il significato della vita umana*.
Quattro sono i modelli principali.

2.4.1.MODELLO SOGGETTIVISTA O LIBERALISTA

La visione soggettivista, riferimento di varie correnti filosofiche tra cui il liberalismo etico di K. Popper, P.R. Nozick e R. Dworkin, l'emotivismo morale di A.J. Ayer e K. Stevenson[76], l'esistenzialismo nichilista di J.P. Sartre e il libertarismo di H. Marcuse, *esaspera il principio di autonomia* esaltando *la libertà individuale* intesa come valore unico e assoluto, svincolata dalla legge naturale

legali relativi all'AIDS, Liviana, Padova 1989, pg. 69.
[76] L'emotivismo morale che ha le sue radici nel pensiero di *D. Hume* ritiene che le norme morali derivano dalle emozioni soggettive.

e da ogni normativa etico-morale considerate oppressive e repressive.

Il modello propone legittimo *ciò che è liberamente accettato, voluto e compiuto!*

Illuminante è il pensiero di Sartre: "Per la realtà umana essere vuol dire scegliersi: niente viene dal di fuori, né tanto meno dal di dentro, che essa possa ricevere o accettare. La realtà umana non può ricevere i suoi fini né dal di fuori né da pretesa natura interna. Essa li sceglie e basta; e con questa conferisce loro un'esistenza trascendente"[77]. Dunque, per Sartre, l'uomo esercita una libertà che si concretizza unicamente nel suo atto di scelta senza nessun retroterra metafisico. Ma la decantazione della libertà individuale, staccata dal fondamento metafisico, o si autodistrugge o si trasforma in strumento di lotta in cui potrebbe prevalere "la legge del più forte" come insegnava anche F. Nietzsche che riteneva l'io soggettivo unicamente "una favola, una finzione, un gioco di parole"[78].

Dunque, il modello soggettivista, che sostanzialmente consiste in uno spontaneismo etico e morale, concepisce *la libertà come totale affermazione di sé,* ed esalta il diritto dell'uomo a non essere ostacolato nelle proprie azioni e nella realizzazione dei propri desideri, separando la libertà dal suo costitutivo legame con *la verità* e con *la responsabilità*.

Ma *la libertà privata della responsabilità* è dimezzata, distruttrice di se stessa e disgregatrice della convivenza sociale poichè, esaltando i diritti soggettivi, dimentica i doveri dell' *io personale* verso il *tu comunitario*.

Alle varie carenze di questa visione, si aggiunge anche l'assenza dei *doveri nei confronti della società*, ritenuti anch'essi un limite alla libertà personale.

In un testo di *T. De Quincey*, che narra gli ultimi giorni della vita di I. Kant, si legge che il vecchio filosofo ricevette il suo medico accompagnato da un'altra persona. Questi vorrebbero che il traballante Immanuel si sedesse, ma lui rimase in piedi finché non si furono accomodati i suoi ospiti. Interrogato sul suo comportamento, Kant rispose: "Dio non voglia che io cada così in basso da dimenticare i doveri verso l'umanità"[79].

Rammentava il filosofo J. F. Malherbe*,* riferendosi all'esercizio della libertà come autonomia, che "il paradosso dell'autonomia è che l'autonomia non è niente, se non è reciproca. In altre parole, non c'è autonomia possibile al di fuori di un contratto sociale che ne garantisca l'esercizio. Da solo, infatti, non potrei garantirmi nessun diritto"[80].

Il problema centrale, dunque, non è l'affermazione o la negazione della libertà, quanto il *bene etico* che orienta la libertà nei confronti della dimensione umana globale. Non si nota, ad esempio, che il *diritto* al rispetto della vita precede quello della libertà, non potendo dimenticare che per "essere liberi" è indispensabile "essere vivi"; dunque, *la vita, precede la libertà*!

Per questo, l'autentica libertà, è imprescindibilmente accompagnata dalla *verità* nei riguardi del valore della vita umana e dalla *responsabilità* verso se stessi e gli altri.

---

[77] J. P. SARTRE, *L'essere e il nulla,* Il Saggiatore, Milano 1975, pg. 535.
[78] F. NIETZSCHE, *Crepuscolo degli idoli,* Mondatori, Milano 1975, pg. 72.
[79] T. DE QUINCEY, *Gli ultimi giorni di Immanuel Kant,* Adelphi, Milano 1983, pg. 69.
[80] J. F. MALHERBE, *I Comitati di etica in ospedale: un luogo di sviluppo dell'autonomia,* in AA VV, *I Comitati di etica in ospedale,* Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1988, pg. 44.

Questo modello ideologico riduttivo che solleva vari interrogativi nella pratica clinica, oggi risulta assai affascinante e talora anche prevalente. Applicato alla bioetica, può significare che quando la vita fragile o bisognosa di cura, turba i propri equilibri, la soppressione è stimata legittima ed anche "una scelta di libertà".

2.4.2.MODELLO SOCIOLOGICO-UTILITARISTA

Il modello, che trova le sue radici nel *principio di utilità* proposto da J. Bentham, e sostenuto da H. Kuhse, J. Rachels, J .S. Mill, M. Tooley e P. Singer, *fa equivalere il bene all'utile*, giudicando l'azione esclusivamente sulla base delle conseguenze prodotte. Bentham, riferendosi agli "stati mentali", aggiunge inoltre che le conseguenze generate da un'azione devono coincidere con il *piacere,* per questo affermava che "la virtù è ciò che massimizza i piaceri e minimizza i dolori"[81].

Quindi, la persona, sembra caratterizzata, non dall' esercizio della razionalità ma dalla ricerca del piacere e dal soddisfacimento dei propri desideri e interessi.

Il modello, rispetto al precedente, compie il passaggio *dall'individualismo al soggettivismo della maggioranza.*

Utilizza come criterio valoriale e di giudizio la cultura di un popolo o di un'epoca, determinando il valore della singola azione prevalentemente sulla base del *rapporto costo-beneficio,* oppure dal vantaggio derivante al maggior numero di individui. Ciò, potrebbe comportare anche il sacrificio "del bene del singolo" a favore di quello della collettività.

Da questo modello, sorge ad esempio, il concetto di "qualità della vita" dal quale i Paesi Anglosassoni hanno elaborato "l'Analisi Costi/Benefici" (ACB) e la "Quality-Adjusted Life Years" (QALY) per assegnare le risorse in ambito sanitario e definire gli interventi diagnostici e terapeutici da attuarsi e coloro che hanno diritto.

Immediatamente, si avverte *la pericolosità sociale* del sistema, influenzabile dal potere economico e dalle pressioni dei mass-media, come pure "il rischio" per il futuro del sofferente se il rapporto costi-benefici fosse l' elemento di valutazione nel settore socio-assistenziale o costituisse la base del concetto di "qualità della vita". Molti, potrebbero essere privati di assistenza e quindi avviati alla morte, essendo ritenuti "troppo onerosi" per la società.

Le esperienze dell'anziano non autosufficiente, del demente, del malato terminale o in stato vegetativo permanente sarebbero considerate "inaccettabili" per i costi sociali e perché il soggetto è incapace di "soddisfare il piacere".

Quale risposta al principio machiavellico del "fine che giustifica i mezzi", il modello trova terreno favorevole nelle culture di relativismo morale, di utilitarismo e di edonismo, rinnegando totalmente il significato e il valore della sofferenza. E' il prevalere delle sensazioni rispetto alla ragione.

L'utilitarismo, può manifestarsi a volte anche nella ricerca bio-medica, mascherato dalla nozione di "beneficio sociale". Ad esempio, L. Eisenberg, affermava che "promuovere l'eccellenza della ricerca medica è nel pubblico

[81] J. BENTHAM, *Deontologia e scienza della moralità,* pubblicato postumo nel 1834.

interesse"[82], e fin qui siamo tutti d'accordo. E' il seguito che lascia perplessi: "il guadagno in termini di sicurezza pubblica derivante dalla pratica sperimentale supererebbe di gran lunga qualsiasi possibile guadagno derivante da un più restrittivo approccio alla ricerca medica"[83].
In altri termini, "i danni" arrecati alla società dal "rallentamento della ricerca" causati anche dalla verifica degli aspetti etici e di sicurezza sono molto maggiori dei possibili inconvenienti ai soggetti coinvolti negli studi clinici. In questa prospettiva, ogni sperimentazione sull'uomo, è giustificata dai benefici che potrebbe garantire alla società di oggi e di domani.
La *Dichiarazione di Helsinki* non è di questo parere: "nella ricerca sull'uomo, l'interesse della scienza e della società non devono mai avere la priorità sulle considerazioni relative al benessere del soggetto"[84].
Sollecitate da questa visione, varie industrie farmaceutiche stanno trasferendo parte dell'attività sperimentale nei Paesi dell'Est Europa o del Terzo Mondo, dove i parametri di sicurezza e di tutela del paziente sono meno restrittivi che nei Paesi Europei e del nord America.

2.4.3.MODELLO SCIENTISTA-TECNOLOGICO

Derivante dalla teoria evoluzionista di C. Darwin, dal sociologismo di M. Weber e dal sociobiologismo di H.J. Heisenk e E.O. Wilson, lo scientismo è il modello societario della "manipolabilità dell'uomo" mediante l' equazione tra *possibilità tecnica e liceità morale.* All'interrogativo: "*Ciò che è tecnicamente attuabile è anche moralmente lecito*?", il modello risponde affermativamente, essendo quella scientifica l'unica verità verificabile e dimostrabile empiricamente mentre l'etica, come pure il diritto, sono unicamente espressioni culturali modificabili nelle varie epoche[85].

Partendo dal presupposto che tutto è in divenire, lo scientismo definisce positivo e buono ciò che è "tecnicamente fattibile"; perciò, di fronte all'evoluzione scientifica, biologica e sociologica, i valori si devono adeguare senza porre limite alla ricerca e alla scienza.

In questo modello *si sostituisce la verità con l'attualità*, sostenendo che la normativa è determinata dalla *cultura relativa e mutevole, non essendoci principi etici e morali assoluti e valevoli per sempre.* Ciò che è buono e vero in un periodo storico, può non esserlo in un' altro!

Le radici filosofiche dello scientismo le rintracciamo sia nel *positivismo* che nel *neo-positivismo* che valutano irrilevanti le affermazioni di carattere metafisico; quindi anche la nozione metafisica di "essere" va abbandonata, lasciando spazio alla semplice attualità. Inoltre, vari elementi della *teoria del modernismo,* ritengono le posizioni etiche del passato superate e prive di significato.

Lo scientismo, limitando il significato della morale e dell' etica a fattori

[82] L. EISENBERG, *The social imperatives of medical research,* Science 198 (1977) 516.
[83] *The social imperatives of medical research,* op. cit., pp. 516-517.
[84] ASSOCIAZIONE MEDICA MONDIALE, *Raccomandazione a guida dei medici nella ricerca clinica*, IV° revisione (Somerset West 1996), art III,4.
[85] Ad esempio, il biologo francese *J.L. Monod,* premio Nobel per la Medicina nel 1965, affermava che l'unica conoscenza vera ed oggettiva è quella scientifica; di conseguenza ha il diritto di ignorare i cosiddetti valori morali (Cfr.: J.L. MONOD, *Per un' etica della conoscenza*, Bollati Boringhieri, Torino 1990).

puramente emotivi spesso tradotti col "pietismo", si sottrae alle fondamentali questioni metafisiche e metaetiche scordando che la nascita e la morte, il dolore e la sofferenza, sono eventi che accompagnano l'uomo di tutti i tempi nelle sue stagioni evolutive.

Comprendiamo la pericolosità dell'impostazione costatando l' enfasi delle società attuali nei riguardi della salute e delle immense possibilità prodotte dalle scoperte scientifiche e dalle loro applicazioni sulla vita, riconoscendo, inoltre, le difficoltà nel superare le tentazioni d'intervenire nel "gioco del caso", imponendo regole non sempre dettate dalle migliori intenzioni, dove il coinvolgimento degli esseri umani è ritenuto semplicemente un "passo necessario".

Non possiamo scordarci che accanto a scienziati guidati nella ricerca dai valori e dall'interesse per il bene comune, ne troviamo altri, anche accreditati, che realizzano il loro desiderio d'onnipotenza sulle angosce, sulle sofferenze e sulle speranze di molti malati.

Il *primato della conoscenza* e *l'imperativo del progresso*, e di conseguenza, l'applicazione del sapere scientifico e tecnologico, sono le colonne portanti di questo modello che si esprime in un contesto di *value free.*

Come conclusione è interessante questa considerazione del cardinale D. Tettamanzi: "Mai come in questi anni la tensione tra etica e scienza/tecnica si è data tanto acuta, poiché mai nei secoli passati la scienza e la tecnica hanno visto crescere la loro capacità e ampliarvi i loro confini nella misura presente. Il conflitto, tuttavia, nasce da un errato modo di concepire il rapporto tra l'etica e la scienza come se fossero estrinseche l'una all'altra, al punto che lo scienziato vede nel moralista una sorta di nemico che vorrebbe tenere in soggezione la sua attività e limitarne la libertà di ricerca o di sperimentazione o di applicazione. Il rapporto è intrinseco, nel senso che la dimensione etica è interna alla scienza e alla tecnica, al punto che è proprio la dimensione etica a preservare l'una e l'altra dalla loro stessa corruzione"[86].

2.4.4.MODELLO PERSONALISTA

La "centralità dell'uomo" *come valore assoluto, e di conseguenza, "*l'approccio integrale" *alla persona* sono le basi della corrente di pensiero denominata *personalismo.*

Tutti i filosofi personalisti concordano che *l'uomo* è il *centro del creato* e il *soggetto primario dell'universo*, ma le visioni si diversificano approfondendo il concetto.

Tre i filoni principali:

- il *Personalismo Relazionale-Comunicativo* di M. Buber, J. Habermas e A. Levinas evidenzia il valore della soggettività e della relazione intersoggettiva, oltre che l'apertura dell'io al mondo delle relazioni.
- il *Personalismo Ermeneutico* di H.G. Gadamer e P. Ricoeur sottolinea l'importante ruolo della coscienza soggettiva nella interpretazione della realtà.

[86] D. TETTAMANZI, *L'intrinseca dimensione etica della scienza e della tecnica,* AA. VV, *Etica e società contemporanea,* Atti del III Congresso Internazionale della S.I.T.A. (Società Internazionale Tommaso d'Aquino), a cura di), Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano 1992, Tomo I, pg. 231.

- il *Personalismo Ontologico* di E. Mounier, di J. Maritain e A Rosmini che pone l'accento sulla "centralità della vita umana", si richiama al finalismo ontologico di Aristotele e di san Tommaso. Secondo V. Possenti, il personalismo ontologico, "mirando a conquistare il punto di vista più plenario sulla persona, include almeno virtualmente il positivo delle altre forme di personalismo"[87].

"Il personalismo - scrive Mounier - è uno sforzo integrale per comprendere e per superare la crisi dell'uomo nella sua totalità"[88]. "Uomo", inteso come " tensione fra le sue tre dimensioni: quella che sale dal basso e l'incarna in un corpo; quella che è diretta verso l'alto e la solleva ad un universale; quella che è diretta verso il largo e la porta verso una comunione. Vocazione, incarnazione, comunione sono le tre dimensioni della persona"[89]. Quello di Mounier è anche un *personalismo comunitario*; nel suo pensiero la persona non è un'entità giuridica da difendere nei confronti della collettività, ma un soggetto impegnato fin dalla nascita in una comunità.

Per questo, sottolineava l'apertura dell'uomo alla trascendenza, partendo dal suo legame essenziale con l'universo.

E' interessante notare che Mounier, non solo era un uomo "di pensiero", ma concretizzava nella quotidianità quello che affermava. Tra i molti episodi della sua vita, ricordiamo che alle cene organizzate per i colleghi, i più accreditati filosofi e accademici di Francia, metteva a capo tavola la figlia Francoise affetta da meningite.

Il concetto di personalismo fu approfondito pure da Maritain in *Umanesimo integrale*: "Serve uno Stato nel quale il profano e il temporale abbiano pienamente il loro compito e la loro dignità di fine e di agente prioritario, ma non di fine ultimo e di agente principale"[90].

Ed ampliando il discorso, Maritain, ammoniva: "Di fatto, l'uso dei mezzi tecnici non può essere realmente vantaggioso, né quello delle scienze pratiche ben diretto, senza il possesso di lumi generali sulla natura e sull'uomo. La medicina, l'igiene pubblica, la psichiatria, sono estrinseche – il diritto, la sociologia, le scienze economiche e politiche, la pedagogia, sono intrinsecamente – subordinate alla morale e al diritto naturale, e la verità stessa di ogni conoscenza che concerne la condotta umana implica un retto giudizio sui fini della vita umana, vale a dire una vera conoscenza della filosofia morale e politica che, a sua volta, presuppone la metafisica"[91].

In altre parole, per Maritain, era fondamentale che i valori morali, etici e religiosi reggessero lo Stato e i principali settori societari. Assenti questi, i deboli e i fragili, rischiano, come avviene anche oggi in alcune situazioni, di essere oggetto di sopruso o di violenza. Maritain, con questa affermazione, ci interroga su una problematica attuale: *il reale rispetto dei diritti umani,* in particolare quelli riguardanti la vita umana, fondanti per ogni civiltà.

E' un'affermazione "provocatoria", avendo l'impressione che oggi sono scomparsi

[87] htpp://www.portaledibioetica.it/documenti/000576/000576.htm
[88] E. MOUNIER, *Il Rinascimento,* Esprit 1 (1932) 12.
[89] E. MOUNIER, *Le personnalisme,* Presses Universitaires de France, Paris 1950, pg. 53.
[90] J. MARITAIN, *Umanesimo integrale,* Borla, Torino 2002, pg. 40.
[91] J. MARITAIN, *L'educazione al bivio,* La Scuola, Brescia 1963, pg. 114.

non unicamente i valori religiosi, omessi dalla Carta Costituzionale dell'Unione Europea, ma anche gli aspetti irrinunciabili della legge morale naturale e dell'etica.

Ad esempio, nelle discussioni sulla "vita non nata" o quella giunta "al termine", si è eclissato *l'imperativo categorico* di E. Kant, che obbligava il trattamento dell'essere umano sempre come "fine" e mai come "mezzo"[92].

E così, tra i molti, *H.T. Engelhardt* può affermare che "non tutti gli esseri umani sono persone. I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non persone umane. Tali entità sono unicamente membri della specie umana. Non hanno status, in sé e per sé, nella comunità morale. Non sono partecipanti primari all'impresa morale. Solo le persone umane hanno questo status"[93].

Per il modello personalista ontologico *la dignità* è il fattore costitutivo della persona, perciò un valore da rispettare pienamente in tutte le fasi dell'esistenza; dal concepimento alla morte naturale.

La dignità umana è il valore universale e il legame che unisce tutti gli esseri umani. Tommaso d'Aquino sosteneva che la persona umana rappresenta "l'essere più perfetto della natura"[94]; perciò, ledendola, si infligge una ferita alla società nelle sue radici e nel suo vertice.

La società ha origine dall'uomo ed è al suo servizio; di conseguenza, *la difesa del valore primario e inalienabile dell'individuo è il presupposto di ogni autentico progresso*.

E' *il bene della persona* nella sua unitotalità che costituisce, per questo modello, il criterio di giudizio, di decisione e di azione.

Alfredo Anzani indica come "concretizzare" il modello:

"L'uomo come persona è il criterio fondamentale di eticità.

1.Dire che l'uomo è persona significa esplicitare la realtà più profonda e più caratteristica che lo contraddistingue, quella che sta alla sua radice e che gli conferisce la propria originalità.

2.Dire che l'uomo è persona significa riconoscere che l'uomo va considerato nella sua 'totalità unificata' configurandolo come essere inscindibilmente corporeo-psichico- spirituale.

3.Dire che l'uomo è persona significa riconoscere l'uomo come realtà sociale. L'uomo- persona è un essere in dialogo e in comunione con i suoi simili: è un 'io' aperto al 'tu' e quindi ordinato al 'noi'.

4. Dire che l'uomo è persona significa considerare l'uomo come realtà giuridica. Ogni uomo ha diritti insopprimibili, derivanti non da un riconoscimento di un'autorità esterna ma innati all'uomo stesso ed universali, propri d'ogni uomo, senza emarginazione alcuna.

5. *Dire che l'uomo è persona* significa accettare l'uomo come realtà etica e realtà religiosa"[95].

---

[92] Cfr. E. CASSIRER, *Kants Leben und Lehre*, 1921, Trad. it. di G. A. De Toni, *Vita e dottrina di Kant*, La Nuova Italia, Firenze 1977.

[93] H.T. ENGELHARDT, *The foudations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986, tr. It. *Manuale di Bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1991, pg. 126.

[94] *Summa Theologiae*, op. cit., I, q.29, a, 3g.

[95] A. ANZANI, *"Il compito formativo dei Comitati etici e la formazione dei suoi componenti"*, Intervento al

Dunque, il personalismo ontologico, riconosce nell'uomo come ricordava S. Boezio, una "*rationalis naturae individua substantia*"[96], che esige massima attenzione e grande rispetto.

2.5.LA FORMAZIONE IN BIOETICA

Già nel 1991, il Comitato Nazionale per la Bioetica, evidenziava la "crescente richiesta di informazione-formazione in tema di etica pubblica, data anche l'urgenza dei problemi etici connessi con l'applicazione sempre più vasta di nuove tecniche nell'ambito sanitario, cui corrispondono le esigenze di un'effettiva comprensione dei problemi umani legati alle malattie e alla sofferenza"[97].

E' questo un tema rilevante per la sanità e la società che non possiamo ignorare, anche se risulta complesso sia a livello "di fatto" che di "principio.

A livello "di fatto" essendo la bioetica una disciplina giovane.

A livello di "principio" per l'attuale pluralità di visioni etico-antropologiche che faticano a determinare riferimenti condivisi.

Quattro sono i target a cui dovrebbe rivolgersi la formazione bioetica: operatori sanitari ed amministrativi, società civile, sperimentatori e ricercatori, componenti dei Comitati Etici.

- Per quanto riguarda gli *operatori sanitari ed amministrativi*, cioè chi opera in sanità, la formazione bioetica comporta la promozione di dibattiti, di seminari e di corsi di aggiornamento sulle tematiche assistenziali, dell'umanizzazione e della bioetica stessa con la finalità di *maturare "la coscienza etica" in chi opera in sanità,* supplendo le lacune della formazione universitaria e post-universitaria che riserva spazio inadeguato alle discipline etico-umanistiche. Ed affermando, "chi opera in sanità", sottolineiamo che l'attenzione formativa va rivolta a medici ed infermieri, ma anche agli operatori sanitari ausiliari e a chi svolge mansioni organizzative ed amministrative, come ricordato dal "Parere" del Comitato Nazionale per la Bioetica. "Il problema della formazione nel sistema sanitario non può essere ridotta alla pur rilevatissima e preminente dimensione della formazione del personale sanitario"[98]. Unicamente un'adeguata formazione nelle discipline umanistiche, è il presupposto e la garanzia per un corretto esercizio professionale e la base indispensabile al successivo approfondimento scientifico e culturale di temi specifici.

Quali metodologie per la formazione in bioetica?

Il citato "Parere" del Comitato Nazionale per la Bioetica ed insigni studiosi indicano tre passaggi: il s*apere* (piano teorico-cognitivo), il *saper fare* e il *saper essere* (piano pratico-applicativo). Ciò significa che l'etica e la bioetica, e più in generale le cosiddette Scienze umane, richiedono nell'insegnamento di oltrepassare la semplice trasmissione di nozioni teoriche per educare alla solidarietà verso i malati e alla responsabilità etico-sociale nell'azione terapeutica. L'educazione etica propone valori e principi da interiorizzare, creando nei discenti

---

"*1° Corso interdisciplinare di aggiornamento per i membri dei Comitati etici*" organizzato dall'Associazione Società Umanizzata di Milano, Sesto san Giovanni (Mi) 3 giugno 2009.

[96] L. M. BAIXAULI, *Boezio. La ragione teologica*, Jaca Book, Milano 1997, pg. 52.

[97] *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op.cit., pg. 3.

[98] *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op.cit., pg. 10.

l'esigenza di porsi l'interrogativo: "come mi devo comportare?"[99] "che cosa attende da me il malato?".
E' questa la proposta di alcune visioni culturali; l' "etica della cura"[100] e l' "etica delle virtù"[101] che oltrepassano l'apprendimento per giungere ad un adesione personale e comportamentale.
Importante è anche "il metodo". Sono indispensabili ma insufficienti le lezioni teoriche; tempo e spazio devono essere riservati pure alla discussione dei casi clinici, ai lavori di gruppo e alle simulazioni.
E' essenziale, infine, "la scelta dei docenti" che dovranno possedere abilità non unicamente teoriche e comunicative ma pure la capacità di saper trasmettere, mediante il loro stile di vita, il nesso di coerenza fra principi, valori e pratica clinica quotidiana.
-Il secondo target è la società civile che va raggiunta con eventi di formazione ed informazione, rivolti ai *cittadini,* attorno all'educazione alla cultura della vita e della salute per promuovere prevalentemente comportamenti volti alla prevenzione.
Ad esempio, nel 2001, il Comitato Nazionale per la Bioetica, mostrò la possibilità di svolgere nel territorio anche la formazione all' "interculturalità bioetica": "affinchè prendano forme diverse le interazioni tra il personale, gli immigrati e i cittadini. (…) Attraverso l'argomentazione e il confronto razionale, potranno essere affrontati e avviati a soluzione emergenze, dubbi, dispute e disagi"[102].
-Anche *scienziati* e *sperimentatori*, dovrebbero mostrare particolare attenzione alla formazione bioetica. Sono opportuni, quindi, eventi formativi specifici con la finalità di fornire conoscenze riguardo al percorso sperimentale, evidenziando compiti e responsabilità.
- Il quarto target della formazione riguarda l'aggiornamento dei *componenti dei Comitati Etici*[103]*.*
Per operare con competenza e professionalità ai membri di questo organismo necessitano conoscenze che oltrepassino la propria disciplina specifica, spaziando sui fondamenti etici e bioetici. Non tutti posseggono un' adeguata competenza etica, nonostante ognuno abbia una propria visione etica particolare nei riguardi della vita e della cura. La formazione fa cogliere le dimensioni etiche delle varie proposte sperimentali e configura un linguaggio comune che favorisce il confronto e un giudizio unanime.
La letteratura sull'argomento è pressochè inesistente, ma è interessante notare che nelle "*WHO Operational Guidelines*", la disponibilità ad aderire alla specifica formazione iniziale e a successivi aggiornamenti, è richiesta come condizione per

[99] "Il carattere applicativo tipico della bioetica esige che si vada al di là di un'astratta presentazione manualistica di teorie etiche e se ne mostri invece la rilevanza attuale in ordine alla soluzione di problemi specifici" (*Bioetica e formazione nel sistema sanitario,* op. cit., pg. 23).
[100] Cfr.: A.L. CARSE, *The "voice of care": implications for bioethical education,* The Journal of Medicine and Philosophy 16 (1991) 5-28; W.T. REICH, *Il nuovo paradigma bioetico basato sull'esperienza,* in *Vent'anni di bioetica,* op.cit., pp. 169-190.
[101] Cfr.: T.D. EISELE, *Must virtue be taught?,* Journal of Legal Education 37 (1989) 495-508; E. PELLEGRINO – D. THOMASMA, *Per il bene del paziente,* Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1992; E.E. SHELP, *Virtue and medicine,* Reidel, Boston 1985.
[102] Cfr.: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Bioetica interculturale,* Roma 2001, pg. 18.
[103] L'argomento della sperimentazione e dei Comitati Etici sarà trattato nel capitolo 16 di questo Manuale.

essere nominato componente di un Comitato etico [104]/[105].

3.Altre definizioni

3.1.LA LEGGE MORALE NATURALE

Diverse e molteplici sono le leggi che si riferiscono alla vita dell'uomo; tra queste troviamo " la legge morale naturale" che indica le modalità per agire in conformità alla natura di uomo e di unità che porta in sé tutta la ricchezza dinamica delle sue componenti. San Tommaso d'Aquino l'ha così definita: "Partecipatio legis aeternae in razionali creatura"[106].

Afferma il "Catechismo della Chiesa Cattolica": "La legge naturale esprime il senso morale originale che permette all'uomo di discernere, per mezzo della ragione, quello che sono il bene e il male, la verità e la menzogna"[107]. Perciò, "questa legge è chiamata naturale non in rapporto alla natura degli esseri irrazionali, ma perché la ragione che la promulga è propria della natura umana"[108]. Ammonì san Giovanni Paolo II nell'enciclica "Veritatis splendor" che la legge morale naturale è "inscritta" nel cuore di ogni persona, è fondata sulla bontà umana e proibisce "atti intrinsecamente malvagi"[109]. Affermava J. Maritain che è una sorte di spartiacque "tra ciò che è conforme e ciò che non è conforme ai fini dell'essenza umana"[110].

Di conseguenza, in quanto iscritta nella natura razionale della persona, si impone ad ogni uomo, è universale nei suoi precetti, la sua "autorità" si estende a tutti[111] costituendo anche "il fondamento necessario alla legge civile"[112].

Tutto ciò fu riassunto da Papa Benedetto XVI il 5 ottobre 2007 nel discorso ai componenti della "Commissione Teologica Internazionale", affermando che "con questa dottrina si raggiungono due finalità essenziali: da una parte, si comprende che il contenuto etico della fede cristiana non costituisce un'imposizione dettata dall'esterno alla coscienza dell'uomo, ma una norma che ha il suo fondamento nella stessa natura umana; dall'altra, partendo dalla legge naturale di per sé accessibile ad ogni creatura razionale, si pone con essa la base per entrare in dialogo con tutti gli uomini di buona volontà e, più in generale, con la società

[104]Cfr.: EUROPEAN FORUM FOR GOOD CLINICAL PRACTICE, *Guidelines and Recommendations for European Ethics Committees*, Revised edition 1997, 4.7.

[105] Si rimanda per l'approfondimento dell'argomento formazione a: P. CATTORINI, *Insegnare bioetica*, Kos 53 (1990) 50-53; F. D'AGOSTINO, *Bioetica nella prospettiva della filosofia del diritto*, Giappichelli, Torino 1996; L.B. MCCULLOUGH – A. R. JONSEN (a cura di), *Bioethics education: diversity and critique*, Journal of Medicine and Philosophy (fascicolo monografico) 16/1 (1991) 1-130; V. MELE – L. PALAZZANI, *Metodologia didattica in bioetica. Riflessioni e proposte in margine al documento del Comitato Nazionale per la Bioetica*, Medicina e Morale 3 (1992) 447-468; W.T. REICH, voce "*Bioethics education*" in *Enciclopedia of Bioethics*, op. cit., pp. 256-265; E. SGRECCIA, *Problemi dell'insegnamento della bioetica*, Giornale Italiano per la Formazione Permanente del Medico 2 (1987) 104-117.

[106] TOMMASO D'AQUINO, *Summa Theologiae*, I-II, q.91, a.2.

[107] CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 1954.

[108] CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 1955

[109] Cfr.: GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis splendor*, n. 81.

[110] J. MARITAIN, *Nove lezioni sulla legge naturale*, Jaka Book, Milano 1985, pg. 46.

[111] Cfr.: *Veritatis spendor*, op. cit., n. 53.

[112] CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 1959.

civile e secolare"[113].

La legge morale naturale ha due caratteristiche: la teonomia e l'autonomia.

- La *teonomia* che evidenzia come l'uomo non è l'ideatore di questa legge ma la scopre iscritta nel suo cuore nel momento della nascita essendo Dio l'autore. "Nell'intimo della coscienza l'uomo scopre una legge che non è lui a darsi, ma alla quale invece deve obbedire e la cui voce, lo chiama sempre ad amare, a fare il bene e a fuggire il male e, quando occorre, chiaramente dice alle orecchie del cuore: fa' questo, fuggi quest'altro. L'uomo ha in realtà una legge scritta da Dio dentro il suo cuore"[114].

- L'*autonomia*, cioè il doversi proporre all'uomo che ha come caratteristica "la libertà" non assoluta ma intimamente congiunta alle regole della propria umanità. Dunque, la legge morale naturale, non è un'obbligazione coercitiva della libertà.

Nel contesto cristiano, queste due caratteristiche, non possono prescindere da Dio e dalla concezione di uomo aperto all'Assoluto che trova nel suo Creatore il termine ultimo di riferimento.

La legge morale naturale, secondo san Giovanni Paolo II, è anche una "vocazione dell'uomo". Concetto espresso nell'Enciclica "Veritatis splendor", quando il Papa, riferendosi al numero 33 della Costituzione Pastorale "Gaudium et spes" del Concilio Vaticano II, afferma che da un lato la ragione umana ha un ruolo attivo nel "rinvenimento e nell'applicazione della legge morale poichè la vita morale esige la creatività e l'ingegnosità proprie della persona, sorgente e causa dei suoi atti deliberati"[115], e dall'altro la ragione trae la sua verità e la sua autorità "dalla legge eterna, che non è altro che la sapienza divina"[116].

Più semplicemente *possiamo definire la legge morale naturale come il discernimento tra il bene e il male, e quell'inclinazione a operare rettamente ripudiando il negativo presente nella natura dell'uomo; tutto ciò è partecipazione dell'uomo alla legge eterna di Dio.* Di più: "La legge naturale, è in primo luogo la capacità dell'uomo di riflettere sul proprio fine, sulla propria vocazione, sul significato della propria esistenza, e così stabilire quei criteri valutativi e quelle considerazioni di fatto, in base ai quali scoprire la norma per la situazione concreta"[117].

La legge morale naturale si interseca anche con quelle civili che obbligano la persona a determinate azioni ed atteggiamenti in quanto membro della società nei confronti della quale detiene, nello stesso tempo, diritti e doveri.

"Ma proprio a motivo dell'influsso di fattori di ordine culturale e ideologico – ricordava Benedetto XVI - la società civile e secolare oggi si trova in una situazione di smarrimento e di confusione: si è perduta l'evidenza originaria dei fondamenti dell'essere umano e del suo agire etico, e la dottrina della legge morale naturale si scontra con altre concezioni che ne sono la diretta negazione. Tutto ciò ha enormi e gravi conseguenze nell'ordine civile e sociale. Presso non pochi pensatori sembra oggi dominare una concezione positivista del diritto. Secondo costoro, l'umanità, o la società, o di fatto la maggioranza dei cittadini,

[113] BENEDETTO XVI, *Discorso ai Componenti della Commissione Teologica Internazionale*, 5 ottobre 2007.
[114] CONCILIO VATICANO SECONDO, Costituzione Pastorale *Gaudium et spes*, n. 16.
[115] *Veritatis splendor,* op. cit. n. 40.
[116] *Veritatis splendor,* op. cit. n. 40.
[117] E. CHIAVACCI, *Teologia morale I. Morale Generale,* Cittadella, Assisi 1983, pg. 164.

diventa la fonte ultima della legge civile. Il problema che si pone non è quindi la ricerca del bene, ma quella del potere, o piuttosto dell'equilibrio dei poteri.
Alla radice di questa tendenza vi è il relativismo etico, in cui alcuni vedono addirittura una delle condizioni principali della democrazia, perché il relativismo garantirebbe la tolleranza e il rispetto reciproco delle persone. Ma se fosse così, la maggioranza di un momento, diventerebbe l'ultima fonte del diritto.
La storia dimostra con grande chiarezza che le maggioranze possono sbagliare. La vera razionalità non è garantita dal consenso di un gran numero, ma solo dalla trasparenza della ragione umana alla Ragione creatrice e dall'ascolto comune di questa Fonte della nostra razionalità"[118].

Quindi, ricorda Benedetto XVI, oggi, molti a motivo della crisi della metafisica e della assolutizzazione del soggetto rifiutano la possibilità di fondare sulla "natura umana" regole universalmente valide o criteri etici e morali, ritenendo che unicamente la persona può determinare i comportamenti nei confronti della natura, e di conseguenza anche la possibilità di manipolazioni illimitate. E le conseguenze di queste posizioni, soprattutto nei riguardi della vita, sono note: dall'aborto all'eutanasia, all'uso puramente edonistico della sessualità.

La nostra disamina si complica dovendo riferirsi a molteplici visuali storiche e numerosi aspetti della vita della persona.
Per sinteticità ci limitiamo a sottolineare che la legge morale naturale evidenzia i diritti dell'uomo nell'ordine personale e sociale, mentre la legge civile ne garantisce l'attuazione. Di conseguenza, ogni persona, ha diritto al totale rispetto della sua unitotalità somatica-psichica e spirituale, della sua affettività famigliare, parentale e amicale, della sua capacità lavorativa e creativa, della sua vecchiaia e delle sue disposizioni ultime, quando è morente. "La legge naturale diventa così la vera garanzia offerta ad ognuno per vivere libero e rispettato nella sua dignità, e difeso da ogni manipolazione ideologica e da ogni arbitrio e sopruso del più forte"[119].
Ma tutto ciò che riguarda la legge morale naturale, spesso, è poco onorato dalle leggi civili, in primo luogo nelle argomentazioni bioetiche.

Strettamente congiunto alla legge morale naturale è il "dovere" e il "bene comune"; infatti il dovere morale e la volontà sono le fondamentali caratteristiche che rendono un atto umano.
Il "dovere" unisce la tensione tra ciò che sono e ciò che dovrei essere, mentre la "volontà" è il collante di questa. Ricordava il poeta Ovidio: "Video meliora proboque deteriora tamen sequor".

All'essenza della legge appartiene anche "la promulgatio", poichè una lex sconosciuta non è obbligante e vincolante. Dunque, l'uomo, apprende la "lex naturale" dalla ragione e la "lex civile" dalla sua promulgazione.

3.2.BIOTECNOLOGIE

Sulle biotecnologie, ogni giorno, ci poniamo alcuni interrogativi: a cosa servono? Sono dannose per l'uomo e per l'animale? Cosa sono gli OGM (Organismo Geneticamente Modificato)? Come sono coltivati? Contribuiranno a sconfiggere

[118] BENEDETTO XVI, *op. cit.*
[119] BENEDETTO XVI, *op. cit.*

la fame nel mondo?
Queste domande mostrano che le biotecnologie riguardano vari settori: dalla società alla salute, dall'ambiente all'economia, suscitando un ampio dibattito tra favorevoli e contrari.

La biotecnologia "*consiste nell'utilizzo di cellule o di enzimi di origine microbica, animale o vegetale, per ottenere la sintesi, la degradazione o la trasformazione di materie prime*"[120].

Dunque, le biotecnologie, sono le tecnologie che si avvalgono di organismi viventi, o parti di essi, per produrre beni o servizi per l'uomo. Esistono da sempre, ma solo negli ultimi decenni sono particolarmente visibili poiché posseggono la capacità di manipolare direttamente il patrimonio genetico.

Due tipologie: le tradizionali e le avanzate.

Le "*tradizionali*", rimandano alle tecniche utilizzate nell'antichità nell'elaborazione di bevande e di cibi fermentati, cioè gli alimenti con organismi fermentatori. Ad esempio, i Sumeri e i Babilonesi, realizzavano già nel 4000 a.C. il vino, la birra ed alcuni distillati, e gli Egizi lievitavano il pane nel 2000 a.C. Anche nel campo agricolo, le popolazioni antiche, selezionavano i semi delle piante o le specie di animali domestici più idonei alle loro esigenze.

Le "*avanzate*", sono quelle che applicando la biologia molecolare e le scoperte dell'ingegneria genetica, sfruttando la diffusione di tecniche basate sul Dna ricombinante e la fusione cellulare, selezionano nuovi organismi o producono prodotti inediti.

Prototipi di queste furono L. Pasteur (1822-1895) che identificò il vaccino per la rabbia e rivelò al mondo scientifico che le malattie sono causate da microrganismi a loro volta trasmissibili. A. Fleming (1881-1964) che a seguito dell'invenzione della Penicillina, inaugurò l'epoca degli antibiotici. F. Griffth (1879-1941) che nel 1928 da un esperimento, intuì che i batteri trasferivano informazioni genetiche mediante il processo di trasformazione. Tralasciando vari passaggi storico-scientifici giungiamo all'ingegneria genetica, a I. Wilmut, che clonò la pecora Dolly e a J. Watson il responsabile del "Progetto Genoma Umano". Una significativa svolta si ebbe aanche nel 2013 con l'invenzione del cosidetto "Crispr" (acronimo di clustered regularly interspaced short palindromic repeats). Questo sistema che prende in prestito una sorta di "forbice per il Dna" usata dai batteri, ha semplificato l'opera genetica paragonandola ad un copia e incolla, rendendo così le alterazioni genetiche degli animali trasmissibili da una generazione all'altra.

L'ampia diffusione dei processi biotecnologici originarono anche complessi quesiti etici.

Le biotecnologie coinvolgono prevalentemente i seguenti settori.

- "La medicina" nell'ambito degli anticorpi, delle cellule staminali, della terapia genetica e dei vaccini, oltre gli xenotrapianti tra maiale, scimmia e uomo.
- "Gli animali trasgenici" con galline che fanno nascere solo femmine per avere più uova, mucche con una prole solo maschile più conveniente da allevare, le capre-ragno con l'inserimento nel DNA di una capra di un gene che consente ai ragni di produrre il filo con cui tessono la loro tela di straordinaria resistenza

[120] J.E. SMITH, *Biotecnologie*, Zanichelli, Bologna 1998, pg. 2.

utilizzabile, ad esempio, per produrre giubbotti antiproiettile[121].
- “L’ ambiente” per lo smaltimento dei rifiuti, la depurazione delle acque contaminate e la disinfestazione da parassiti.
- “L’ agricoltura” progettando piante, frutti e verdure con una capacità di produzione superiore rispetto alle tradizionali e l’idoneità di adeguarsi alle condizioni ambientali sfavorevoli. Ad esempio, nella coltivazione delle fragole, si immette un gene di pesce artico rendendole idonee al freddo oppure, nella barbabietole, si è aumentato il dolcificante e ridotto il potere calorico.
- Le biotecnologie permettono di selezionare “tra le varianti” quella più idonea, oppure di inventarla.

Da quanto affermato, notiamo che l’argomento ci riguarda da vicino, infatti i cibi che consumiamo, dai biscotti alle patatine fritte, dai gelati confezionati alle pizze surgelate, racchiuderanno sempre di più organismi geneticamente modificati.

Da tempo, è in corso un ampio dibattito tra i favorevoli ai prodotti OGM ritenuti cibi affidabili, anzi maggiormente nutrienti, e i contrari che temono per la salute, reputando questi alimenti in parte tossici e responsabili di allergie e della diminuzione delle difese immunitarie. Delle perplessità, consigliarono alcuni Paesi, ad adottare restrizioni sulle coltivazioni e all’obbligo dell’ etichettatura come garanzia di trasparenza.

Il potere sull’uomo e sulla natura, che il genio di illustri scrittori sognavano e paventavano; ad esempio, A. Huxley (1894-1963) nel romanzo “Il mondo nuovo” (1932), oggi è realtà!

Il settore biotecnologico, presenta quesiti etici riguardanti l’azione sui processi vitali a livello di strutture e di meccanismi biologici fondamentali, responsabili dell'equilibrio biologico ed ecologico del pianeta; cioè “gli ecosistemi”, come pure è problematica la scarsa conoscenza delle conseguenze dell'immissione di prodotti sconosciuti nell'ambiente.

Terrorizza, inoltre, l’eventuale manipolazione della vita dell’uomo nella sua identità più recondita, quella genetico-germinale, con l’obiettivo finale della “clonazione umana”, determinando modificazioni genetiche per le generazioni future.

Di fronte ai rischi ipotizzati, l’unica legittimazione etica alla ricerca biotecnologica potrà essere accordata evidenziando la sua destinazione a servizio del progresso umano e sociale.

Ciò annienterà ogni atteggiamento prometeico e la tentazione dell’ atteggiarsi da “*eritis sicut Dii*” (“Dio sa che quando voi ne mangiaste, si aprirebbero i vostri occhi e diventereste come Dio, conoscendo il bene e il male”[122]).

3.3.BIOPOLITICA

Il vocabolo “biopolitica” ha origine dalla lingua greca ed è composto dall’unione di due parole (βίοσ = vita e πολισ = città).

Il termine fu coniato dallo storico francese G. Bataille (1897-1962), uno dei fondatori del “Collège de Sociologie” di Parigi, ma solo negli anni ’70 del ventesimo secolo fu valorizzato dal filosofo francese M. Foucault nel corso di un

[121] Cfr.: http://www.ecoblog.it/post/14397/la-capra-ragno-che-produce-latte-di-seta
[122] LIBRO DELLA GENESI, 3,35.

seminario che tenne nel 1976 al "Collège de France" di Parigi.

Foucault, così definì la biopolitica: "termine con il quale intendevo fare riferimento al modo con cui si è cercato, dal XVIII secolo, di razionalizzare i problemi posti alla pratica governamentale dai fenomeni specifici di un insieme di esseri viventi costituiti in popolazione: salute, igiene, natalità, longevità, razze…"[123].

Osservando il suo periodo storico, il filosofo individuò nella "biopolitica" il nucleo dell'esercizio sistematico del potere nella società, da applicare sulla vita umana, e da esprimersi sugli individui e sulla specie, sulle attività del corpo e sui processi esistenziali.

Dunque, la biopolitica, è una dimensione del governo che condiziona un popolo negli aspetti societari e personali, compresa la vita e la salute, partendo dal presupposto che alcuni problemi bioetici investono anche la competenza politica e l'interesse generale della società.

La biopolitica, impone che l'autorità amministri e controlli il corpo nella nascita, nel corso dell'esistenza e nel momento della morte. E' l'irruzione dello Stato nelle sfere personali e private del cittadino!

Sempre maggiormente, nei confronti della vita, non solo ci si avvale di questo vocabolo ma lo si concretizza in molteplici situazioni; dall'interruzione volontaria della gravidanza alle tecniche di procreazione medicalmente assistita, dalla selezione eugenetica alla genomica, dal pluralismo terapeutico alla sospensione delle cure ai malati terminali, dal testamento biologico all'eutanasia.

Esempio illuminante fu la gestione del caso di Eluana Englaro, la giovane donna di Lecco che visse per oltre diciotto anni in "stato vegetativo persistente".

Il "Governo" (Potere Esecutivo), intervenne con un "Disegno Legge" per vietare la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiale ai malati in stato vegetativo persistente. Fu presentato al "Parlamento" (Potere Legislativo) nelle ore in cui Eluana stava morendo (9 febbraio 2009) a seguito dell'esecuzione della sentenza della "Corte di Appello di Milano" (Potere Giudiziario) che aveva autorizzato con un "provvedimento" la chiusura del sondino naso-gastrico che la nutriva e la dissetava.

I tre poteri furono "i padroni" della vita di Eluana Englaro!

Ma anche oggi, si ha l'impressione di uno scontro biopolitico sui contenuti bioetici, come pure notiamo il coinvolgimento di organismi "amministrativi" o "giudiziari" intervenendo in aspetti che investono unicamente la sfera personale.

Quindi, concordiamo con il quotidiano "Avvenire", che sostenne "Brutto segnale se a decidere sulle questioni eticamente sensibili - quelle su vita e morte - sono i tribunali"[124].

Dobbiamo porre la massima attenzione all'evoluzione biopolitica affinché non svuoti delle rilevanze antropologiche la vita dell'uomo che è un bene oggettivo rispetto alla politica, sopravalutando erroneamente il principio di autodeterminazione, le libertà individuali o negando il valore della fragilità.

E' quindi irrimandabile, ristabilire il naturale ed equilibrato rapporto tra biopolitica,

[123] M. FOUCAULT, *Nascita della biopolitica,* Feltrinelli, Milano 2005, pg. 261.
[124] AVVENIRE, 4 gennaio 2011, pg. 2.

bioetica e biodiritto[125] affinchè, la persona, sempre, possa definire il senso della sua vita senza condizionamenti del potere.

Un'ultima osservazione: *di fronte alle decisioni riguardanti le tematiche bioetiche è sufficiente il parere della maggioranza?*

San Giovanni Paolo II rispose negativamente: "Urge dunque, per l'avvenire della società e lo sviluppo di una sana democrazia, riscoprire l'esistenza di valori umani e morali essenziali e nativi, che scaturiscono dalla verità stessa dell'essere umano ed esprimono e tutelano la dignità della persona: valori, pertanto, che nessun individuo, nessuna maggioranza e nessuno Stato potranno mai creare, modificare o distruggere, ma dovranno solo riconoscere, rispettare e promuovere"[126].

Lo stesso giudizio fu riaffermato da Benedetto XVI nel discorso del 22 settembre 2011 al Parlamento Federale Tedesco nel Reichstag di Berlino: "In gran parte della materia da regolare giuridicamente, quello della maggioranza può essere un criterio sufficiente. Ma è evidente che nelle questioni fondamentali del diritto, nelle quali è in gioco la dignità dell'uomo e dell'umanità, il principio maggioritario non basta: nel processo di formazione del diritto, ogni persona che ha responsabilità deve cercare lei stessa i criteri del proprio orientamento"

La filosofia politica classica ribadiva la centralità del popolo e della sua volontà nell'agire coscientemente; in questa prospettiva la legge assumeva un' importanza secondaria.

Ma ciò è attuabile oggi in un contesto multiculturale e multietnico, caratterizzato da rilevanti differenziazioni etiche, culturali e religiose?

Pur non potendo prevedere anticipatamente i risultati, l'invito è di riferirsi primariamente alla "legge naturale", intersecata per il cristiano con quella evangelica e morale.

CAP. 2 - I PRINCIPI FONDANTI LA BIOETICA

La bioetica ha come riferimento i "principi"!

Illustreremo quelli riguardanti il singolo, e di seguito, quelli che coinvolgono la società, limitandoci ai fondamentali, evidenziando, quando sarà possibile, le diversità di visione dei modelli descritti nel capitolo precedente.

Manterremo come punto di riferimento *la visione personalista ontologica* che riteniamo possa costituire un insieme di "linee guida nella cura", indispensabili garanzie nei confronti di eventuali strumentalizzazioni del malato o di utilitarismo politico.

Nel complesso panorama della letteratura bioetica contemporanea sono presenti due orientamenti principali:

- di matrice *protestante-anglosassone*[127]*;*

[125] "Area delle discipline giuridiche in cui si affrontano i problemi inerenti alla tutela della vita umana e alle implicazioni giuridiche che derivano dalle scienze mediche e dall'evoluzione tecnologica che ormai le caratterizza" (IN TRECCANI, *Lessico del XXI secolo*). La specificità del biodiritto è identificabile nella elaborazione di regole di comportamento a livello sociale, nel contesto delle questioni bioetiche.

[126] *Evangelium vitae*, op. cit., n. 71.

[127] Il modello anglosassone riferendosi al *Rapporto Belmont* (1979) ha un orientamento eminentemente

- di derivazione *cattolico-latina*.

Il problema fondamentale sta nell' *identificare nei principi etici degli "elementi comuni"* in cui tutti possono riconoscersi e che costituiscano un criterio di riferimento.

La contrapposizione frequente tra la bioetica personalistica e gli altri modelli, nella soluzione di situazioni problematiche, avviene prevalentemente sul *piano antropologico*.

Tre sono le tematiche che occupano principalmente la letteratura bioetica, esaminate con modalità divergenti ed anche opposte secondo le opinioni personali o societarie.

-*Vita:* compito da svolgere oppure bene da godere, ritenendosi titolare esclusivo della stessa?

-*Sofferenza:* sventura radicale oppure occasione potenzialmente portatrice di valori umani e spirituali?

-Morte: conclusione di un'esistenza priva di prospettive future oppure evento decisivo per il destino eterno?[128].

1.Principio di autonomia (o di rispetto della persona)

Il principio di autonomia afferma che la persona ha il diritto, in tutte le età e le fasi della vita, di "disporre di sé stessa" nei limiti posti dall'etica e dalle leggi, scegliendo se accogliere o rifiutare l'aiuto offerto dall'esterno.

Quando è consapevole e responsabile, l'uomo può scegliere le proprie azioni, non in modo assoluto, ma seguendo alcuni criteri: evitando l'accettazione acritica del desiderio dell'altro; superando l'individualismo che potrebbe ledere la libertà altrui e offuscare il calcolo delle conseguenze negative; tralasciando azioni immorali.

Quello di *autonomia,* è un principio fondamentale nella cura dell'uomo, che potremmo riassumere nella frase: "*onora le libere scelte del tuo paziente evitando indebiti paternalismi".*

Ma, il coinvolgimento del paziente nelle decisioni, può attuarsi unicamente di fronte ad una precisa e dettagliata *informazione* che acconsenta di prestare *un responsabile consenso informato* e di scegliere quali azioni diagnostiche e pratiche terapeutiche accettare o rifiutare.

Il malato, quindi, deve essere informato adeguatamente affinchè abbia l'opportunità di decidere responsabilmente in base ai benefici e agli oneri di ogni trattamento.

Un caso particolare è il *paziente terminale oncologico.*

Il più delle volte, solo lui, comprende pienamente i "valori in gioco" e il suo campo di responsabilità, oltrepassando la situazione particolare della malattia.

E qui, si apre, il complesso dilemma della *comunicazione della verità!*

---

pragmatico ed i principi etici fondamentali sono quelli di autonomia (consenso o rifiuto informato), non-maleficienza (qualità della vita), beneficità (analisi rischi/benefici), giustizia (imparzialità nell'accesso ad un'equa allocazione delle risorse).

[128] Cfr.: L. CICCONE, *Bioetica 1*, in AA VV, *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria*, Camilliane, Torino 1997, pp. 137-138.

Spesso, ancora oggi, la realtà diagnostica è vergognosamente occultata da medici e da famigliari.
"Mascherare la verità", significa derubare il malato di una componente essenziale della sua dignità di persona! Ammonisce J. F. Malherbe: "Dire la verità all'interessato è una regola morale che dovrebbe reggere tutti i rapporti umani. La verità non è sempre comoda, ma, se non la si dice occorre tacerla con tutti. Dirla a tutti, tranne che all'interessato, è il peggio che si possa fare"[129].
Il principio di autonomia, ben evidenzia, che l'ammalato oncologico, come tutti i pazienti, ha diritto ad essere informato sulle sue condizioni e, quindi, a conoscere la verità che va comunicata mediata, gradualmente e in un clima dialogico, ricordando che il medico ha sempre il dovere di trasmetterla mentre il malato non ha l'obbligo di accettarla o di comprenderla.

Il principio di autonomia, inoltre, non può essere ridotto *ad un'acritica accettazione da parte del medico delle scelte del paziente*. "Significa piuttosto avvertire un valore, una condizione di eticità potremmo dire, nella volontà che si esercita con cognizione (di sé, della realtà e degli altri), in coerenza con i propri principi e con le verità in cui crede e nella libertà da intrusivi condizionamenti esterni"[130].

In questo contesto, si inserisce la tematica *del rifiuto delle cure,* con due visioni antitetiche ed una "via di mezzo".
-Per alcuni, *il medico non può aderire passivamente al rifiuto* del paziente alle terapie proposte.
-Per altri, *il rifiuto deve sempre essere rispettato*, ma ciò riduce il medico ad un semplice esecutore dei desideri del paziente.
-P. Cattorini propone *una terza via*: la decisione del paziente può essere accolta se accompagnata da alcune condizioni.
La decisione deve essere: "libera; informata; presa con *competence* (cioè capacità di intenderla e volerla); non lesiva dell'interesse di terzi; rispettosa della dignità professionale e morale del medico; non autolesiva"[131]. L'attenta osservanza delle condizioni riportate, afferma Cattorini, rende la scelta del paziente vincolante per il medico che è liberato in coscienza da ogni responsabilità morale per quanto potrà accadere[132].

L' argomento, va però contestualizzato nelle tematiche del *rapporto con il paziente* e dell'arte della *comunicazione* che negli ultimi decenni hanno subito notevoli mutamenti.

Per secoli, nel rapporto medico-paziente, come abbiamo notato nel capitolo precedente, ha prevalso il modello definito *paternalistico* nel quale il medico assumeva le decisioni nell'interesse del malato senza conoscere, il più delle volte, il suo parere, muovendo dal presupposto che il sanitario possiede conoscenze superiori al paziente, incapace di offrire un libero consenso informato.
A commento di questo modello proponiamo due osservazioni di A. Fiori. "Se

[129] J.F. MALHERBE, *Per un'etica della medicina,* Paoline, Cinisello Balsamo (Mi), pg. 174.
[130] R. PIERANTONI, *Frammento & integrità*, in P. DONGHI – L. Preta, *In principio era la cura*, Sagittari Laterza, Roma-Bari 1995, pg. 97.
[131] P. CATTORINI, *I principi della bioetica e il personalismo*, in P. CATTORINI – R. MORDACCI – M. REICHLIN (a cura di), *Introduzione allo studio della bioetica*, Europa Scienze Umane Editrice, Milano 1996, pg. 122.
[132] Cfr.: *I principi della bioetica e il personalismo*, op. cit., pg. 123.

questo era il paternalismo – nella sua più ampia ed autentica accezione – si deve affermare che il paternalismo sussiste tutt'ora ed è inconsapevolmente richiesto da molti pazienti non solo per patologie minori ma anche per patologie gravi. Il caso Di Bella, venuto alla luce qualche anno fa, è un esempio tra i più eloquenti di ricerca di un medico 'padre', incarnato in un vecchio con i capelli bianchi e la voce dolce"[133]. Fiori, mette anche in guardia da un possibile equivoco, causa del declino del paternalismo medico: "l'atteggiamento autoritario" di alcuni sanitari basato sull'erronea concezione del proprio ruolo: "Se per paternalismo medico si vuole intendere l'atteggiamento arrogante di molti medici che esercitano, spesso inconsapevolmente, un potere di suggestione o di coercizione morale che li porta a sostituirsi in modo apodittico alla volontà del paziente approfittando della sua ignoranza e del proprio sapere, questo è un problema di sempre e probabilmente lo sarà anche in futuro perché chi possiede determinate, specifiche competenze, si trova in una posizione privilegiata che consente gli abusi consapevoli o anche inconsapevoli"[134].

Al modello paternalistico si è sostituito quello definito *contrattuale*, dove le relazioni sono sostituite da un "contratto" tra medico e paziente. In questo caso, i due interagiscono in modo tale che vi siano obblighi e benefici programmati ed equamente ripartiti tra le parti. Il medico fornisce le informazioni, lasciando totale libertà di scelta al malato. A questo punto, il sanitario, si limiterà ad eseguire ciò che gli è richiesto.

Il modello si presenta con vari limiti tra cui, anche in questo caso, l'ineguaglianza delle conoscenze e dell' esperienza delle due parti e la "commercializzazione" della cura: il medico è il "fornitore" che agisce da tecnico, il paziente è il "cliente", la medicina è la "merce".

A detta di molti, anche questo schema è superato, sostituito da un terzo modello definito della *burocrazia parsimoniosa*[135] che richiede il contenimento delle spese e adeguati rapporti costi-efficacia*.*"Nell' Era della Parsimonia il bene del paziente è collocato sul piatto di una bilancia che porta sull'altro piatto beni molto diversi, come i bisogni dell'ospedale, i bisogni di coloro che vi lavorano (inclusi ovviamente i medici), e le necessità della società. Il *decision making* non è più consegnato, pertanto, soltanto nelle mani del medico o dello stesso paziente"[136].

Un quarto modello è quello definito da *Pellegrino, Thomasma*[137] e *Cattorini*[138] *fiduciario* o di *alleanza terapeutica* secondo il quale, il medico non deve unicamente ricercare il bene fisico del paziente, ma anche quello psicologico, sociale e spirituale, valorizzando l'autonomia, e riscoprendo il reciproco senso di fiducia in un clima di umana solidarietà. Infatti, "la richiesta di un intervento

---

[133] A. FIORI, *Il medico tra ricerca del bene del paziente e rispetto della sua autonomia nel nuovo codice deontologico,* in E. SGRECCIA (a cura di), *Storia della medicina e storia dell'etica medica verso il terzo millennio,* Rubbettino, Soveria Mannelli (Ct) 2000, pg. 110.

[134] *Il medico tra ricerca del bene del paziente e rispetto della sua autonomia nel nuovo codice deontologico,* op. cit., pg. 111.

[135] Cfr.: M. SIEGLER, *The progression of medicine: from physicians paternalism to patient autonomy to bureaucratic parsimony,* Arch. Int. Med. 145 (1985) 713-720.

[136] *Il medico tra ricerca del bene del paziente e rispetto della sua autonomia nel nuovo codice deontologico,* op. cit., pg. 126.

[137] Cfr.: *For the Patient's Good: the restoration of beneficience in healt care,* op.cit.

[138] Cfr.: P. CATTORINI, *Alleanza terapeutica,* in *Dizionario di teologia pastorale sanitaria,* op. cit, pp. 30-37.

tecnico è sempre anche desiderio di rassicurazione circa la consistenza di buone ragioni per vivere e per guarire, e la consultazione di un tecnico competente è sempre anche un appello ad un riconoscimento, appello ad un altro che, avendo a cuore ciò che accade al malato, prometta di accompagnarlo, di allontanare per quanto possibile la minaccia, di dare conforto e nel far ciò testimoni una dedizione che neppure l'imminenza della morte potrebbe compromettere"[139].

Il concetto di alleanza terapeutica è presente anche nella versione moderna del "Giuramento d'Ippocrate" quando il medico afferma: "di promuovere l' alleanza terapeutica con il paziente fondata sulla fiducia e sulla reciproca informazione, nel rispetto e condivisione dei principi a cui si ispira l'arte medica"[140].

Dunque, la decisione del paziente va rispettata, ma anche la *coscienza del medico* non può essere costretta a compiere azioni che non condivide, essendosi impegnato con il "Giuramento di Ippocrate", all'inizio dell'esercizio della sua professione, ad agire sempre per *il maggior interesse del paziente*. Ma, purtroppo, come vedremo inseguito, tutto ciò è stato compromesso dalla legge 219/2017: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento", dove anche se il diritto di autonomia del malato interferisce con l'essenza della professione medica, il sanitario è costretto a compiere ciò che contraddice i suoi valori di riferimento, i principi etici e gli standard comportamentali della corporazione professionale.

2.Principio di beneficenza (o beneficialità)

Secondo san Tommaso il principio è riassunto da quattro parole: "Fac bonum, vita malum" (fa il bene ed evita il male). E' il vertice dei principi etici in sanità e racchiude la finalità di ogni professione socio-sanitaria.

Il dovere della medicina, e di conseguenza di ogni operatore sanitario, è promuovere il bene del paziente ponendolo al centro di ogni servizio, accogliendolo e rispondendo olisticamente ai suoi bisogni.

Motivo fondante della beneficialità nel settore sanitario, non è la pura filantropia, ma *la reciprocità del "dare e del ricevere",* che struttura ogni relazione umana, impegnando i singoli ad un'alleanza coinvolgente ed irriducibile anche in termini di contratto societario.

La beneficialità, osservata da un'ottica normativa, pone l'interrogativo sul *significato* di "bene dell'altro" che potrebbe interferire con l'autonomia.

Ad esempio, in un pronto soccorso ospedaliero, qual è il "bene dell'altro", trovandosi di fronte ad un adepto dei "Testimoni di Geova" che necessita con urgenza di una trasfusione poichè affetto da anemia gravissima, ma la rifiuta in nome della sua fede religiosa?

Non è nostro intento esaminare problematiche particolari ma unicamente offrire indicazioni generali; perciò ricordiamo che il principio esige di *oltrepassare l'immediato per rispondere ai bisogni "di lungo termine".*

L'autentica beneficialità deve trasformarsi in "*com-passione"*, intesa non come

[139] *Alleanza terapeutica*, op. cit., pg. 33.
[140] Deliberato dal Comitato Centrale FNOMCeO il 23 marzo 2007.

sentimentalismo ma come capacità ”di prendersi a cuore l’altro”, di soffrire con il proprio paziente le afflizioni, le paure, le tentazioni e la vulnerabilità che ogni malattia comporta[141]. Dunque, la compassione, è la totale comprensione delle sofferenze dell’altro, e di conseguenza la disponibilità ad aiutarlo concretamente, sacrificandosi per lui, come indicava H. Nouwen: “Nessuno può aiutare qualcun altro senza entrare con la sua persona nelle situazioni dolorose; senza assumere il rischio di soffrire, ferirsi o anche essere distrutto nell’operazione”[142].
La com-passione modifica l’abituale rapporto operatore sanitario-paziente e la metodologia di accompagnamento della persona, trasferendo l’interesse dalla patologia all’individuo. Per questo Pellegrino e Thomasma parlano di “arte morale fondamentale per qualsiasi pratica sanitaria o sociale”[143].

3.Principio di non maleficienza

Non maleficienza è l’impegno a non causare un danno o provocare del male, facendo proprio l’ aforisma latino “primum non nocere”.

Come in ogni attività, anche gli operatori sanitari, possono nuocere al malato ed arrecargli danni. Per questo, già Ippocrate nel suo Giuramento, aveva incluso la frase: “Difenderò i malati da ogni cosa ingiusta e dannosa. Giammai, mosso dalle insistenze di alcuno, propinerò un farmaco mortale, né suggerirò un tale consiglio; similmente a nessuna donna io darò un medicamento abortivo”. Nel testo moderno del Giuramento, il tutto è riassunto dalla frase: “*Giuro… di non compiere mai atti idonei a provocare deliberatamente la morte di una persona*”.

Il malato, può essere danneggiato “*intenzionalmente”* con azioni *dolose*, cioè trasgressioni volontarie e coscienti[144], ma anche “*involontariamente”*, senza che l’evento negativo sia direttamente voluto; in questo caso le azioni risultano “*colpose”*. I danni possono essere fisici: dall’incremento del dolore all’invalidità fino alla morte ma anche psico-sociali.
Il Codice Penale, afferma, che l’atto colposo si verifica per “negligenza”, per “imprudenza” o per “imperizia”[145].
Per *“negligenza”,* quando non osservando un comportamento di prassi, si commettono lesioni per trascuratezza, non curanza e lentezza.
Per “*imprudenza”*, quando non si esercita la dovuta cautela e non si assumono le opportune misure precauzionali.
Per “*imperizia”*[146], quando è insufficiente la preparazione professionale e la

[141] Cfr.: E. D. PELLEGRINO, *Ogni uomo è mio fratello,* in *Dolentium hominum* 7, 1988, pp. 60-61.
[142] H. NOUWEN, *The wounded healer,* Ny Doubleday 1972, pg.72.
[143] *Medicina per vocazione. Impegno religioso in medicina,* op. cit., pg. 73.
[144] Le più frequenti azioni dolose nell'esercizio della professione sanitaria sono: rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.), omissione di referto (art. 365 c.p.), interruzione illecita della gravidanza (artt. 18-19, legge 194/1978), falsità in atti (artt. 476-493 c.p.), commercio di campioni medicinali (art. 173 T.U.L.S.), prescrizione illecita di sostanze stupefacenti (art. 43, legge 685/1975), omissione di denuncia obbligatoria (art. 413 c.p.).
[145] CODICE PENALE, Art. 43, comma 3
[146] Per quanto riguarda la colpa professionale addebitata all’imperizia può essere preso in considerazione il principio stabilito dall’art. 2236 C.C. secondo il quale “se la prestazione indica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d’opera non risponde dei danni, se non nei casi di dolo o colpa grave”.

competenza tecnica, oppure non ci si attiene ai protocolli operativi standard. Può trattarsi di una diagnosi errata o ritardata, un omissione di esami, un intervento chirurgico improprio, una inesatta gestione della terapia…
Di conseguenza, per non danneggiare il paziente, è irrinunciabile sia *la formazione* di base che quella permanente. In passato, per acquisire abilità sufficienti per svolgere un lavoro erano sufficienti il tempo e il possesso di poche conoscenze. Oggi, le rapide trasformazioni, richiedono un quotidiano adattamento alle situazioni e, anni di esperienza e di pratica, possono velocemente svalutarsi.
Quindi, prima di agire, è indispensabile acquisire aggiornate nozioni e riferirsi, come metodo, alla prassi vigente con la massima prudenza.

Se il filosofo Seneca ricordava che "*errare humanun est*", Bernardo da Chiaravalle ammoniva che "*perseverare autem diabolicum*". Infatti l'errore richiede l'obbligo della correzione per non replicarlo.

4.Principio di fedeltà

La fedeltà, ha una valenza etica, essendo il fondamento degli autentici rapporti interpersonali ed è *un vincolo* nell'esercizio di alcune professioni (operatore sanitario, avvocato, consulente finanziario…), fatto salve le eccezioni riguardanti le richieste dell'autorità giudiziaria e le situazioni che impongono la protezione di altri soggetti.

La fedeltà *riguarda prevalentemente l'aspetto relazionale e comunicativo.* Chi si rivolge ad un professionista, rivelandogli aspetti particolari ed intimi della sua vita, deve essere certo del rispetto della riservatezza della comunicazione, come pure che l'altro non persegua secondi fini, o intenda avvantaggiarsi impropriamente delle informazioni ricevute.

La fedeltà dell'operatore sanitario si concretizza: nel rispetto del segreto professionale, nell'accoglienza della singolarità e dei valori dell'altro, nella disponibilità all'ascolto e all'azione, nell'obiettività dei giudizi quando ne è richiesta l'esplicitazione…

Riassuntive sono le espressioni della *Carta degli Operatori Sanitari*: "L'attività medico- sanitaria si fonda su una relazione personale di natura particolare; essa è: 'un incontro tra una fiducia e una coscienza'. La 'fiducia' di un uomo segnato dalla sofferenza e dalla malattia e perciò bisognevole, il quale si affida alla 'coscienza' di un altro uomo che può farsi carico del suo bisogno e gli va incontro per assisterlo, curarlo, guarirlo"[147].

5.Principio di totalità (o terapeutico)

Definito anche d'integrità, si fonda sul rispetto dovuto a noi stessi e agli altri quali membri della *comunità umana* interpretata come *unità organica di persone, distinte tra loro*.

[147] PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI *Carta degli operatori sanitari*, Città del Vaticano 1994, n. 2.

Al singolo, il principio richiede la valorizzazione della vita e lo sviluppo delle doti personali, oltre che prevenire comportamenti ed atteggiamenti dannosi.

Le Istituzioni, invece, devono creare le condizioni, affinché ogni uomo, attingendo pienamente e consapevolmente alle proprie possibilità ed opportunità, possa realizzarsi sviluppando le sue capacità ed esprimendo i suoi diritti, raggiungendo un equilibrio, tra interiore ed esteriore, mediante la libertà di parola, di pensiero e di azione.

Il principio, nell'ambito sanitario, si rivolge particolarmente alla *corporeità* essendo il corpo costituito da parti distinte ma gerarchicamente e organicamente unificate dall'esistenza unica e personale. La corporeità è la manifestazione concreta della persona vivente; di conseguenza, ledere o offendere il corpo, è ferire e procurare un danno alla persona.

Il principio mostra la responsabilità che l'operatore sanitario si assume nei confronti del corpo del suo paziente, poichè ogni intervento non riguarda unicamente i tessuti, gli organi e le loro funzioni, ma coinvolge a diversi livelli l'individuo.

Contemporaneamente, quello di totalità, *è il principio che regge la liceità delle terapie mediche e chirurgiche.* Ad esempio, è giustificabile eticamente e anche obbligatorio un intervento chirurgico quando un' asportazione è essenziale per la salvaguardia della totalità dell'organismo. Nello sforzo di conciliare i diversi aspetti della vita del singolo, alcune azioni, possono essere talvolta subordinati ad altre, ma l'intero non potrà mai essere totalmente sacrificato.

Il principio di totalità, definito anche *terapeutico*, richiede alcune condizioni:
-l'intervento sull'organo malato per salvaguardare la totalità dell'organismo;
-l'assenza di strumenti alternativi;
-le probabilità proporzionalmente elevate di successo;
-il consenso informato del paziente.

A questo principio si riferisce anche la *proporzionalità delle terapie e delle cure.*
E' corretto sospendere le *terapie* quando non giovano alla stabilizzazione del paziente, al suo miglioramento o alla sua guarigione.
Mentre le *cure*[148], cioè i provvedimenti per conservare "al meglio" le condizioni psicofisiche del malato fino alla morte, salvaguardandone la dignità, non potranno essere interrotte.

6.Principio del duplice effetto

Alcuni procedimenti terapeutici possono *produrre due effetti;* uno positivo e uno negativo.

Quattro le condizioni da intersecare:
-l'azione che si intraprende deve essere "buona" o moralmente neutra;
-il conseguimento di benefici è l'intenzione primaria, evitando, per quanto

[148] *La cura è il farsi carico globalmente del paziente* come ricorda l'art. 37 del Codice di Deontologia Medica: "In caso di malattie a prognosi sicuramente infauste o pervenute alla fase terminale, il medico deve limitare la sua opera all'assistenza morale o alla terapia atta a risparmiare inutili sofferenze, fornendo al malato trattamenti appropriati a tutelare, per quanto possibile, la qualità di vita" (Versione 2018).

possibile, eventuali lesioni, prevedibili unicamente come effetto indiretto;
-i vantaggi attesi si prevedono superiori (o uguali) ai danni arrecati. Le conseguenze negative non possono divenire il mezzo per ottenere il risultato positivo, ma vanno ritenute implicazioni collaterali;
-i miglioramenti devono essere verificabili nel breve periodo.

Il principio è riassumibile nella massima: *"Arreca un danno unicamente se questo produce un beneficio".*

E' il caso del malato che si sottopone a chemioterapia antitumorale sostenendo dolorosi effetti collaterali. Riacquistare la salute (effetto positivo), è proporzionalmente superiore alle gravose conseguenze negative (effetto negativo) della chemioterapia.

E' la situazione della donna gravida affetta da tumore che si sottopone a cicli di chemioterapia non dilazionabili nel tempo anche se rischiose per il feto, oppure ad un intervento chirurgico per asportare un cancro uterino.
Sono però richieste alcune condizioni: la terapia finalizzata alla rimozione della malattia della madre, non può essere prevista l'uccisione diretta del feto, la cura deve presentarsi urgente ed insostituibile.

E' la condizione del malato con cancro metastatizzato che soffre atroci dolori e, contemporaneamente, è affetto da grave insufficienza respiratoria. Per la sedazione dei dolori serve somministrare la morfina, ma il farmaco potrebbe esercitare un' azione deprimente sul centro respiratorio, aggravando l'insufficienza respiratoria ed affrettandone la morte.
La morfina è somministratta per sedare i dolori (effetto positivo); la depressione respiratoria è conseguenza dell'uso del farmaco (effetto cattivo); di conseguenza, l'impiego della morfina per i benefici attesi, è proporzionalmente un "bene maggiore" rispetto agli effetti collaterali.

Un caso che richiese l'adozione di questo principio fu la drammatica situazione delle due gemelline siamesi nate a Bologna nel 2011, unite da torace ed addome con un unico cuore e un unico fegato. Si ipotizzò di separarle ma una delle due sarebbe morta. Terminarono la loro breve vita dopo poche settimane.
Era eticamente corretto, se la situazione l' avesse permesso, separare Lucia e Rebecca, provocandone la morte di una delle due?
La mortalità, nell'intervento chirurgico in gemelli siamesi con organi vitali in comune ed uniti dal torace e dall'addome è del 85%-90%. Quindi, molto probabilmente, nel corso dell' intervento nessuna sarebbe sopravvissuta, ma si è corso lo stesso rischio, lasciandole unite.
Dai salotti dei "sapientoni", giunsero critiche per non avere abortito, e la mamma e il papà risposero con naturalezza e semplicità: "sono nostre figlie". Sono morte circondate dall'amore della loro famiglia e dalla competenza professionale dell'equipe medica guidata dal professor M. Lima. Appresa la morte delle figlie, i genitori dichiararono: "noi siamo contenti di averle avute", e il primario Lima, commentò: "questi genitori sono mille anni avanti a noi".

7.Principio di prudenza

"Conviensi adunque essere prudente, cioè savio: e a ciò essere si richiede

buona memoria delle vedute cose, e buona conoscenza delle presenti, e buona provvedenza delle future"[149].

Secondo la tradizione classica, ripresa dalla Scolastica, *la prudenza*, come ricordava Dante, *è la capacità di memoria, di intelligenza e di previsione*.

Interessante per illustrare questo principio è la tela del pittore Tiziano "*Allegoria della prudenza*"[150], raffigurante tre teste umane; un vecchio, un uomo maturo ed un giovane, che sovrastano tre teste di animali, rispettivamente un lupo, un leone ed un cane.

Per l'autore, la prudenza ha tre volti, frutti dell'integrazione di tre momenti: l'esperienza del passato, l'oculatezza nell'azione presente che richiede intelligenza e l'anticipazione dei rischi che potrebbero compromettere il futuro.

In altre parole, *il presente eredita il patrimonio di sapere delle generazioni precedenti e lo applica con avvedutezza, a beneficio di quelle future*[151].

La prudenza, è dunque la virtù che dispone l'intelletto all'analisi del mondo circostante ed esorta la ragione a discernere in ogni situazione il vero bene, scegliendo i mezzi adeguati per compierlo.

Per questo, è definita anche "*auriga virtutum*" (cocchiere delle virtù) poichè dovrebbe indirizzare le altre virtù.

Il principio di prudenza, si fonda sulla consapevolezza dello squilibrio tra uomo e natura da una parte e scienza e tecnologia dall'altra.

Pertanto, il principio, definito anche di *incertezza* o di *precauzione*[152], assume notevole rilievo nel settore diagnostico e terapeutico, poichè come ricordava il filosofo *J. Hans*: "ciò che l'uomo è oggi in grado di fare e nell'irresistibile esercizio di tale facoltà è costretto a continuare a fare, non ha eguali nell'esperienza passata, alla quale tutta la saggezza tradizionale sul comportamento giusto era improntata"[153].

Un caso emblematico fu il dramma *Eluana Englaro* dove l'unico "elemento certo" fu *l'incertezza.*

L' incertezza guidò il padre Giuseppe Englaro nella lotta per "far staccare" il sondino alla figlia; l'incertezza fu alla base dei giudici milanesi nell'emettere il "provvedimento" di condanna a morte.

Chi fu favorevole alla morte di Eluana e quelli che chiedevano il proseguo della sua vita non trovarono "certezze" nell'ambito medico, scientifico o testimoniale.

Di fronte all'incertezza, quale atteggiamento assumere? *Quello della massima prudenza!* La sentenza di morte del Tribunale di Milano fu profondamente ingiusta

[149] D. ALIGHIERI, *Convivio*, IV, 27.

[150] La tela è conservata alla *National Gallery* di Londra.

[151] Cfr.: E. PANOFSKY, *L'Allegoria della Prudenza* di *Tiziano*, in AA.VV., *Il significato delle arti visive*, Einaudi, Torino 1962, pp. 131-152.

[152] Cfr.: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Il principio di precauzione: profili bioetici, filosofici, giuridici*, Roma 2004.

[153] J. HANS, *Philosophical essays: from the ancient creed to technological man*, Chicago, 1974 - trad. It. A. DAL LAGO (a cura di), *Dalla fede antica all' uomo tecnologico*, Il Mulino, Bologna 2001, pg. 132.

non avendo valorizzato questo principio etico, scordando l'antica arte della *iuris prudentia*, l'unica che stabilisce sinergie tra l'amministrazione della giustizia umana e l' orizzonte etico-morale.
Riteniamo che per motivazioni prudenziali, come accade nel diritto penale dove si assumono posizioni a favore dell'imputato di fronte al minimo dubbio, così "la giustizia" avrebbe dovuto agire anche nei confronti di Eluana.

8.Principio di solidarietà

Il principio di solidarietà evidenzia che "gli uomini sono, inevitabilmente, legati gli uni agli altri e soggiaciono in molteplici modi gli uni dagli altri; di conseguenza, sono tenuti ad attuare tale legame nel modo giusto per il bene dei singoli e del tutto, e sono responsabili nei confronti degli altri e della comunità, così come questa, a sua volta, deve prendersi cura dei singoli membri"[154].

Il principio *impegna il singolo a affermarsi partecipando alla realizzazione degli altri,* e con quelli di libertà e di uguaglianza è presente nella Costituzione italiana[155], evidenziandone la sua "*vocazione solidaristica".*

Il principio auspicato sia dal versante cattolico[156] che da quello laico-socialista[157], si è incrementato negli '90 del XX secolo nel dibattito che ha accompagnato la transizione dalla fase di *Welfare State* e quella di *Welfare Comunity,* con l'inquadramento del fenomeno del volontariato e del *no-profit* nelle finalità di interesse generale presentati dalla Costituzione[158].

Il principio, inoltre, è la base dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, del volontariato assistenziale e delle donazioni di organi, tessuti e sangue.
In questo principio troviamo la radice anche la "*donazione samaritana",* cioè la "donazione gratuita" di organi tra persone sconosciute, privi di legami di consanguineità.
Quello di solidarietà è un principio che va rivalorizzato nell'attuale contesto societario caratterizzato dall' individualismo, dall'egoismo e dall'indifferentismo che provocano differenziazioni in continua crescita.

Il principio ci ricorda che nessuna persona può ritenersi "un'isola" ma è indissolubilmente unita agli altri, dipendendone in molteplici modi e anche la propria realizzazione avviene, il più delle volte, con il concorso degli altri. Dando ciò per scontato dobbiamo purtroppo riconoscere che non facciamo memoria

---

[154] A. GUNTHOR, *Chiamata e risposta,* Vol. III, Paoline, Roma 1987, pg. 49.
[155] Cfr.: COSTITUZIONE ITALIANA, art. 2.
[156] G. Dossetti il 10 settembre 1946 affermò che "il nuovo Statuto dell'Italia democratica dovrebbe riconoscere la precedenza sostanziale della persona umana rispetto allo Stato", nonché "la necessaria socialità di tutte le persone, le quali sono destinate a completarsi e a perfezionarsi a vicenda mediante una reciproca solidarietà economica e spirituale: anzitutto in varie comunità intermedie, disposte secondo una naturale gradualità" (A. MELLONI -a cura di-, *La ricerca costituente -1945-1952-*, Il Mulino, Bologna 1994, pg. 87).
[157] M. Ruini che presiedette la Commissione dei 75 incaricata di redigere la costituzione della Repubblica, spiegò la corrispondenza tra diritti inviolabili e doveri inderogabili di solidarietà dell'articolo 2 della Costituzione con la volontà di considerare i medesimi "come lati inscindibili, come due aspetti dei quali l'uno non può sceverare senza l'altro".
[158] Cfr.: *Legge 266/1991* sul Volontariato, *Legge 381/1991* sulle Cooperative, *Decreto Legislativo 460/1997* sulle ONLUS, *Legge 383/2000* sulle Associazioni di Promozione sociale.

delle molte persone che lavorano per noi ogni giorno e non ricordiamo a quante dobbiamo riferirci e rendere merito.
Ebbene, la solidarietà, sollecita a ripudiare l' individualismo, rammentandoci la responsabilità nel ricercare il bene dei singoli e della collettività poichè siamo i garanti della realizzazione degli altri, soprattutto di quelli che hanno avuto meno. Dobbiamo potenziare la loro vita non unicamente donando cose o tempo ma favorendo la loro crescita culturale e la loro felicità. La santa Madre Teresa di Calcutta denunciava: "Il più grande male del nostro secolo è 'l' indifferenza' ".
Sentirsi responsabili degli altri significa assumerci fino in fondo la preoccupazione per la loro crescita e il loro progresso.

Il principio pone anche alcuni interrogativi.
Perché tanti vivono nell'indigenza?
Perché gli onorari di alcune categorie professionali, anche nelle prestazioni essenziali, ignorano la solidarietà?
Sono eticamente corrette le cosidette le "pensioni d'oro" o i lauti vitalizi elargiti a determinate categorie?
Queste situazioni vanno tollerate oppure dobbiamo ricercare vie alternative?

9.Principio di sussidiarietà

Il principio esprime una concezione globale dell'uomo e della società che pone come fulcro dell'ordinamento giuridico *la persona umana* come individuo e come legame relazionale[159].

Il principio propone la valorizzazione e il sostegno dei singoli e delle soggettività sociali che spontaneamente si aggregano, creando servizi finalizzati a promuovere quei diritti fondamentali per i cittadini che la centralizzazione statalista e burocratica offuscano.

La sussidiarietà, che si interseca con i principi di libertà, di autonomia e di responsabilità, attiene al rapporto tra "aspetto pubblico" ed "attività privata".
Chiede che le autorità di livello superiore (Stato, Istituzioni pubbliche…) non interferiscano nell'autonoma capacità gestionale delle organizzazioni sociali (corpi intermedi, enti, associazioni…) e delle persone ma le supportino, essendo questi ultimi, maggiormente conoscitori dei bisogni e più tempestivi nell' organizzazione e nella gestione dei servizi sociali, sanitari ed educativi (scuole paritarie, istituzioni sanitarie e socio-sanitarie no-profit, servizi alla fragilità…). Allo Stato si richiede il sostegno economico e il ruolo di verifica sul funzionamento.

Il principio, inattuato nei primi decenni di storia della nostra Nazione, ha prodotto un dannoso statalismo, rigide amministrazioni e impersonali burocrazie che si propongono "disumane", essendo basate sull'anonimato e sul rapporto da persona a struttura. Preoccupazione espressa anche da san Giovanni Paolo II nell'enciclica *Sollicitudo rei socialis:* "Intervenendo direttamente e deresponsabilizzando la società, lo Stato assistenziale provoca la perdita di energie umane e l'aumento esagerato degli apparati pubblici, dominati da logiche

[159] Il Principio è stato recepito dalla Costituzione Italiana con l'articolo 118 che dispone: "Stato, Regioni, Città metropolitane, Province e Comuni favoriscano l'autonoma iniziativa dei cittadini, singoli e associati, per lo svolgimento di attività di interesse generale, sulla base del principio di sussidiarietà".

burocratiche più che dalla preoccupazione di servire gli utenti, con enorme crescita delle spese"[160].

La sussidiarietà, ridefinendo i rapporti tra società civile e Stato, tra poteri centrali e periferici, è l'unica modalità per recuperare l'autentico rapporto personale; quello *da soggetto a soggetto*.

Uno Stato che massifica, che impone come gestire la scuola, l'assistenza e la sanità e che interferisce nella famiglia a livello educativo, oltre che negare il principio di sussidiarietà, non può raggiungere le sue finalità sociali e il bene comune, essendo "lontano" dalle necessità del territorio e del cittadino, mentre una reale "concorrenza" tra Stato e privato no-profit offre prestazioni più efficienti, a costo minore, producendo una maggiore soddisfazione all'utente.

Il principio, non elimina la funzione di garante dell'autorità pubblica che ha l'obbligo di offrire i livelli minimi di assistenza e l'attuazione dei diritti sociali. Per questo, la sussidiarietà, si erge in chiara polemica contro i regimi collettivisti basati sul centralismo e nei confronti dell'esclusione sociale e dell'individualismo.

Il principio di sussidiarietà, già presente nella Dottrina Sociale della Chiesa dagli anni 30' del XX secolo[161], fu riconosciuto anche dal *Trattato dell'Unione Europea di Maastricht* che così lo riassume:

-Non intervenga lo Stato nei servizi che i cittadini possono realizzare da soli. Le istituzioni devono produrre le condizioni favorevoli.

-Lo Stato deve operare unicamente quando la società civile non è in grado di agire da sola;

-l'azione sussidiaria deve porsi l'obiettivo di rendere ogni servizio "più vicino" al cittadino.

10.Principio di giustizia

La *giustizia,* che si caratterizza in *commutativa, distributiva* e *sociale*, suggerisce, come ricordava Aristotele nell'*Etica Nicomachea*, "le giuste e reciproche relazioni degli uomini in quanto tali"[162].

-La *giustizia commutativa* riguarda la vita privata e il rapporto quotidiano tra i singoli cittadini. E' attuata negli scambi basati sulla parità e assume come criterio di base l'uguaglianza.

-*La giustizia distributiva* è un elemento base nel rapporto tra Stato e cittadini ed impone che le risorse siano assegnate in base alle reali necessità dei singoli come risposta alla fragilità ed è sorretta dalla proporzionalità.

-La *giustizia sociale* richiede alle Istituzioni la progettazione di strutture che adempino gli obblighi generati dalla giustizia distributiva e si esprima, prevalentemente, erogando servizi sanitari e sociali.

---

[160] GIOVANNI PAOLO II, Lettera enciclica *Sollicitudo rei socialis,* n. 48.

[161] "Come è illecito togliere agli individui ciò che essi possono compiere con le forze e con l'industria propria per affidarlo alla comunità, così è ingiusto rimettere a una maggiore e più alta società quello che l'inferiore comunità può fare. Ed è questo, insieme, un grave danno e uno sconvolgimento del retto ordine della società; perché oggetto naturale di qualsiasi intervento della società stessa è quello di attuare in maniera suppletiva le assemblee del corpo sociale, non già di distruggerle o assorbirle" (PIO XI, Lettera enciclica *Quadragesimo anno*, n. 78).

[162] ARISTOTELE, *Opere,* Laterza, Bari 1973, pg. 323.

Il principio richiede che sia dato a ciascuno *il dovuto!*

La problematica etica assume importanza nel definire *in che cosa consista il dovuto* alla singola persona soprattutto se fragile e malata, poichè le varie scuole filosofiche divergono, introducendo molteplici interpretazioni del concetto con ampie ricadute nel settore sanitario.

Ad esempio, alcuni Paesi, non potendo o non volendo far fronte all'ingente spesa sanitaria, ipotizzano di adottare la "visione *economicistica"* dei costi e dei benefici, impiegando la maggioranza delle risorse per cittadini con capacità produttive, emarginando malati mentali, disabili e pazienti con patologie gravi o terminali. Preambolo, questo, alla cosiddetta e*utanasia sociale*!

Il principio di giustizia ha come *fondamento il debitum morale*, cioè il moralmente dovuto e il *debitum iuridicum*, il giuridicamente dovuto.

L'impegno, affinché sia rispettata e onorata la dignità dell'uomo, rispondendo ai suoi bisogni essenziali, può scaturire da sentimenti di bontà e di altruismo (*debitum morale*), ma trova nel "diritto" il dovere della concretizzazione (*debitum iuridicum*) mediante adeguati supporti istituzionali. Ammoniva il Concilio Vaticano II: "Siano anzitutto adempiuti gli obblighi della giustizia, perché non avvenga che si offra come dono di carità ciò che è già dovuto a titolo di giustizia"[163].

11.Principio del primato spirituale

La "dignità della persona" è salvaguardata ponendo attenzione anche alla dimensione spirituale poichè *il "ben-essere" lo si ottiene unicamente dall'armonizzazione corporea, psicologica, sociale e spirituale*.

Il principio del primato spirituale sottolinea il diritto dell'uomo alla totale libertà religiosa come riconosciuto dalla "Carta Universale dei Diritti dell'Uomo" delle Nazioni Unite: "Ogni individuo ha il diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione e alla libertà d'opinione e d'espressione (art. 4).

Un altro riconoscimento, a livello internazionale, è presente nell'Atto Finale della "Conferenza sulla Sicurezza e la Cooperazione in Europa" (Helsinki 1 agosto 1975). "Gli Stati partecipanti si impegnano al rispetto dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, inclusa la libertà di pensiero, coscienza, religione o credo, per tutti senza distinzione" (Principio VII).

Pure la "Carta di Parigi per una Nuova Europa" sottoscritta il 2 novembre 1990 dagli Stati membri della CSCE, ribadì nuovamente questo diritto.

Ricordiamo infine per le Istituzioni sanitarie italiane, l'articolo 11 del Trattato di Modifiche al Concordato Lateranense dell'11febbraio 1929 tra la Repubblica Italiana e la Santa Sede (18 febbraio 1984). "La Repubblica Italiana assicura che l'appartenenza alle forze armate, alla polizia, o ad altri servizi assimilati, la degenza in ospedali, case di cura, la permanenza negli istituti di prevenzione e di pena non possono dar luogo ad alcun impedimento nell'esercizio della libertà religiosa e nell'adempimento delle pratiche di culto dei cattolici".

[163] CONCILIO VATICANO SECONDO, Decreto *Apostolicm Actuositatem,* n. 8.

12.Il Bene Comune

I principi che manifestano la centralità della persona trovano un fondamentale riferimento nel concetto di "bene comune": "*l'insieme di quelle condizioni della vita sociale che permettono sia alla collettività sia ai singoli membri di raggiungere la propria perfezione più pienamente e più celermente*"[164].

Per comprenderlo è opportuno distinguere tra "bene pubblico" e "bene comune" evitando l'errore di ridurre il "bene comune" al miglioramento dei livelli societari, confondendolo con il "bene pubblico".

In altre parole, mentre il "bene pubblico" predilige la tutela degli interessi della comunità, il "bene comune" difende la singola persona portatrice di diritti e di doveri.

Il "bene comune" rientra negli impegni primari dello Stato che oltre garantire la pace, la sicurezza e la protezione, deve offrire al cittadino eque condizioni sociali ed economiche, ma è anche un dovere per tutti ad una partecipazione attiva alla vita pubblica.

Questo coinvolgimento interessa tre attori:

-lo Stato nel limitare i suoi ambiti d'intervento per aprirsi alla sussidiarietà;

-i partiti politici che nei sistemi democratici sono gli intermediari presso le Istituzioni, riacquistando la credibilità perduta;

-i cittadini, osservando regole chiare e condivise e subordinando gli interessi privati, anche quelli economici, a quelli della collettività. Tematiche importanti e di attualità sono la partecipazione alla scelta dei rappresentanti nei vari organi politici e amministrativi e l'aspetto fiscale.

La ricerca reale da parte di ogni cittadino del "bene comune" è l'unica possibilità di uscita da questa situazione societaria che da decenni ci logora. Ma il "bene comune" è "*un bene arduo da raggiungere, perché richiede la capacità e la ricerca costante del bene altrui come se fosse il proprio*"[165].

La responsabilità nei riguardi del "bene comune" non prescinde dalla ricerca del proprio benessere ma postula contemporaneamente l'esigenza di valutare l'altrui interesse come il proprio. Operare per il bene comune si esprime nel riconoscere, nel rispettare e nel concretizzare i diritti di tutti i componenti della società.

Il "bene comune" non è utopia o un'idea astratta; sono comportamenti da ricostruire, oltrepassando la nostrana abitudine che individua, sempre e comunque altrove, le responsabilità di ciò che avviene.

Il traguardo del bene comune richiede anche un'opera formativa ed educativa da parte dei soggetti che nella società hanno questo compito. San Paolo VI nell'enciclica *Octogesima adveniens* affermava: "Non spetta né allo Stato né ai partiti politici che sarebbero chiusi su se stessi, di imporre un'ideologia con mezzi che sboccherebbero nella dittatura degli spiriti, la peggiore di tutte. E' compito dei raggruppamenti culturali e religiosi, nella libertà d'adesione che essi presuppongono, di sviluppare nel corpo sociale, in maniera disinteressata e per vie loro proprie, queste convinzioni ultime sulla natura, l'origine e il fine dell'uomo

[164] CONCILIO VATICANO SECONDO, Costituzione pastorale *Gaudium et spes.* n. 26.
[165] COMPENDIO DELLA DOTTRINA SOCIALE DELLA CHIESA, n. 167.

e della società"[166].

CAP. 3 BIOETICA CATTOLICA E BIOETICA LAICO-SECOLARE

Senza scordare il monito di G. M. Pizzuti, secondo il quale "si dovrebbero ipotizzare tante bioetiche quante sono le etiche"[167], in bioetica troviamo dal punto descrittivo vari modelli teorici, in particolare quello "cattolico" e quello "laico-secolare" che si riferiscono a due diverse concezioni della vita umana.

Quello di matrice "cattolica" pone come riferimento il concetto della *dignità della persona* come valore fondante, e perciò, la *sacralità della vita* come conseguenza.

L'altro di matrice "laico-secolare", riassunto nella nozione di *qualità della vita* ha come conseguenza la "disponibilità della vita" essendo ogni uomo "sovrano" di se stesso.

La diversità tra i due sistemi riguarda il "fondamento etico", ossia la *visione di uomo* e di *verità morale* da porre alla base delle singole questioni bioetiche.

È evidente, che questa differenza, comporta modi antitetici di porsi di fronte alle problematiche esistenziali come pure alla cura e all'assistenza.

Nel contesto societario attuale, tra i due modelli, sembra esserci una notevole, e a volte, capziosa contrapposizione.

Si ha l'impressione che la cultura laico-secolare non solo fatichi a confrontarsi con le istanze di tipo religioso, ma tenti di rivendicare a sé il monopolio della razionalità e della ragionevolezza, eppure l' *Encyclopedia of Bioethics*, sottolinea l'essenziale contributo offerto dalle tradizioni religiose nella costituzione della bioetica: "Il ricorso alle grandi religioni ci appare del tutto giustificato qualora considerassimo l'interesse che hanno abitualmente portato all'arte del guarire e la loro preoccupazione di elevare eticamente e spiritualmente lo standard dei sanitari. L'etica in quanto disposizione interiore e virtù del sanitario ha profonde radici religiose e trae da esse forti impulsi"[168].

La bioetica, in quanto tale, non è né cattolica, né laica, ma unicamente una branca dell'etica, che come abbiamo evidenziato precedentemente, si interroga sulle problematiche riguardanti la ricerca, la cura e l'assistenza. Ma, dato l'attualità del dibattito, questo corso, non poteva tralasciare l'argomento.

Non avendo, però, la possibilità di offrire un sistematico approfondimento, ci limiteremo unicamente a qualche accenno per sintesi[169].

1.Bioetica Cattolica della "Dignità e Sacralità della vita"

La *bioetica cattolica,* cioè "l'insegnamento ufficiale" della Chiesa Cattolica, che

[166] PAOLO VI, Lettera enciclica *Octogesima adveniens,* n. 25.

[167] G.M. PIZZUTI (a cura di), *Pluralismo etico e normativa della bioetica,* Quaderni di bioetica, Ermes, Potenza 1992, pg. 19.

[168] *Enciclopedia of Bioethics*, op. cit., pg. 329.

[169] Testi per l'approfondimento: L. BATTAGLIA, *Bioetica senza dogmi*, Rubbettino, Soveria Mannelli, 2009; G. FORNERO, *Bioetica cattolica e bioetica laica,* Mondadori, Milano 2009; G. FORNERO – M. MORI, *Laici e cattolici in bioetica: storia e teoria di un confronto,* Le Lettere, Firenze 2012.

ha come fondamento la Sacra Scrittura, la Tradizione, la Dottrina, i Documenti dei Pontefici e del Magistero, la ragione[170] e la filosofia[171], ha come essenza assoluta, universale, immutabile ed irrinunciabile *la dignità e la sacralità della vita umana dal concepimento alla morte naturale.* Di conseguenza, il divieto assoluto, di "uccidere" un essere umano!

Questa "persuasione" si fonda sulla *creaturalità dell'uomo* che offre ad ogni persona la più alta dignità rispetto a tutte le creature terrene, e rende ogni vita *non disponibile* a nessuna situazione o atto che possa nuocerla o sopprimerla:
-nella fase iniziale, ad esempio, con la distruzione degli embrioni, con l'aborto, con il controllo delle nascite e della fertilità;
-nella fase terminale con la sospensione dell'alimentazione e della idratazione artificiale, con il suicidio assistito, con l'eutanasia o con la morte ritardata (accanimento terapeutico).
Concetto chiaramente ribadito dalla "Congregazione della Dottrina della Fede": "La vita umana è sacra perché, fin dal suo inizio, comporta l'azione creatrice di Dio e rimane per sempre in una relazione specifica con il Creatore, suo unico fine. Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente"[172], da san Giovanni Paolo II: "Di questa vita (…) Dio è l'unico signore: l'uomo non può disporne"[173] e da Benedetto XVI che lo ha presentato come un "principio non negoziabile"[174]. E anche papa Francesco nei suoi discorsi con il "passaggio" definito da molti il "passaggio da una teologia dottrinale a una "teologia esistenzialista", cioè il partire dal vangelo per giungere all'etica, è in piena linea con i suoi predecessori. Annota D. E. Viganò: "dal punto di vista della dottrina Bergoglio non è certo un rivoluzionario, questo è se mai un equivoco che nasce dalla natura innovativa della sua comunicazione"[175].

Dunque, i principi "difesi dalla Chiesa", implicano in positivo la norma dell'accoglienza e del rispetto della vita e, in negativo, il rifiuto della sua menomazione e soppressione. Una riflessione sul pregio della bioetica cattolica chiarendone le motivazioni è quella di F. D'Agostino e L. Pallanzani: "A ben vedere, la bioetica 'cattolica' è confessionale come qualsiasi altra bioetica religiosa, ma non fideistica o dogmatica, nella misura in cui elabora anche razionalmente in modo complementare alla fede i discorsi bioetici: non è arazionale o irrazionale, non impone al credente una accettazione cieca e acritica della verità, ma esige una comprensione del significato della fede alla luce della ragione, che illumini e rafforzi la fede. La prospettiva 'cattolica' è la prospettiva di chi partendo dall'esistenza di Dio (giustificabile anche sul piano della ragione),

[170] "(La Chiesa Cattolica) nel proporre principi e valutazioni per la ricerca biomedica sulla vita umana attinge alla luce sia della ragione che della fede", CONGREGAZIONE DELLA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dignitas personae*, n. 3;
[171] Nell'Enciclica *Fides e ratio*, san Giovanni Paolo II definisce la filosofia: "la via per conoscere fondamentali verità concernenti l'esistenza dell'uomo" (n. 5).
[172] CONGREGAZIONE DELLA DOTTRINA DELLA FEDE, *Donum vitae*, Introduzione 4.
[173] *Evangelium vitae*, op.cit., n. 39.
[174] Cfr.: Discorso ai partecipanti al Convegno promosso dal Partito Popolare Europeo, 30 marzo 2006.
[175] D.E. VIGANÒ, *Fratelli e sorelle, buonasera. Papa Francesco e la comunicazione*, Carrocci, Roma 2016, pg. 146.

fonda la spiegazione dei principi e dei valori bioetici"[176]. Interessante per comprendere il pensiero precedente è questa risposta di papa Francesco come risposta a una domanda riguardante l'aborto: "Sull'aborto, voi sapete come la pensa la Chiesa. Il problema dell'aborto non è un problema religioso: noi non siamo contro l'aborto per la religione. No. E' un problema umano, e va studiato dall'antropologia. Studiare l'aborto incominciando dal fatto religioso, è scavalcare il pensiero. Il problema dell'aborto va studiato dall'antropologia. E sempre c'è la questione antropologica sull'eticità di far fuori un essere vivente per risolvere un problema. Soltanto voglio sottolineare questo: io non permetto mai che si incominci a discutere il problema dell'aborto dal fatto religioso. No. E' un problema antropologico, è un problema umano"[177].

Per quanto riguarda il rapporto con la scienza e la ricerca questa è la posizione della Chiesa cattolica. "La scienza e la tecnica richiedono, per loro intrinseco significato, il rispetto incondizionato dei criteri fondamentali della moralità: debbono essere cioè al servizio della persona umana, dei suoi diritti inalienabili e del suo bene vero e integrale secondo il progetto e la volontà di Dio"[178]. Con mille sollecitazioni per un'etica condivisa ma rispettosa e conscia del valore dell'uomo nella sua globalità, la Chiesa cattolica ha sempre manifestato la sua voce. Soprattutto a seguito del Concilio Vaticano II, questa Istituzione, si è aperta al dialogo e all'interscambio col mondo contemporaneo consapevole di poter offrire un contributo essenziale alla "salvezza dell'uomo", arricchendosi a sua volta in questo confronto. Papa Paolo VI, Giovanni Paolo II, Benedetto XVI e Francesco, in varie occasioni, hanno dichiarato fondamentale il contributo di "tutti indistintamente", laici e cristiani, credenti o non, società civile e confessionale per integrare e moltiplicare le risorse umane, le sole adattabili e rinnovabili anche nelle circostanze più drammatiche ed imprevedibili. Per questo, con spiccata sensibilità ma anche con ponderazione, la Chiesa cattolica invita al dialogo rispettoso con quanti che pur riferendosi a presupposti differenti dai suoi, sono disponibili alla ricerca di orientamenti e di soluzioni che risultano rispettose dei valori umani fondamentali. Ciò è riassunto da san Giovanni Paolo II quando affermò: "Dobbiamo promuovere un confronto serio ed approfondito con tutti, anche con i non credenti, sui problemi fondamentali della vita umana, nei luoghi di elaborazione del pensiero, come nei diversi ambiti professionali e là dove si snoda quotidianamente l'esistenza di ciascuno"[179].

2.Bioetica laico secolare della "Qualità della vita"

Nell'ambito laico secolare troviamo varie impostazioni e vedute eterogenee che evidenziano la distinzione tra "vita biologica" e "vita umana", ed il concetto che "la vita", non essendo reputata un dato metafisico, è connotata prevalentemente dalla caratteristica della *qualità* come ricordato dal filosofo Seneca: "non è un

[176] F. D'AGOSTINO – L. PALAZZANI, *Bioetica. Nozioni fondamentali* (II ed.), La Scuola, Brescia 2013, pg. 79.
[177] Conferenza stampa di papa Francesco nel viaggio di ritorno dall'Irlanda, 26 agosto 2018.
[178] Cfr.: *Donum vitae*, op. cit., Introduzione, n. 2.
[179] *Evangelium vitae*, op.cit., n. 95.

bene vivere, ma il vivere bene"[180] e da J. S. Mill che giunge alla seguente conclusione: "su se stesso, sulla sua mente e sul suo corpo, l'individuo è sovrano"[181].

Dunque, la bioetica laico secolare, si fonda sull'autonomia/autodeterminazione, e la vita non è un bene oggettivo in sé e per sé, ma un bene da "poterne disporre". Pertanto, non è la vita in quanto tale o l' espressione di una volontà divina ad essere rilevante ma *la sua qualità* che si trasforma in conseguenza a vari elementi. Per questa ragione, in particolari circostante, può anche essere interrotta. Il suo valore non è intrinseco, ma subordinata alle modalità in cui è vissuta.

Evidenziamo le principali proposizioni di questa visione[182].

1.*La disponibilità della vita* in rapporto alla sua qualità. Di conseguenza non possono esserci limiti pregiudiziali alla volontà di auto-determinazione e di auto-manipolazione.

2.L' autonomia decisionale dell'uomo nello scegliere come vivere e come morire rispetto a ordini sacri o profani precostituiti. La responsabilità è personale e non delegabile ad altri. Da qui, il rifiuto del paternalismo medico e il diritto di intervenire attivamente nel rapporto con il medico per accettare o rifiutare le cure a seguito di una corretta e completa informazione.

3.L'assenza di divieti assoluti nella società, come pure *di un pensiero morale* valido per tutti e in ogni tempo, e le conclusioni devono essere sempre soggettive e provvisorie. Da qui la proposta di un'etica che si adatti alle trasformazioni richieste dalle società pluraliste.

4.*L'eterogeneo valore qualitativo delle vite,* giungendo alle posizioni radicali di alcuni autori. Un enigmatico esempio è P. Singer, filosofo utilitarista australiano e docente alla Melbourne University, conosciuto dai più come uno dei padri del movimento per i diritti degli animali nel mondo[183]. Per questo filosofo, le persone si suddividono in "tre categorie" in base alla capacità di esercitare la libertà. Un altro elemento sottolineato da Singer nella sua classificazione è l'attitudine di percepire il piacere o il dolore. Di conseguenza, nella sua casistica, sono presenti:

**gli esseri autocoscienti:* cioè gli adulti capaci di conoscere e di volere. Ma anche alcuni animali che posseggono una peculiare intelligenza (gorilla, scimpanzé, orango…). Nei riguardi di questi il rispetto dell'autonomia dovrà essere totale;

**gli esseri coscienti:* feti, neonati, persone con disabilità o patologie mentali, alcuni animali. Nei loro confronti si pone il problema della massimizzazione del piacere e della minimizzazione della sofferenza;

**gli esseri non coscienti:* embrioni, neonati anencefalici, persone in stato vegetativo persistente… Non pongono questioni etiche, poichè non vivranno mai una degna qualità di vita. Di conseguenza, la loro soppressione, risulta moralmente accettabile.

A Singer, fa eco tra i molti, il filosofo e medico statunitense H.T. Engelhardt

[180] L. A. SENECA, *Lettera a Lucilio*, vol I, libro 8°, lettera 70, Rizzoli, Milano 1999, pg. 447.
[181] J. S. MILL, *Saggio sulla libertà*, Il Saggiatore, Milano 1993, pg. 71.
[182] Un documento di riferimento della bioetica laicista italiana è *Manifesto di bioetica laica del* 25 novembre 2005.
[183] Il suo pensiero riguardo agli animali è descritto nel testo: P. SINGER, *Liberazione animale*, Il Saggiatore, Milano 2010.

sostenendo: “non tutti gli esseri umani sono persone. I feti, gli infanti, i ritardati mentali gravi e coloro che sono in coma senza speranza costituiscono esempi di non persone umane. Tali entità sono unicamente membri della specie umana. Non hanno status, in sé e per sé, nella comunità morale. Non sono partecipanti primari all’impresa morale. Solo le persone umane hanno questo status”[184].

In queste visioni è assente il *concetto di natura* che indica che l’uomo non si dona da solo la vita ma è soggetto a leggi biologiche e morali. Alla “legge morale naturale”, ad esempio, queste correnti, hanno sostituito il pensiero che la persona costruisce liberamente se stessa, e di conseguenza, non è vincolata da nessun limite. Significativa è l’affermazione di Singer sull’eutanasia: “Sarebbe molto più rispettoso della libertà e autonomia individuale legalizzare l'eutanasia, e lasciare decidere ai pazienti se la loro condizione sia sopportabile o no (…). La forza dell'argomento per l'eutanasia volontaria consiste in questa combinazione di rispetto per le preferenze, o autonomia, di coloro che decidono per l'eutanasia, e una chiara base razionale per la decisione stessa”[185].

Questo modello, inoltre, attribuisce ampia importanza alla ricerca scientifica e tecnologica, indipendente dai valori che potrebbero essere compromessi o sacrificati. “Ogni limitazione alla ricerca scientifica imposta nel nome dei pregiudizi equivale in realtà a perpetuare sofferenze che potrebbero essere evitate”[186].

3. Valutazioni

Come abbiamo potuto constatare, la bioetica laico secolare offre ampia attenzione al concetto di *qualità della vita* soprattutto di fronte al dolore e alla sofferenza; ma il concetto richiede alcune riflessioni.

La dicitura “qualità della vita” è d’uso comune coinvolgendo la sfera societaria e personale, estendendosi dalla salute al desiderio di autoderminazione.

Indicativa, per comprendere l’odierna percezione della “qualità della vita”, è “l’irrealistica” definizione di salute proposta dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS): “Stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non solo assenza di malattia e di infermità”, cui fa seguito un’ambigua concretizzazione: “Lo stato di benessere fisico e mentale è necessario per vivere una vita piacevole, produttiva e ricca di significato”.

E’ opportuno sottolineare, per superare il rischio dell’utopia, che a nessuno sarà possibile realizzare contemporaneamente tutte le mete privilegiate dalla società, come pure i vari tipi di “benessere” proposti dall’OMS.

Perciò, in pochi, se dovessimo assumere come riferimento esistenziale l’espressione dell’OMS, riuscirebbero a programmare una vita piacevole, produttiva e ricca di significati. Questo ci fa affermare che la *qualità della vita* percepita unicamente in termini di beni, d’efficacia e di piacere contrasta con il concetto di *sacralità della vita,* poichè chi non raggiunge un livello minimale o affronta situazioni di completa compromissione, senza possibilità di recupero,

[184] H.T. ENGELHARDT, *The foudations of Bioethics*, Oxford University Press, New York 1986, tr. It. *Manuale di Bioetica*, Il Saggiatore, Milano 1991, pg. 126.
[185] P. SINGER, *Etica pratica*, Liguori editore, Napoli 1989, pg. 147.
[186] *Manifesto di bioetica laica*, op. cit.

smarrirebbe il significato dell'esistenza. Da qui l'interrogativo: come reputare gli handicappati gravi o mentali, gli affetti da alzheimer, i malati terminali o in stato vegetativo persistente?

La visione che esalta primariamente la "qualità della vita" è rischiosa nella sanità e nel socio-sanitario poichè valorizza unicamente le porzioni di esistenza riferibili alla materialità, tralasciando le dimensioni percepibili dai sensi (relazioni affettive, amore, amicizia, mutualità, solidarietà…) e l'aspetto spirituale.

E' quindi opportuno identificare parametri alternativi per definire "*una degna vita di qualità*", anche se immersa nel dolore, poichè una rilevante ed accettabile "qualità" può ottenerla anche il fragile e il malato grave.

Questa coincide:

-con il livello d'adattamento alle limitazioni esistenziali,

-con l'accoglienza positiva delle trasformazioni che la patologia comporta,

-con il significato attribuito a quel periodo della vita.

L'errore fondamentale sta nel coniugare il parametro di qualità con il concetto di salute, scordando che la malattia, la disabilità e le difficoltà sono parti costitutive del Dna di ogni uomo. E per quanti sforzi si faranno, sarà impossibile debellare totalmente l'infermità ed allontanare la morte, l'unica certezza di ogni uomo.

E' urgente, quindi, riappropriarsi della *cultura della malattia* che offra senso e significato al soffrire e valore di esperienza umana anche al morire.

L'esasperazione del concetto di qualità potrebbe anche diffondere subdolamente un clima culturale di morte oltre che un messaggio ambiguo: le condizioni di terminalità o di fragilità grave e invalidante non sono conciliabile con un'esistenza degna di essere vissuta. Di conseguenza, la vita di molti rischierebbe di trasformarsi, come ricordato da M. Melazzini[187], in una "patente a punti". "Oggi - afferma Melazzini - la vita è come una patente a punti: se perdi qualche funzione, ti scalano i primi punti. A un certo punto, se perdi molte funzioni, finisci il credito e ti tolgono la patente di persona"[188].

Chi possiede esperienze di attività ospedaliera, ben sa che nessun sofferente, quando gli sono offerte accettabili condizioni di assistenza e di affetto chiede "di morire".

Ma oggi, alcuni malati e disabili, devono quasi implorare di "essere liberi di vivere". Pensiamo, ad esempio, al complesso iter burocratico da percorrere per usufruire di interventi essenziali e vitali.

Il sofferente grave chiede di "essere libero di vivere", e tutti, in teoria, siamo d'accordo; ma chi lo assiste o lo sostiene economicamente…?

Attualmente, in Italia, nonostante le tutele Costituzionali e le molteplici leggi, centinaia di malati e di disabili devono implorare di poter "essere liberi di vivere", non essendo adeguatamente sorretti dallo Stato e dalla società civile.

Da qui l'appello ad impegnare le energie e le risorse a favore della vita che è la finalità ultima dell'arte medica.

---

[187] M. Melazzini, da malato di SLA, fu primario oncologo, assessore della Regione Lombardia, direttore generale dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco), presidente dell'AISLA (Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica).

[188] M. PANDOLFI, *Malati inguaribili, persone da curare. Con 100 domande a Mario Melazzini e l'appello dei malati di SLA*, Ares, Milano 2007, pg. 54.

Conclusioni

Di fronte alla drammaticità di alcune situazioni esistenziali e a tematiche bioetiche estremamente complesse, "ragionare" in termini di scontro confessionale è fuorviante.

Inoltre, secondo E. Sgreccia, la contrapposizione tra bioetica cattolica e bioetica laico secolare "è stata sviluppata, in buona misura artificiosamente. E' una polemica di alcuni centri e studiosi per contrapporre a una visione 'aperta' e 'rispettosa' delle scelte di tutti – quale sarebbe quella laica –, la visione cattolica indicata come 'chiusa' e 'intollerante', inaccettabile in una società pluralistica ed eterogenea come la nostra. L'opposizione tra 'bioetica cattolica' e 'bioetica laica' è dunque fuorviante e fittizia"[189]. E, con il pontificato di papa Francesco, cosa si è modificato? L. Lo Sapio, autore di un testo che esamina la posizione bioetica della Chiesa cattolica "nell'era di papa Francesco" afferma: "Sebbene sul piano dei principi di fondo non si rilevano cambiamenti, per cui non sono affatto venuti meno i due paradigmi in questione, sul piano del confronto pratico e della ricerca di soluzioni condivise lo scenario attuale risulta in parte trasformato. La maggiore disponibilità al dialogo e l'assenza di un atteggiamento di condanna verso ciò che è diverso e non assimilabile al proprio modo di vedere la realtà consentono, nei fatti, di costruire in talune circostanze, percorsi condivisi e piattaforme per il dialogo"[190].

Unicamente un costante e reale confronto tra differenti modelli valoriali, oltre che dimostrarsi positivo e prepositivo alla società civile, potrà evitare le prevaricazioni di alcune correnti ideologiche, consentendo di collocare nella giusta prospettiva i vari problemi che la scienza e la sanità devono affrontare.

Una provocazione finale: la clausola *"etsi deus non daretur"* posta alla base del pensiero laico secolare che a volte esclude a priori dal dibattito bioetico le prospettive che si riferiscono ai valori proposti dalla religione cattolica, non è *anti-pluralistico?*

[189] E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, Vol. I°, Vita e pensiero, Milano 1988, pp. 67-68.

[190] *Bioetica cattolica e bioetica laica nell'era di papa Francesco. Che cosa è cambiato?,* op. cit., pp. 191-192.

Parte Seconda
IL SORGERE DELLA VITA

CAP. 4.LA PROCREAZIONE UMANA RESPONSABILE

1.La vita umana

Introduciamo questo paragrafo riguardante la “procreazione umana” con un pensiero dello scrittore T. S. Eliot, premio Nobel per la letteratura nel 1946.

“*Esce di mano a Dio l'anima semplicetta. E volge ad un mondo di mutevoli varietà; luce e tenebra, secchezza o umido, gelo e calore. Confonde il fantastico e il vero, rende perplessi con gli interrogativi dell'essere e dell'apparire. Il dolore del vivere e la droga dei sogni piegano l'anima piccola. Prega per noi ora e nell'ora della nostra nascita*"[191].

L'invocazione finale è alquanto significativa di fronte alle inique manifestazioni nei confronti della vita ma anche perché - secondo un aforisma dello scrittore e poeta irlandese O. Wilde - "*vivere è la cosa più rara del mondo. La maggior parte della gente esiste, e questo è tutto*”[192] (da *Poesie, 2006).*

1.1.LA NASCITA NELL’ ANTICO E NEL NUOVO TESTAMENTO

La Bibbia narra alcune nascite con caratteristiche particolari.

- Realizzazione della promessa da parte di Dio della discendenza espressione della Sua benedizione. Ricordiamo lo sconforto che assalì Abramo nella lunga attesa di un figlio e i molteplici dubbi nei riguardi di Dio.
- Con un “compito specifico” da attuare. Ne sono esempio Mosè, Geremia, Natam, Giovanni Battista…

Anche il Regno di Dio inizia con una nascita.

A Betlemme, gli angeli, proclamano ai pastori: "Vi annuncio una grande gioia, oggi è nato per voi il Salvatore”[193].

L’evangelista Giovanni, nel prologo del suo Vangelo, rammenta che il "Verbo si è fatto carne e venne ad abitare in mezzo a noi”[194].

Questi episodi mostrano che “ogni nascita” è un evento misterioso ed immenso, comprensibile appieno unicamente se interpretato come un “*dono”*.

Ad ogni creatura Dio affida una vocazione e una missione da realizzare a servizio dell’umanità. Ogni uomo, malato o sano, ricco o povero, colto o analfabeta, è una parte o meglio una “tesserina” insostituibile del mosaico che il Creatore ha progettato di realizzare nella storia. Non importa la misura o il colore di questa; fondamentale è esistere guidati dalla certezza che la vita è “*un dono ricevuto per essere donato”.*

[191] T. S. ELIOT, *Poems*, 1920.
[192] O. WILDE, *Poesie*, 2006.
[193] VANGELO DI LUCA, 2,10.
[194] VANGELO DI GIOVANNI, 1,12.

1.2.I GENITORI COLLABORATORI DI DIO

Dio chiama i genitori con la paternità e con la maternità ad una particolare collaborazione alla sua azione di Creatore e di Padre come ricordano i primi capitoli del libro della Genesi.

Uomo e donna, due creature differenti ma complementari, si uniscono per forgiare una nuova vita.

Al sorgere della storia, quando Dio plasmò l'uomo e la donna a "*Sua immagine e somiglianza*", il Creatore agì in "*prima persona*"[195]. In seguito, si avvalse della cooperazione dell'uomo e della donna mediante determinate leggi naturali: "*Siate fecondi e moltiplicatevi*"[196].

Ogni vita, dunque, è un "dono di Dio" che si origina dall'amore del Creatore mediante la collaborazione indispensabile e responsabile della coppia, infatti il prefisso "pro" nella procreazione si riferisce a una funzione vicaria. È Dio che crea dal nulla un'anima umana immortale e la dona a ogni figlio che viene concepito. Ciò è manifestato nella gioiosa affermazione di Eva che esclamò di aver "acquistato un uomo dal Signore"[197]. "L'esclamazione di Eva, 'madre di tutti i viventi', si ripete ogni volta che viene al mondo un nuovo uomo ed esprime la gioia e la consapevolezza della donna di partecipare al grande mistero dell'eterno generare; infatti, gli sposi partecipano della potenza creatrice di Dio"[198]. Ne consegue che matrimonio, famiglia e generazione, sono l'espressione naturale della comunicazione dell'amore. Ricorda monsignor M. Camisasca: "l'uomo e la donna si uniscono mettendo in comune dei patrimoni genetici e simbolici che vengono da lontano e che danno origine a un nuovo essere umano. Nel far questo capiscono che la vita che hanno donata è essa stessa un dono che hanno ricevuto. La novità che introduce nel mondo il nuovo nato è una novità assoluta, non una trasformazione di ciò che già esiste. Generare persone, dunque, è una novità universale che esiste in tutti i tempi e in tutti i luoghi della terra. Come ha scritto Hannah Arendt, 'in ogni nascita un nuovo inizio appare all'interno del mondo, un mondo nuovo è virtualmente giunto all'esistenza' (*La nature du totalitarisme*, Payot, Paris 1990, pg. 342). Questo mondo nuovo è la persona"[199].

Però, il desiderio e la volontà dei genitori che offrono con la loro disponibilità le premesse alla vita, sono fondamentali ma insufficienti. "Affermando che i coniugi, come genitori, sono collaboratori di Dio Creatore nel concepimento e nella generazione di un nuovo essere umano non ci riferiamo solo alle leggi della biologia; intendiamo sottolineare piuttosto che nella paternità e nella maternità umane Dio stesso è presente in modo diverso da come avviene per ogni altra generazione sulla terra. Infatti, soltanto da Dio può provenire quell'immagine e somiglianza che è propria dell'essere umano, così com'è avvenuto nella creazione. La generazione è la continuazione della creazione"[200].

I coniugi, dunque, cooperano con Dio, non unicamente a livello biologico ma

[195] Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, 1,27.
[196] Cfr.: LIBRO DELLA GENESI, 1,28.
[197] LIBRO DELLA GENESI, 4,1.
[198] CONCILIO VATICANO SECONDO, Costituzione Pastorale *Gaudium et spes*, n. 14.
[199] M. CAMISASCA, *Discorso alla città di Reggio Emilia in occasione del patrono san Prospero*, 24 novembre 2014.
[200] *Gaudium et spes*, op. cit., n. 14.

anche spirituale essendo la generazione un evento simultaneo e unitario[201]. Ma, rammentava san Paolo VI nell' enciclica "Humanae vitae": "Nel compito di trasmettere la vita, gli sposi non sono liberi di procedere a proprio arbitrio, come se potessero determinare in modo del tutto autonomo le vie oneste da seguire, ma, al contrario, devono conformare il loro agire all'intenzione creatrice di Dio, espressa nella stessa natura del matrimonio e dei suoi atti, e manifestata dall'insegnamento costante della Chiesa"[202].

Purtroppo, nella nostra società, che ha eclissato il "senso di Dio" e, di conseguenza svanito il valore dell'uomo, come affermato più volte da san Giovanni Paolo II: "La creatura senza il Creatore svanisce (…). Anzi l 'oblio di Dio priva di luce la creatura stessa"[203], oppure: "Una volta escluso il riferimento a Dio, non sorprende che il senso di tutte le cose ne esca profondamente deformato, e la stessa natura, non più 'mater', sia ridotta a materiale aperto a tutte le manipolazioni"[204]; questa società ha smarrito anche la visione sacrale del generare, l'atteggiamento dello stupore e le espressioni di ringraziamento.

L'eclissi del sacro, accennato in precedenza, la notiamo anche dal fatto che il battesimo, che dovrebbe rappresentare uno dei primi doni per il figlio, o viene procrastinato nel tempo o non è amministrato.

L'aver scordato la collaborazione che Dio richiede ai genitori, ha fatto dimenticare, come ricordato da papa Francesco il 29 dicembre 2014 all' "Associazione delle Famiglie Numerose" che "ognuno dei vostri figli è una creatura unica che non si ripeterà mai più nella storia dell'umanità. Quando si capisce questo, ossia che ciascuno è stato voluto da Dio, si resta stupiti di quale grande miracolo sia un figlio".

La mancanza dello stupore, provoca due atteggiamenti entrambi negativi:

-il rifiuto del figlio;

-la "ricerca" del figlio oltre ogni razionale considerazione.

Ma "l'amore non è solo sentimento, è decisione"; quindi i figli "non sono oggetti né da produrre né da pretendere o contendere e non sono a servizio dei desideri degli adulti"[205].

1.2.1.IL RIFIUTO DEL FIGLIO

In un tempo lontano i figli significavano "ricchezza": c'erano tante bocche da sfamare, questo sì, però una volta cresciuti erano "redditi" per la famiglia.

Oggi, invece, varie coppie per motivazioni psicologiche, sociali ed economiche, temendo il futuro e l'imprevedibile che accompagna questi decenni di difficoltosa congiuntura economica, temono nel generare un figlio. Di conseguenza, attuano metodi ed espedienti vari per evitare una gravidanza.

Obiettivamente, dobbiamo riconoscere la presenza, in varie situazioni, di problemi concreti: entrambi i coniugi lavorano per far fronte al vertiginoso aumento del costo della vita o agli impegni assunti in passato, a volte le donne subiscono penalizzazioni negli ambiti lavorativi a seguito di una maternità, oppure non sono

[201] Cfr.: *Gaudium et spes,* n. 14.
[202] PAOLO VI, Enciclica *Humanae vitae*, n. 10.
[203] *Evangelium vitae*, op. cit., n. 36.
[204] *Evangelium vitae*, op. cit., n. 12.
[205] A. BAGNASCO, *Prolusione all'Assemblea Generale della CEI*, Assisi 11 novembre 2014.

assunte poiché giovani, oppure subiscono una precarietà occupazionale.
Un'altra motivazione riguarda il fatto che "i figli costano", scordando proposte educative al sacrificio, alla sobrietà e alla rinuncia al superfluo, dimenticando che fino agli anni 70' del XX secolo, pur essendoci una notevole povertà, la maggioranza delle famiglie erano numerose. Ma anche oggi, se ci guardassimo attorno attentamente, scopriremmo degli splendidi esempi di nuclei familiari numerosi, non particolarmente benestanti, ma ricchi di gioia, di entusiasmo e di progetti per il futuro.

Generare dei figli in Italia espone realmente la famiglia al rischio povertà, infatti una famiglia su quattro con tre o più figli vive nella "ristrettezza economica". Ci troviamo in questa situazione poichè negli ultimi decenni la politica, non solo non ha sostenuto valorialmente ed economicamente le famiglie, ma in alcuni casi le ha pure fortemente penalizzate.

Infine, altri elementi che contribuiscono al calo delle nascite sono l'aborto, l'uso e l'abuso della contracezzione, la promozione della sessualità fluida, la notevole diminuzione dei matrimoni e l'esponensiale incremento delle separazioni e dei divorzi sempre più semplificati da una inacettabile normativa.
Ma, "l'apertura alla vita", è basilare sia per il futuro societario come pure per sconfiggere la crisi economica che ci accompagna da alcuni anni.
Ricordava il Messaggio dei vescovi italiani in occasione della "XXXV Giornata Nazionale per la Vita" dal titolo: "*Generare la vita, vince la crisi". "*Donare e generare la vita significa scegliere la via di un futuro sostenibile per un'Italia che si rinnova: è questa una scelta impegnativa ma possibile (…). La disponibilità a generare, ancora ben presente nella nostra cultura e nei giovani, è tutt'uno con la possibilità di crescita e di sviluppo: non si esce da questa fase critica generando meno figli o peggio ancora soffocando la vita con l'aborto, bensì facendo forza sulla verità della persona umana, sulla logica della gratuità e sul dono grande e unico del trasmettere la vita, proprio in una situazione di crisi"[206].

Il basso tasso di natalità che si registra nel contesto societario italiano è un indice altamente negativo per la qualità di vita del nostro Paese e per il suo futuro. Nel 2018 in Italia si è toccato il "minimo storico" di nascite dagli anni della Prima Guerra Mondiale. Secondo i dati Istat 449mila nascite (358mila da madri italiane e 91mila da madri straniere); 9mila in meno rispetto al 2017 che già aveva avuto una diminuzione di 6mila bebè rispetto al 2016. Un numero che impressiona maggiormente se lo confrontiamo con il 1964 quando nacquero oltre il doppio dei bambini. L'indice di natalità per donna in età fertile nel nostro Paese è del 1,32%, mentre per un corretto equilibrio della popolazione occorrerebbe un indice di crescita minima del 2,16 %. E l'eta media del primo parto è di 32 anni. In rapporto alle nazioni occidentali il nostro Paese ha la fecondità più bassa. E il fenomeno, avrà preoccupanti ripercussioni nel futuro intergenerazionale ed economico. Dai calcoli statistici si ipotizza che nel 2020 "l'indice di vecchiaia", cioè il rapporto percentuale tra le persone ultrasettantacinquenni e gli adolescenti con meno di quindici anni, supererà il 120%. Si comprende la gravità del dato esaminando i risultati dei censimenti degli ultimi decenni: la percentuale del rapporto nel 1951 era del 40%, nel 1991 del 80%, nel 2001 del 91% e nel 2011 del 104%.

[206] CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Messaggio per la XXXV Giornata Nazionale per la vita*, 2013.

Mentre il secolo XX fu caratterizzato dal "baby boom" nonostante la recessione economica degli anni '30 e la Seconda Guerra Mondiale, il XXI sarà distinto dell'invecchiamento della popolazione poiché lo standard prevalente delle famiglie è il "figlio unico". Ma, con il "figlio unico", sarà catastrofe poiché la maggioranza delle famiglie non riuscirà a soddisfare i bisogni che sorgeranno nella stessa; pensiamo, ad esempio, alla gestione dei genitori anziani nelle famiglie mononucleali. Anche l'attuale sistema sanitario "universalistico", non reggerà di fronte alle richieste della popolazione anziana, maggiormente soggetta alle malattie e, in molti casi, affetta da polipatologie cronico-degenerative, bisognosa di farmaci, d'indagini diagnostiche e di ricoveri ospedalieri frequenti. E il sistema previdenziale potrebbe trasformersi in un miraggio! Più tempo trascorre maggiormente sono compromesse le possibilità di compensare con nuove nascite l'emorragia della popolazione.

La velocità dell'invecchiamento dei cittadini italiani, l'ampiezza dei problemi connessi, l'incapacità a livello politico e culturale dell'analisi dei dati e della programmazione delle soluzioni e la rigidità sociale, stanno trasformando l'aspetto demografico in un drammatico problema di cui purtroppo, pochi, si rendono conto. E anche la famosa "alta fecondità degli immigrati", su cui si contava, è ormai un mito, considerato che nell'arco di appena cinque anni il "numero di figli" per donna fra le straniere residenti in Italia è sceso da 2,5% a 2,1%.

Ricordano ancora i vescovi italiani che generare la vita "richiede alla politica una gerarchia di interventi e la decisione chiara di investire risorse sulla persona e sulla famiglia, credendo ancora che la vita vince anche la crisi"[207].

Un altro dato da non tralasciare riguarda i residenti nel nostro Paese 60milioni e 391mila, al 1 gennaio 2019 (55milioni e 175mila italiani e 5milioni e 234mila stranieri), in totale oltre 90mila in meno rispetto all'anno precedente anche se i decessi nel 2018 sono stati 636mila, 13mila in meno rispetto all'anno precedente. Si è allungata invece l'aspettativa di vita: 80,8 per gli uomoni (+0,2 rispetto al 2017) e 85,2 per le donne (+0,3).

"L'inverno demografico" però attanaglia la maggioranza dei Paesi del globo da quelli dell'intera Europa (Francia: 12mila in meno ogni anno da quattro; Spagna: nel 2018s ono nati 520mila bambini, un terzo in meno rispetto al 2008), al Nord America, dai Paesi del Golfo a quelli dell'Asia Pacifico. A mantenere alti i tassi di fecondità c'è ormai soltanto l'Africa e l'America del Sud. Anche la Cina sta vivendo un periodo negativo. Negli anni '80 del XX secolo, le autorità cinesi, imposero il "Programma di Controllo delle Nascite" che obbligava il "figlio unico". "Chi viola queste regole" scriveva B. Cervellera, missionario del PIME e responsabile dell'agenzia giornalistica Asia News, "rischia multe salatissime, aborto forzato anche al nono mese, infanticidio, distruzione della casa o requisizione dei beni"[208]. Gli effetti furono drammatici. "Lo stato si vanta dei successi raggiunti: 300 milioni di nascite in meno in 21 anni"[209]. La "miopia" di questa strategia provocò un catastrofico divario tra la popolazione in età produttiva e quella in età avanzata. Di fronte al rischio di collasso del sistema

[207] *Messaggio per la XXXV Giornata Nazionale per la Vita*, op. cit.
[208] B. CERVELLERA, *Missione Cina*, Ancora, Milano 2003, pg. 140.
[209] *Missione Cina*, op. cit., pg. 143.

economico in pochi anni, nel 2012 il governo abolì la norma restrittiva, e nei primi mesi del 2018, la "pianificazione familiare" uscì definitivamente dalle competenze del Partito.

A livello planetario, secondo un studio pubblicato dalla rivista *The Lancet* nel novembre 2014, e firmato da quattro esperti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (Bleard, Bormea Suzman e Chatterji coordinatore dello studio), si prevede che gli anziani saranno nel 2020 oltre il 20% del totale della popolazione mondiale e a metà di questo secolo, circa 2 miliardi di persone saranno anziane. Un ultimo dato non incoraggiante: la demenza senile che oggi affligge 44milioni di persone, nel 2050 ne colpirà 135milioni.

Nell'ultimo numero del 2018 della rivista *The Lancet* che presenta una serie di approfondimenti demografici e sanitari mostrando l'evoluzione globale della popolazione mondiale dal 1950 al 2017 si afferma che alcune scelte politiche possono causare cambiamenti anche in tempi relativamente brevi. L'esempio riportato è quello della Romania, dove N. Ceausescu nel 1966 vara una legge contro l'aborto e in un anno si registrano il 100% in più delle nascite rispetto al 1965[210]. Questo articolo ci propone un importantissima riflessione: se fossimo davvero preoccupati da questa drammatica situazione agiremmo senza indugio per il bene comune, cominciando proprio dalla legge sull'aborto, ovviamente il tutto sostenuto da prioritarie normative a favore della famiglia.

Una Nazione che non mobilita le energie per infondere fiducia nei cittadini ad investire a favore della ricchezza maggiore, vale a dire la vita, è destinata dunque ad un lento ma inesorabile declino.

A questo proposito osservava il cardinale J. Ratzinger: "C'è una strana mancanza di voglia di futuro. I figli, che sono il futuro, vengono visti come una minaccia per il presente. Ci portano via qualcosa della nostra vita, così si pensa. Non vengono sentiti come speranza, bensì come limitazione. Il confronto con l'Impero Romano al tramonto si impone: esso funzionava ancora come grande cornice storica, ma in pratica viveva già di quei modelli che dovevano dissolverlo, aveva esaurito la sua energia vitale"[211].

La conclusione del paragrafo la lasciamo alla domanda presente nel Messaggio dei Vescovi Italiani per la 37° Giornata Nazionale della Vita" (1 febbraio 2015): "i bambini che nascono oggi, sempre meno, si ritroveranno ad essere come la punta di una piramide sociale rovesciata, portando su di loro il peso schiacciante delle generazioni precedenti. Incalzante, dunque, diventa la domanda: *che mondo lasceremo ai figli, ma anche a quali figli lasceremo il mondo?*".

1.2.2.LA RICERCA OSSESSIONATA DEL FIGLIO; IL CASO DELLE "MAMME-NONNE"

All'opposto delle coppie che "rifiutano i figli", altre si caratterizzano per un *puerismo narcisistico*, proiettando nel figlio le attese e il bisogno di riconoscimento; di conseguenza lo ricercano con spasimo, ritenendolo "un loro

[210] *Population and fertility by age and sex for 195 countries and territories, 1950–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017*, The Lancet, Vol. 392, 10 novembre 2018, pp. 1195-2051.

[211] M. PERA- J. RATZINGER, *Senza radici*, Mondadori, Milano 2004, pg. 60.

diritto". Alcune donne, con scarsa responsabilità, sostengono la maternità in età avanzata, in ogni situazione, anche all'esterno del matrimonio o in coppie omosessuali.

Spesso, siamo messi a conoscenza, che donne oltre i 50 anni, a volte all'approssimarsi dei 60, hanno generato dei figli. E negli ultimi anni, il fenomeno delle cosiddette "mamme-nonne" è in costante aumento. Ciò preoccupa, poichè queste "situazioni anomale", stanno trasformandosi in "fenomeno culturale", mostrando naturale "il diritto" al figlio ad ogni età.

Il "New York Magazine*",* pubblicò in copertina nel marzo 2017 la foto di una signora sessantenne nuda, al settimo mese di gravidanza, con la domanda: "*E' troppo vecchia per fare questo?*". E all'interno del settimanale un *dossier* di sette pagine, in cui l'autrice L. Miller, prendeva posizione contro "il pregiudizio che queste coraggiose mamme sono costrette ad affrontare". Ma nell' articolo nessuna riflessione a favore dei bambini!

Nei confronti di questi atti egoistici, che volendo ampliare alcuni diritti soggettivi, mostrano l'incapacità della donna ad ammettere i propri limiti, *il giudizio è totalmente negativo*. Si pone a rischio il futuro dei figli, poichè in età biologicamente avanzata, il padre e la madre non saranno idonei ad esercitare il ruolo di genitori, soprattutto a livello educativo, per l'ampio scarto generazionale e per le forze fisiche e psicologiche sempre minori[212].

Impressionò la fotografia di *Marilyn McReavy Nolen* pubblicata da una rivista. Ex allenatrice di squadre di pallavolo, tra cui quella olimpionica degli Stati Uniti nel 1968, a 55 anni partorì due gemelli. Nell'immagine, lei con i capelli biondi, le labbra e il collo con vistose rughe e le mani coperte da ampie macchie, posava con Travis e Rhan di sei anni. Era il ritratto di una "nonna" non di una "mamma"!

In Italia, la legge 40/2004, riconoscendo il diritto del nascituro ad una famiglia biologicamente armonica, proibisce all'articolo 5 la procreazione medicalmente assistita alle donne che hanno superato l'età potenzialmente fertile.

Ma l'uso irresponsabile della libertà, fa compiere ad alcuni genitori, la follia di recarsi all'estero per ottenere ciò che in Italia giustamente è vietato.

2.La famiglia culla della vita

Trattando la procreazione è doveroso accennare al ruolo della famiglia

[212] *Lasciamo la parola ad una giovane donna che ha vissuto l'esperienza di figlia di "genitori-nonni". La testimonianza espone con profonda sofferenza e grande realismo il futuro dei figli partoriti in età avanzata.*

"Mio padre ha 86 anni, io 31". Il padre alla sua nascita aveva 55 anni.

"Tra me e mio padre c'è stato un gap generazionale incolmabile, oserei dire abissale. In più non ho mai visto mio padre a lavoro, essendo andato in pensione quando avevo 9 anni. Quando io volevo correre e andare in bicicletta lui ha smesso, quando io ho cominciato a scoprire il mondo fuori dalla mia città lui ha smesso di viaggiare. E così via per tantissime cose. Più che un padre ho avuto un nonno, sempre più lontano dal mondo che scorre tutto intorno. Mio padre, ad esempio, non sa chi siano Freddy Mercury o i Doors. Punti in comune zero! Ed ora che, in questo periodo non facile, sto tentando di consolidarmi un futuro lavorativo ed affettivo, mio padre mi dà pensieri, poiché in rapido declino cognitivo. E questo è un grosso peso, non vivendo più nella stessa città. Infine mi vedo costretta a rinunciare alla possibilità di esperienze lavorative fuori dall'Italia per potergli stare dietro quel poco che posso".

La sua conclusione: "Mi dispiace, ma chi fa un figlio in tarda età è solo un egoista. Un figlio non è un diritto, ma un dono; nè tanto meno deve essere un investimento per risparmiare sulla badante. Scusate la crudezza, ma questa è la realtà che vivo in prima persona" (*Dal forum del Corriere della Sera*).

eterosessuale, sancita dal vincolo del matrimonio, riconosciuto fondamentale sia dalla Costituzione Italiana che gli riserva alcuni articoli (cfr.: artt. 29-31 e 37), dai quali trarre indicazioni basilari sulla sua natura e sulla sua rilevanza giuridica, che dalla Dottrina della Chiesa Cattolica come ben evidenziato da papa Francesco: "La famiglia rimane al fondamento della convivenza e la garanzia contro lo sfaldamento sociale. I bambini hanno il diritto di crescere in una famiglia, con un papà e una mamma, capaci di creare un ambiente idoneo al loro sviluppo e alla loro maturazione affettiva. Per questa ragione, nell'Esortazione apostolica Evangelii gaudium, ho posto l'accento sul contributo 'indispensabile' del matrimonio alla società, contributo che 'supera il livello dell'emotività e delle necessità contingenti della coppia' (n. 66)"[213].

La famiglia, colonna fondante della società, oggi è attaccata in molteplici luoghi e modi: dalle convivenze alla Legge 20 maggio 2016, n. 76**: "**Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze", cioè della legalizzazione delle unioni omosessuali.

E' "irresponsabile", ricordava il cardinale A. Bagnasco, "indebolire la famiglia, creando nuove figure per scalzare culturalmente e socialmente il nucleo portante della persona e dell'umano", e tutto ciò "con distingui pretestuosi" che hanno l'unico scopo "di confondere la gente" e "di essere una specie di cavallo di Troia di classica memoria"[214].

2.1.LA FAMIGLIA FONDATA SUL VINCOLO DEL MATRIMONIO TRA UN UOMO E UNA DONNA

La famiglia, fondata sul vincolo del matrimonio tra un uomo e una donna, oltre che trovare origine nella legge naturale è un' "istituzione divina", essendo Dio stesso l'ideatore di questa unione che ha come fondamento "*l'indissolubilità*". Il matrimonio dovrebbe raggiungere due altissime finalità: la crescita nell'amore dei coniugi e la loro cooperazione alla generazione e alla rigenerazione dei figli.

Dunque, come già affermato in precedenza, nell'ottica cristiana, la paternità e la maternità sono il prolungamento dell'azione creatrice di Dio.

I genitori, inoltre, sono chiamati anche alla "rigenerazione" dei figli nella fede chiedendo per loro il Battesimo che li costituisce "figli adottivi" di Dio e componenti della Chiesa inserendoli nella comunità cristiana.

Ma oggi "è in atto la più grave aggressione della storia all'avvenimento cristiano, ai valori cristiani, al patrimonio esistenziale cristiano. Solo delle anime eccezionalmente candide o eccezionalmente sciocche possono negarlo o non riconoscerlo. E questa aggressione trova uno dei principali bersagli proprio nella famiglia"[215].

Concordando con questa visione del cardinale G. Biffi di oltre vent'anni fa, identifichiamo i molteplici motivi che pongono in crisi l'istituto matrimoniale.

-I nefasti modelli culturali di rapporti offerti dal contesto socio-culturale.

-L' amore sempre più romantizzato.

---

[213] PAPA FRANCESCO, *Ai partecipanti al Colloquio internazionale sulla complementarietà tra uomo e donna, promosso in Vaticano dalla Congregazione per la Dottrina della Fede*, 20 novembre 2014.

[214] *Prolusione all'Assemblea Generale della CEI*, op. cit.

[215] G. BIFFI, *Intervento all'Assemblea diocesana dell'Azione Cattolica della Chiesa di Bologna,* 27.2.1994.

-Il martellante discredito dell' “impegno definitivo”.
-La rinuncia al “sacrificio” che ogni unione comporta.
-La separazione, in alcuni casi, tra matrimonio e procreazione.
-La figura che la donna ha dovuto assumere negli ultimi decenni: moglie, madre, lavoratrice.
-La figura del padre messa in discussione perdendo autorevolezza.
-La rinuncia di alcuni genitori all'educazione ai valori umani e cristiani, punti centrali di ogni programma pedagogico.
-L’esasperato individualismo.

Tra i molteplici compiti attribuiti alla famiglia, assume un’importanza primaria quello *educativo*.

E’ una delle sfide maggiori per i nuclei famigliari, che oggi soffrono profonde crisi di rapporti e, nella educazione dei figli, a volte sono impreparati a trasmettere *certezze e valori*, essendo condizionati e strumentalizzati da “una mentalità e da una forma di cultura che portano a dubitare del valore della persona umana, del significato stesso della verità e del bene, in ultima analisi della ‘bontà della vita’ *”*[216].

Per questo, notiamo negli educatori, una profonda crisi di fiducia che rende ostico modellare solide personalità.

E’ venuta meno la *capacità educativa dei genitori*, soprattutto dei più giovani, dove a volte sembrano assenti: il “coraggio dell'autorevolezza” nei confronti dei principi civili, sociali e religiosi; l'attitudine a trasmettere “l'identità valoriale” e la “memoria storica” della nostra cultura e delle nostre tradizioni; l’equilibrio tra “libertà” e “disciplina” affermando, nei modi più adeguati, dei “sì” e dei “no”, precisi e fermi, scordando il rilievo delle regole nella formazione del carattere e nella preparazione ad affrontare le sfide e le situazioni di disagio che la vita riserverà. Carenze che fanno crescere “frotte di ragazzi insicuri, incapaci di gestirsi e totalmente ego-riferiti*”*[217].

Si ha l'impressione, inoltre, che i genitori, in alcune situazioni, siano percepiti maggiormente come “amici” che come “educatori”, essendo faticoso mostrarsi autorevoli quando è carente la presenza, la competenza, il coinvolgimento personale e la credibilità. Nessun ragazzo, adolescente o giovane, accetterà norme prive di un volto e di una storia.

Scriveva D. Law Nothe nel libro “I bambini imparano ciò che vedono*”: ”*Se un bambino vive con la critica impara a condannare, se un bambino vive con l'ostilità impara ad essere violento, se un bambino vive con la gelosia impara ad invidiare. Se un bambino vive con la tolleranza impara ad essere paziente, se un bambino vive con la giustizia impara ad essere onesto, se un bambino vive con la serenità impara ad aver fede, se un bambino vive con l'accettazione e l'amicizia impara a scoprire l'amore presente nel mondo”[218].

Inoltre, in varie famiglie, *si ritiene fondamentale “l'avere” dimenticando “l'essere”.* Si propone come ideale prioritario “la ricerca della propria felicità” mediante il

[216]Cfr.: BENEDETTO XVI, *Lettera alla diocesi di Roma sul compito urgente dell’educazione,* 21 gennaio 2008.
[217]M. UNGAR, *Troppo protetti per il loro bene,* McClelland &Stewart 2009, pg. 24.
[218]D. LAW NOTHE, *I bambini imparano ciò che vedono,* Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1989, pg. 47.

perseguimento di una supremazia da esprimersi svincolata da ogni tipo di obbligo.
Non possiamo scordare che i genitori con alle spalle meno di mezzo secolo di vita, figli della modernità, sono cresciuti nella "società del benessere", quando nelle famiglie già si educava all'avere e si diffondeva pericolosamente l'ideologia del "figlio felice" da crescere senza rinunce e protetto nelle varie situazioni. Tutto era concesso; i sacrifici rimanevano unicamente a carico dei genitori. "Mi rendo conto che i miei due ragazzi (una figlia di 13 anni e un ragazzo di 16) sono cresciuti senza mai incontrare una vera difficoltà. E quando vado 'sul campo' vedo che chi ha dovuto affrontare percorsi più impervi ha sviluppato una serie di abilità che ai miei ragazzi mancano"[219].
E così, per i coniugi, è complesso affrontare le inevitabili difficoltà che la vita di coppia riserva e i figli, fragilissimi dentro ma pure sensibili ai valori se conosciuti ed insegnati, percepiscono un "malessere esistenziale", frutto di un'educazione che ha rifiutato la pedagogia del sudore, della correzione e del sacrificio.
Gli oggetti hanno sostituito il contatto umano e la relazione educativa creando un preoccupante vuoto e, quando questi non soddisfano più, si sfida la vita fino al suicidio. Le statistiche di mostrano che il suicidio tra gli adolescenti è la seconda causa di morte e quella tra i giovani della fascia 25-34 anni è, addirittura, la prima.
Privilegiare "l'essere" significa invece assumere come prassi uno stile quotidiano basato sul rispetto, sulla solidarietà, sul valore della giustizia, sulla difesa dei diritti di autonomia e di libertà dell'altro.
Alla base della cultura dell' "essere" stanno l'amore e la solidarietà intesi non come tecniche da imparare ma come comportamenti da assumere innanzitutto, nella famiglia, prendendosi a cura i figli e sentendosi responsabili non solo della propria felicità ma anche di quella altrui.
I nostri figli, sognando di divenire adulti "completi" e "maturi", implorano educatori preparati e motivati; genitori educatori, insegnanti educatori, sacerdoti educatori che costituiscano una rete di "complicità educativa" nella quale, ogni adulto, si ritenga responsabile della crescita dei propri figli e dei figli di tutti nella formazione alla "vita buona" e alla "bontà della vita".
Un ottimo punto di riferimento per identificare i comportamenti da assumere all'interno di questo nucleo, sono le indicazioni che san Paolo offre alle famiglie della comunità di Colossi[220].
"*Fratelli*", scriveva san Paolo, "*rivestitevi di sentimenti di misericordia, di bontà, di umiltà, di mansuetudine, di pazienza; sopportatevi a vicenda e perdonatevi scambievolmente; …e siate riconoscenti*"[221].
Questo è il clima che deve regnare nella famiglia affinché sia un'autentica comunità di amore.
Nessuna altra comunità è più profonda, unifica le persone, rende l'uomo felice come la famiglia. Ma, nessuna altra comunità è *esigente* come la famiglia! La famiglia offre ad ogni suo componente "il massimo" ma richiede un ingente impegno sia dei genitori che dei figli.

[219] *Troppo protetti per il loro bene*, op. cit., pg. 32.
[220] Cfr.: LETTERA DI SAN PAOLO AI COLOSSESI, 3,12-21.
[221] LETTERA DI SAN PAOLO AI COLOSSESI, 3,12-15.

E perché la famiglia possa offrire "il massimo" occorre favorire un clima fondato sulla bontà, sull'umiltà, sulla pazienza, sulla mansuetudine e sulla dolcezza.

Inoltre, non può mancare il perdono, che significa sopportazione vicendevole, capacità di chiarirsi e di spiegarsi. San Paolo in altro contesto affermava: "*Non tramonti il sole sopra la vostra ira*"[222]. Cioè, la sera, prima di addormentarsi è indispensabile chiarirsi e riconciliarsi, affinché il tempo non renda problematiche questioni banali.

Poi la riconoscenza: "*siate riconoscenti* !".

L'assenza di riconoscenza è la causa di varie freddezze e di innumerevoli incomprensioni.

E San Paolo continuava: "*La Parola di Cristo dimori tra voi abbondantemente*"[223].

Questo significa che Dio vuole essere "*l'ospite fisso"* nella famiglia. Un "ospite" che si ascolta, al quale ci si rivolge e che si prega.

"La memoria di Cristo rigenera continuamente il rapporto affettivo e coniugale. Il rapporto può proseguire nel tempo, proprio perché è rigenerato nel rapporto personale con Cristo (…). Siccome è questa stessa memoria che genera l'affettività, il rapporto nasce e continua se si riconosce l'altro come parte del mistero di Cristo"[224].

Importante è la partecipazione all'Eucarestia "fonte stessa del matrimonio cristiano". Infatti è "in questo sacrificio della nuova ed eterna alleanza che i coniugi cristiani trovano la radice dalla quale scaturisce, è interiormente plasmata e continuamente vivificata la loro alleanza coniugale"[225].

Non scordiamo, infine, questa esortazione di san Giovanni Paolo II: "Mamme, le insegnate ai vostri bambini le preghiere del cristiano? Li preparate, in consonanza coi sacerdoti, i vostri figli ai sacramenti della prima età: Confessione, Comunione, Cresima? Li abituate, se ammalati, a pensare a Cristo sofferente? A invocare l'aiuto della Madonna e dei santi? Lo dite il Rosario in famiglia? E voi, papà, sapete pregare coi vostri figlioli, con tutta la comunità domestica, almeno qualche volta? L'esempio vostro nella rettitudine del pensiero e dell'azione, suffragato da qualche preghiera comune, vale una lezione di vita, vale un atto di culto di singolare merito; portate così la pace nelle pareti domestiche"[226].

Un clima orante ha come conseguenza "l'educazione alla carità".

Ricordavano i nostri vescovi: "La famiglia è il primo luogo in cui l'annuncio del Vangelo della carità può essere vissuto e verificato in maniera semplice e spontanea: marito e moglie, genitori e figli, giovani ed anziani"[227]. Indicavano poi i comportamenti concreti: rapporto di reciproca carità tra uomo e donna, fedeltà coniugale, paternità e maternità responsabile e generosa, accoglienza degli anziani, aiuto alle famiglie in difficoltà[228].

San Paolo concludeva il brano affermando: "*voi figli obbedite ai genitori in tutto*

[222] PRIMA LETTERA DI SAN PAOLO AI CORINTI, 12,2.
[223] LETTERA DI SAN PAOLO AI COLOSSESI, 3,16.
[224] L. NEGRI, *Il Matrimonio,* Piemme, Casale Monferrato (Al) 2003, pp. 31-32.
[225] GIOVANNI PAOLO II, Lettera *Familiaris consortio*, n. 57.
[226] *Familiaris Consortio,* op. cit., n. 60.
[227] ETC n. 30.
[228] Cfr. ETC n. 30

(…). E voi padri non esasperate i vostri figli perché non si scoraggino"[229].
Parole sagge e di intenso equilibrio poichè la famiglia, come affermato in precedenza, offre "il massimo" unicamente se funziona, cioè se ciascuno, dai più grandi ai piccoli, fa sempre e bene la propria parte, ricordando che lo sposo è diverso dalla sposa ed essere genitori è differente dall'essere figli; ma sposo e sposa, genitori e figli sono "un'unica cosa" nell'unità della casa. "Quando parliamo di complementarietà tra uomo e donna in questo contesto, non dobbiamo confondere tale termine con l'idea semplicistica che tutti i ruoli e le relazioni di entrambi i sessi sono rinchiusi in un modello unico e statico. La complementarietà assume molte forme, poiché ogni uomo e ogni donna apporta il proprio contributo personale al matrimonio e all'educazione dei figli. La propria ricchezza personale, il proprio carisma personale, e la complementarietà diviene così di una grande ricchezza. E non solo è un bene, ma anche è bellezza"[230].

Due annotazioni finali.

1.L' educazione alla fede, ai valori e alla carità dovrà essere attuata anche nei vari ambiti educativi e scolastici. Da qui nasce l'impegno delle famiglie ad esigere dallo Stato, come già avviene in alcuni Paesi europei, la possibilità di scegliere liberamente la scuola per i propri figli, senza costi aggiuntivi, oltre che indicare i valori educativi che l'istituzione scolastica dovrà offrire.
Ciò trova il fondamento nel *principio di sussidiarietà* di cui abbiamo trattato in precedenza. Perciò "dobbiamo sostenere i genitori nella responsabilità di educare i figli, tutelando il loro imprescindibile diritto a dare ai figli l'educazione che ritengono più idonea. I genitori, infatti, rimangono i primi e principali educatori dei loro figli, pertanto hanno il diritto di educarli in conformità alle loro convinzioni morali e religiose"[231].
2.Attenzione all' "ideologia del Gender" che alcuni vorrebbero inserire nei programmi scolastici e che altri subdolamente mascherano.

Il Rapporto Censis del gennaio 2018 evidenza che in Italia troviamo 13.640.383 coppie regolarmente unite dal matrimonio religioso o civile, 10.154 convivenze di fatto e 7.513 unioni civili.

2.2.CONVIVENZE DI FATTO

Oggi il matrimonio è sostituito in vari casi dalla "convivenza", sia come periodo di prova precedente il "sì" definitivo, sia come scelta prolungata nel tempo. Ma purtroppo l' esperienza dimostra che alcune coppie, dopo un "periodo insieme", si sfasciano appena regolarizzata la loro situazione con il matrimonio religioso o civile.

Anche se in Italia ci si può sposare in "brevissimo tempo" e con "poche spese" recandosi di fronte a un sacerdote o a un ufficiale civile, negli ultimi anni sono enormemente accresciute le persone conviventi, convinti che l' istituzione matrimoniale non aggiunga valore alla loro unione e, nel caso la relazione si

[229] LETTERA DI SAN PAOLO AI COLOSSESI, 3.20-21.
[230] *Ai partecipanti al Colloquio internazionale sulla complementarietà tra uomo e donna, promosso in Vaticano dalla Congregazione per la Dottrina della Fede,* op.cit.
[231] PAPA FRANCESCO, *Discorso ai partecipanti alla plenaria del Consiglio delle Conferenze Episcopali Europee,* 3 ottobre 2014.

concludesse, sarebbero minori i vincoli burocratici da sciogliere nonostante l'approvazione del "divorzio breve".

Pur convinti che le "convivenze di fatto" tra un uomo e una donna, senza nessun vincolo giuridico, sappiano in parte offrire al figlio sia l'amore che un idoneo clima per la crescita, riteniamo negativo privare il bambino delle indispensabili "garanzie di stabilità" presenti nelle unioni civile o nel matrimonio.

E' quanto meno preoccupante che di fronte ad un figlio, si rifiuti ostinatamente la formalizzazione legale della vita coniugale.

Nella maggioranza dei casi, ciò avviene probabilmente "per paura"; non si vuole assumere "questa responsabilità" e la definitiva stabilità. Di conseguenza, ci chiediamo: L'incapacità decisionale non può essere letta come "un'ipoteca" sul futuro dei figli?

Quindi,le convivenze di fatto, sono un esempio lampante di fraintendimento della libertà e contemporaneamente di disimpegno nei riguardi delle responsabilità.

2.3.UNIONI CIVILI

Le Unioni Cicili sono regolamentate dalle Legge 20 maggio 2016, n. 76**:** **"**Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso e disciplina delle convivenze". Volgeremo, quindi la nostra attenzione su queste formazioni sociali composte da persone dello stesso sesso.

Chiariamo subito che non è prevista la cosiddetta "Stepchild adoption", cioè l'adozione di bambini, anche se in molti ci stanno lavorando per una sua approvazione: dalla senatrice Monica Cirinnà che ha come obiettivo un "matrimonio egualitario", ai "sindaci disobbedienti" che hanno riconosciuto la "doppia genitorialità omosessuale" con la trascrizione nelle anagrafi comunali di piccoli "nati" in queste "formazioni sociali", a volte anche mediante la ripugnante pratica dell'utero in affitto, ai "giudici ribelli" che sempre di più interpretano "creativamente" la normativa.

Il riconoscimento giuridico delle coppie di persone omosessuali e la stelchild adoption sono anomalie che ci preoccupano, non unicamente a livello cristiano ma anche umano, poiché nuovamente è stata stravolta sia una costante dei nostri costumi, ma soprattutto la nostra natura umana poiché la diversità sessuale, uomo e donna, dimostra che nessuna persona possiede in sé "tutto l'umano", presente, nella sua completezza, unicamente nell'unione maschile e femminile.

Alcuni affermano: "se un uomo e una donna possono unirsi religiosamente o civilmente e ottenere determinati benefici è stato giusto estendere questi diritti anche alle unioni di due uomini o di due donne". E altri s'interrogano: "proibire un'unione riconosciuta dallo Stato a due persone dello stesso sesso non è discriminare gli individui in base alle loro tendenze sessuali?".

"No", essendo differente il "discriminare" dal "proibire"!

Nessuno, prima della legge 76/2016, voleva negare i "diritti individuali" alle persone omosessuali, anzi se non ne godevano alcuni fondamentali era doveroso riconoscerli. Ma quella dei "diritti negati" un'affermazione totalmente falsa, poiché sono presenti nel nostro ordinamento dagli 90' del ventesimo secolo mediante "scritture private" e "patti notarili" che potevano essere potenziati ma unicamente nell'ambito di un "rapporto privato".

Esaminiamone alcuni.
-*Anagrafe:* il regolamento anagrafico del 30 maggio 1989 affermava che: "l'anagrafe è costituita da schede individuali, di famiglia e di convivenza".
-*Assistenza sanitaria:* La legge n.91 del 1 aprile 1999 prescrive che i medici devono fornire: "informazioni sulle opportunità terapeutiche… al coniuge non separato o al convivente more uxorio". Inoltre**,** negli ultimi anni, a seguito delle normative sulla Privacy, nella cartella clinica è riportato colui che il paziente autorizza a colloquiare con i medici.
-*Visita ai detenuti:* l'ordinamento penitenziario prevede colloqui e l'utilizzo telefonico al "convivente detenuto" seguendo le stesse condizioni stabilite per il coniuge (cfr.: legge 354 del 1975).
-*Permesso retribuito*: la legge n.8 del 2000 "Disposizioni per il sostegno della maternità e paternità", riconosce il permesso retribuito al lavoratore o alla lavoratrice, come pure di fronte alla documentata grave malattia del convivente.
-*Locazione*: la Consulta, con la sentenza 404 del 1988, ha riconosciuto al convivente *more uxorio* il diritto di succedere nel contratto di locazione in caso di morte del partner, anche quando sono presenti eredi legittimi.
-*I figli:* non esiste nessuna differenza sul "piano legislativo" tra genitori regolarmente sposati e conviventi. Ad esempio, la legge 6 del 2004, nell'elencare chi può esercitare il ruolo di "amministratore di sostegno" di una persona priva di autonomia, inserisce "la persona stabilmente convivente", subito dopo il coniuge e prima del padre, della madre, dei figli e dei fratelli.
-*Accesso ai Consultori Familiari:* è garantito per problemi psicologici e sociali anche ai componenti di una convivenza (Cfr.: legge 405 del 1975).
Nel lungo elenco di diritti già riconosciuti troviamo l'assegnazione degli alloggi popolari, il risarcimento del danno patrimoniale, la protezione dei collaboratori di giustizia e delle vittime di estorsione o usura.

Di fronte a diritti già acquisiti, è incomprensibile, l'aver normato situazioni già acquisite nel contesto societario, complici alcuni che hanno tentato di equiparare il matrimonio tra un uomo e una donna alle unioni tra due soggetti dello stesso sesso, parlando, appunto, di "matrimonio arcobaleno". E, qui, è doverosa la precisazione del Ministro della Famiglia e della Disabilità Lorenzo Fontana, che assunto l'incarico ha voluto restituire alle parole il loro significato affermando: "L'unica famiglia è quella con mamma e papà. Le famiglie arcobaleno? Per la legge non esistono". E ha ragione, poiché la legge 76/2016 ha come titolo: "Regolamentazione delle unioni civili tra persone dello stesso sesso…". Quindi, non mortifichiamo il significato antropologico, filosofico e sociologico del vocabolo "matrimonio" con quello ristretto di "unione" che comporta unicamente il riconoscimento di alcuni diritti e di esigui doveri. Ad esempio, e non è da poco, è omesso l' "obbligo alla fedeltà", vincolante nel matrimonio. Una carenza giustificata da M. Cirinnà con un'affermazione che non condividiamo poiché mostra l'assoluto pressapochismo e la totale superficialità del legislatore. "L'obbligo di fedeltà - ha affermato la Cirinnà - è un vecchio retaggio della cultura maschilista che serve a sottomettere la donna. Va bene, se si vuole, lasciarlo nel matrimonio religioso, ma solo un Paese culturalmente arretrato può mantenerlo

come vincolo nel matrimonio civile. La fedeltà è qualcosa che senti nel cuore"[232].

Una precisazione. Taluni sostengono che nella Costituzione Italiana non si parli di matrimonio tra uomo e donna ma unicamente di "famiglia", di "coniugi" o di "genitori" (cfr. artt. 29-30). E' vero. Ma per comprendere l'assenza della specificazione "uomo" e "donna" accanto a "famiglia" dobbiamo tornare al 24 aprile 1947, quando l'Assemblea Costituente discusse questo tema. E lo facciamo con un ironica affermazione di G. Ferrara. "Per i costituenti non c'era niente da specificare, l'indifferenza di genere avrebbe portato chi la sosteneva verso la fine degli anni Quaranta direttamente in manicomio. La famiglia naturale è ciò che allora si riconosceva come evidenza del reale"[233]. Inoltre, la presenza maschile e femminile, fu più volte affermato anche dalla Corte Costituzionale. Ad esempio, la Sentenza n. 138/2010, di fronte al rifiuto delle pubblicazioni matrimoniali opposto dai segretari comunali di Venezia e di Trento a due coppie dello stesso sesso, afferma che "l'istituto del matrimonio civile, come previsto nel vigente ordinamento italiano, si riferisce soltanto all'unione stabile tra un uomo e una donna".

Trattando di unioni civili tra persone dello stesso sesso e del tentativo di approvare la "Stepchild adoption" riserviamo alcune osservzioni ai danni psicologici ed esistenziali che rischiano nella crescita i figli di unioni omosessuali; riportati da varie ricerche[234].

Noi, fermiamo l'attenzione sulla ricerca: "Quanto sono diversi i figli adulti di genitori che hanno rapporti omosessuali? Risultati dello studio sulle nuove strutture familiari" di M. Regnerus, sociologo dell'Università del Texas, basato su un vasto campione casuale della società statunitense e pubblicato dalla rivista "Social Science Reserach"[235].

Alcuni dati.

-Il 12% dei figli delle coppie omosessuali pensa al suicidio contro il 5% dei figli delle coppie eterosessuali.

-Il 40% dei figli delle coppie omosessuali è più propenso al tradimento contro il 13% dei figli delle coppie eterosessuali.

-Il 28% dei figli delle coppie omosessuali sono disoccupati contro l' 8% dei figli delle coppie eterosessuali.

-Il 19% dei figli delle coppie omosessuali ricorre alla psicoterapia contro l' 8% dei figli delle coppie eterosessuali.

-Il 40% dei figli delle coppie omosessuali contrae patologie trasmissibili sessualmente contro l'8% dei figli delle coppie eterosessuali.

Lo studio di Regnerus, che suscitò ampie critiche, fu giudicato: "la ricerca scientifica più ampia e più dettagliata a livello internazionale" da un gruppo di diciotto scienziati e docenti universitari mediante un comunicato pubblicato sul

[232]http://www.huffingtonpost.it/2018/05/03/vorrei-arrivare-al-matrimo nio-egualitario-la-stepchild-adoption-una-battaglia-superata-intervista-alla-senatrice-monica-cirinna_a_23426417/

[233]https://www.ilfoglio.it/cultura/2015/05/27/news/perche-voto-no-alle-nozze-nellindifferenza-di-genere-84227/

[234]Cfr. https://www.uccronline.it/2013/01/16/adozione-agli-omosessuali-gli-studi-scientifici-dicono-di-no/#elenco

[235] Vol. 41, 4 luglio 2012, pp. 752-770.

sito web della Baylor University[236].
I drammi psicologici dei figli delle coppie omosessuali sono riportati anche nel libro: "La famiglia. Il genoma che fa vivere la società"[237] del sociologo Pier Paolo Donati, docente di sociologia all'università Alma Mater Studiorum di Bologna e già presidente dell'Associazione Italiana di Sociologia. In un'intervista al quotidiano Avvenire, alla domanda: "Riguardo ai figli delle coppie gay ci sono dati precisi?", Donati rispose: "Da indagini effettuate su alcune migliaia di adulti cresciuti in coppie omosessuali in Paesi dove queste sono realtà assodate, risultano dati molto negativi come poi confermati anche da M. Regnerus. Hanno una percentuale tre volte superiori di propensione al suicidio; una propensione tre volte superiore di tradimento del partner; una percentuale cinque volte superiore di disoccupazione, ricorrono tre volte di più a terapie psicologiche". Il giornalista continuò: "Tutto documentato?". Il sociologo: "Non solo è documentato, ma è il frutto di indagini condotte su campioni vasti da ricercatori che sono partiti dall'intento di dimostrare l'omogeneità fra le varie forme di famiglia, ma che si sono trovati con risultati di segno opposto. Insomma, non è un giudizio morale ma una presa d'atto"[238].

2.4.LE COPPIE STERILI

La sterilità è una dolorosa situazione che coinvolge il 15-20% delle coppie italiane per un totale di 5 milioni e 300mila persone, ferendole profondamente e ponendo in crisi, a volte, la loro identità, non potendo realizzare ciò che è connaturale per gli sposi: la maternità e la paternità. Il dramma assume nelle singole situazioni valenze positive o negative; può determinare anche la separazione, oppure consolidare l'amore rendendolo più forte e più aperto, quando i coniugi comprendono che la maternità e la paternità, oltrepassano il vincolo familiare, aprendosi alla fecondità spirituale, che supera la "non idoneità alla procreazione".

La circostanza che la Chiesa cattolica reputi significativo e rilevante il matrimonio degli sposi sterili, attesta che i coniugi posso essere fecondi anche senza figli.

La faticosa ammissione della sterilità incoraggia alcune coppie a rivolgersi ai Centri per la Procreazione Medicalmente Assistita, accrescendo, il più delle volte, la sofferenza, poichè una percentuale rilevante falliscono l'obiettivo. Inoltre, come ricordato da Benedetto XVI, "il matrimonio costituisce l'unico luogo degno per la chiamata all'esistenza, mentre oggi lo scientismo e la logica del profitto sembrano dominare anche il campo della procreazione umana, giungendo a limitare molte altre aree di ricerca"[239].
Unicamente una minoranza, prende in considerazione *l' istituto dell'adozione e dell'affido familiare,* interpretato come donare la propria coniugalità a un bambino, affinchè egli possa intraprendere un percorso "di rinascita", che gli restituirà piena dignità e calore umano.

[236]http://www.baylorisr.org/2012/06/20/a-social-scientific-response-to-the-regnerus-controversy/
[237] Ed. Rubbettino 2013.
[238]http://www.avvenire.it/agora/pagine/la-famiglia-artificiale/
[239] BENEDETTO XVI, *Discorso alla Pontificia Accademia per la Vita,* 25 febbraio 2012.

L'*adozione* (nazionale ed internazionale) che fornisce definitivamente la famiglia a chi ne è privo, è un percorso tortuoso prevalentemente per le formalità burocratiche, i costi (diverse migliaia di euro deducibili solo per il 50%) e le incertezze dell'esito finale. Inoltre, si richiedono alcune condizioni: l'età dei coniugi compresa tra i 18 e i 45 anni, con o senza figli, uniti in matrimonio almeno da tre anni.
Con l'adozione, terminano i vincoli giuridici con il nucleo d'origine, e si stabiliscono rapporti di parentela con ascendenti e discendenti dei nuovi genitori.
Secondo i dati dell'ottobre 2016 forniti dall'Aibi (Associazione amici dei bambini), uno dei 62 Enti autorizzati dalla "Commissione per le adozioni internazionali" (Cai), le richieste di adozione sono in vertiginoso calo: dalle 6.000 del 2006 alle 3.000 del 2015, e l'associazione ipotizza che senza interventi legislativi adeguati nel 2020 le adozioni spariranno. E qui, un interrogativo è doveroso: come mai si afferma il presunto "diritto al figlio" e poco o nulla si fa per garantire il diritto ad ogni bambino ad avere dei genitori?
Nell'ottica dell'amore, anche questa modalità di accoglienza va accuratamente verificata per non trasformarla in una egoistica realizzazione dei propri desideri.
Più complesso è *l'affido*, cioè l'accoglienza temporanea di un bambino o di un ragazzo, per offrirgli un ambiente diverso dalla famiglia originale supportando così i genitori naturali nel superare le difficoltà che li impossibilitano ad occuparsi del figlio. L'affido, della durata massima di due anni, non determina nessun rapporto giuridico di parentela, richiede solidarietà e generosità, comportando un investimento affettivo ed economico, almeno all'apparenza, privo di gratificazioni. E il distacco è doloroso e spesso drammatico!
Ecco la testimonianza di Elena e di Maurizio, venticinque anni di matrimonio con tredici affidi, quattro ancora in corso: "Quando si accoglie non si apre la porta di casa solo a un bambino, si accolgono anche la sua storia, le sue fatiche, la sua famiglia naturale e i suoi problemi. Ogni mattina quando ci alziamo, prima di svegliare i nostri quattro figli accolti, ci guardiamo negli occhi e, senza parole, ci riconosciamo felici di questa nostra scelta e contenti di poter crescere accanto a loro, per quel pezzo di strada lungo la quale Dio vorrà farci camminare con loro. Certi che nulla ci è stato tolto, ma molto ci è stato donato"[240].

Concludiamo con una breve riflessione sul comportamento dei "sindaci disubbedienti", cioè quelli che hanno riconosciuto la "doppia genitorialità omosessuale" con la trascrizione nelle anagrafi comunali di piccoli "nati" o meglio adottati prevalentemente all'estero.
Ricordava san Francesco di Sales: "Un grammo di esempio vale più di un quintale di parole".
Il sindaco che ha responsabilità maggiori essendo investito di un "potere pubblico in ordine al bene comune", di fronte ai suoi cittadini, dovrebbe porsi come credibile, autorevole ed esempio di osservanza e di correttezza nei confronti delle leggi dello Stato, consapevole che i provvedimenti di un'amministrazione comunale non possono porsi in contrasto con le leggi vigenti. Di conseguenza,

[240] FAMIGLIA CRISTIANA, 19/2010, pg. 43.

quando l'osservanza della legge viene meno in modo consapevole, dovrebbe essere oggetto di sanzione e risarcire il danno provocato all'immagine della città.
Con queste prese di posizione che rivestono una chiara valenza ideologica, i "sindaci disubbedienti, minano quel minimo di credibilità rimasta allo Stato e potrebbero aprire la strada dell'anarchia.

Exursus sul divorzio

Un dramma ben taciuto e mascherato che la società italiana sta vivendo è quello del divorzio famigliare in continua crescita, scordando che i soggetti coinvolti, il più delle volte, sono almeno tre: marito, moglie e figlio/i, e questi subiscono le maggiori sofferenze a livello affettivo e psicologico, ma "l'egoismo" dei genitori spesso le ignora.

Il divorzio, legalmente denominato "scioglimento del matrimonio" fu approvato in Italia il 18 dicembre 1970 con la legge n. 898. Nel 1974 fu indetto un referendum per abrogarlo ma la maggioranza della popolazione decise di mantenere in vigore la legge. Fu l'inizio della modifica delle coscienze degli italiani e l'avvio nella società di un dibattito che mettevano in discussione i modelli famigliari tradizionali.

Alcuni numeri. Nel 1995, venticinque anni dopo l'entrata in vigore della legge, per ogni 1.000 matrimoni si contavano 158 separazioni e 80 divorzi, mentre nel 2013 si è arrivati a 311 separazioni e 182 divorzi ogni 1000 matrimoni per un totale, in un anno, di 88.797 separazioni e 53.806 divorzi. E nel 2016 si sono registrati 94.165 separazioni e 64.371 divorzi. Da notare che mentre agli inizi degli anni 70' quando fu approvata la legge, i matrimoni erano circa 500mila all'anno, nel 2016 siamo scesi a 203.258. Il 72% delle separazioni e il 62,7% dei divorzi riguardano coppie con figli nati nel corso del matrimonio.

Nell'aprile 2015 la Camera dei Deputati con 398 voti favorevoli e soltanto 28 contrari (una maggioranza da alcuni definiti "bulgara"), ha approvato definitivamente il cosiddetto "divorzio breve" su proposta della relatrice della legge, la deputata del PD Alessandra Moroni. Se esiste il consenso di entrambi i coniugi, i tre anni per ottenere il divorzio sono ridotti a sei mesi. In così breve tempo, il vincolo matrimoniale, potrà considerarsi dissolto anche in presenza di figli minorenni.

Sul tema del "divorzio breve" si espresse contrariamente, spiegandone le motivazioni, il cardinale A. Bagnasco, presidente della CEI nella "Prolusione" al Consiglio Permanente il 4 marzo 2014. "I tempi più lunghi tra la separazione e il divorzio sono in una funzione di aiuto, non vogliono essere una coercizione". I tre anni oggi previsti per ottenere il divorzio "sono, da parte della società e dello Stato, una possibilità perché le persone coinvolte possano far decantare l'emotività e le situazioni di conflitto e per un tempo di maggiore riflessione e di pausa in modo da affrontare con maggiore serenità un passo così grave". "Accorciare questo tempo – ha proseguito il presidente della CEI – apparentemente può essere una maggiore considerazione della libertà degli individui ma sarebbe, dall'altra parte, una facilitazione ad una decisione così grave, non solo per i coniugi ma per il Paese intero", perché "se due persone

stanno insieme con un progetto comune – ha concluso – questo è molto importante per tutta la società e non è un fatto meramente privato".
Il "divorzio breve", è un altro passaggio per mostrare che il matrimonio non è più un bene costituzionale, ma un "contratto" sempre più privato. Ora, alcuni chiedono il "divorzio lampo" o "divorzio immediato", altri i cosidetti "patti pre-matrimoniali"; una sconfitta dopo l'altra dello Stato nei confronti della famiglia!

Alcune riflessioni sui "drammi" che un divorzio comporta.

1.Il divorzio non è un problema unicamente cattolico ma investe la società civile nel suo complesso, atei compresi.
E' un grosso equivoco racchiudere "l'indissolubilità del matrimonio" nell'ambito del cristianesimo (come ha affermato la Cirinnà) poiché il valore della indissolubilità può essere compreso da tutti anche solo mediante la ragione. Ogni matrimonio, celebrato con rito religioso o civile, comporta un "consenso libero degli sposi" che si promettono un amore esclusivo ed eterno di fronte a qualsiasi situazione e l'apertura alla generazione e all'educazione dei figli.
2.Il divorzio è una grave ingiustizia nei confronti dei figli e procura loro terribili sofferenze e ferite affettive e psicologiche[241].
Possediamo, inoltre, alcune ricerche internazionali che evidenziano queste sofferenze.
Una ricerca del 1993 di B. Elshtain, docente presso varie università americane e studioso del rapporto tra politica ed etica, mostra che negli Usa 3 suicidi su 4 in età adolescenziale coinvolgono ragazzini di famiglie divorziate[242].
La ricercatrice inglese R. O'Neill dell'Istituto Civitas ha rilevato che il 16 % dei

[241] Tra le centinaia di lettere sull'argomento che popolano il web riporto quella di Anna che ben descrive il suo dolore e il suo disagio.
"Ho 23 anni e i miei genitori sono divorziati da 10. Se ripenso a tutti questi anni devo dire che il divorzio di certo non ha migliorato la vita di nessuno di noi, anzi, di certo ha peggiorato la mia, ma quello era ovvio, ma non vedo la felicità neppure nella vita dei miei. Io e mio fratello, che ha un anno meno di me, non li consideriamo neppure dei genitori. Ci hanno rovinato la vita e lo fanno tuttora. Credete che la guerra tra loro, dopo tutti questi anni, sia finita? Sono ancora lì a farsi dispetti. E sempre attraverso me e mio fratello, perché pensate che siano abbastanza maturi da parlare come due persone civili? Ci hanno fatto passare l'inferno. Mio papà mi ha torturata. Dovevo sopportare ore e ore d'insulti verso mia mamma (e stare zitta) e dovevo portargli il conto delle spese e chiedergli l'assegno di mantenimento, ogni mese. E ogni volta non voleva pagare certe spese e allora si litigava. Io avevo 14 anni. Ma vi rendete conto? Come fanno dei genitori a caricare una ragazzina di certe responsabilità e poi venivano a piangere da me ed io dovevo consolarli. Quanto li detesto! E mia mamma non pensate che sia stata da meno… A lei devo riconoscere che ha fatto davvero un sacco di sacrifici per mantenerci perché mio papà non le ha mai dato nulla. Ma è uscita con un sacco di uomini finché non se n'è portata a casa uno e ci ha fatto una bambina. Ma dovevate vedere questo tipo; uno schifo d'uomo. Io e mio fratello ormai avevamo 19 e 18 anni e vivere con un estraneo, che passava le giornate a dormire; non potevamo sopportarlo. Mio fratello allora è andato da mio papà che ha pensato bene di andare dal giudice e farselo affidare, per poi sbatterlo fuori di casa dopo un mese dalla sentenza, così lui figura di mantenere mio fratello ed io di essere sotto mia mamma. Il fatto è che mio fratello abita con noi e non ha mai ricevuto un euro dal mio grandioso papà ed io nemmeno, visto che lui doveva mantenere mio fratello. Con quella specie di compagno di mia mamma ho litigato furiosamente e ora se n'è andato. Mi sento terribilmente in colpa verso la mia sorellina, ma d'altra parte dovevo difendere mio fratello, che ormai non poteva più convivere con quell'uomo del cavolo. Io sono all'università. ho un appartamento in affitto e vado avanti con la borsa di studio. Mio papà e mia mamma mi danno 80 euro ciascuno per l'affitto, ma adesso sono tre mesi che mio papà magicamente si dimentica di versarmi il bonifico. Mio papà mi dà dieci euro di mancia quando vado a mangiare da lui, circa due domeniche al mese e pretende di ricevere il regalo a natale e al compleanno. Genitori miei fate schifo! Scusate il lungo resoconto" (Da "Forum al femminile.com").
[242] Cfr. L. PESENTI, *Appello laico per la famiglia,* in Il Domenicale, 6.3.2004, pp. 1-2.

bambini tra i 5 e 15 anni di età che vivono in famiglie divorziate, quindi un po' con la madre e un po' on il padre, soffre di disturbi psichici contro l'8 % dei loro coetanei che vivono con entrambi i genitori. Tali bambini, inoltre, hanno una probabilità tre volte superiore di ottenere risultati negativi a scuola e il doppio dei rischi di contrarre malattie psicosomatiche.
Anche crescendo la situazione non migliora. J. Wallerstein, J.M. Lewis, S. Blakeslee hanno dimostrato in uno studio che i figli dei divorziati soffrono per il 50 % di depressione e forniscono prestazioni professionali non all'altezza delle loro capacità[243].
Dunque, è del tutto falso sostenere che quando i genitori non vanno d'accordo è meglio per i figli che essi divorzino, tranne che nei casi in cui i conflitti divengano forti e continui.
3.Anche per gli uomini e le donne divorziate la situazione non appare migliore; il divorzio "fa male" anche ai divorziati.
Dal Rapporto Caritas 2016 "False partenze" su povertà ed esclusione sociale emerge che l'indigenza colpisce molti reduci dalla chiusura di un rapporto matrimoniale. Il 66,1% degli uomini divorziati che si rivolgono alla Caritas dichiara di non riuscire a provvedere ai beni di prima necessità. Gli effetti negativi della separazione colpiscono anche la sfera fisica con maggiori probabilità di essere vittime dell'alcolismo o di altre dipendenze.
Pure la sfera psicologica soffre. Il 66,7% dei divorziati accusa un più alto numero di sintomi psico-somatici rispetto alla pre-separazione giungendo anche al suicidio.
Pure per le donne la situazione non è migliore. Ad esempio, le donne divorziate, hanno il doppio di probabilità di cadere in povertà rispetto a quelle sposate.
Da ultimo non possiamo scordare le dinamiche di violenza che innesca un divorzio con implicazioni penali. Dal gennaio 2000 al dicembre 2018 la cronaca ha registrato 1807 omicidi maturati come conseguenza di divorzi.
La conclusione è dell'avvocato M. Fiorin, esperto del settore, che in un intervista al SIR, alla domanda: "In che misura violenze domestiche, suicidi, depressione, emarginazione, criminalità giovanile si possono attribuire alla cultura divorsista?", così rispose. "In una percentuale molto alta. Ma tutto questo nessuno dei nostri politici sembra vederlo, né tanto meno lo vuole ammettere. Preferiscono trincerarsi dietro la retorica dei 'nuovi diritti' ".[244]

CAP. 5 LA VITA UMANA E IL SUO INIZIO: IL CASO DELL'EMBRIONE UMANO

Quando il frutto del concepimento è da considerarsi come vita embrionale? Qual'è il confine tra esserci e non esserci? Quando esordisce la vita umana? Quando "io" ho iniziato ad esistere?

Le risposte che vogliamo fornire in questo capitolo sono alquanto ardue poichè riguardano "l'inizio della vita umana", cioè quando il concepito può essere definito

[243] Cfr.: J. WALLERSTEIN, J. M. LEWIS, S. BLAKESLEE, *The Unexpected Legacy of Divorce*, Hyperion 2000.
[244] SIR, 24 aprile 2016.

"persona" e quindi titolare del "diritto di vivere" a livello ontologico, scientifico, e giuridico. E le opinioni sono al quanto divergenti!
Non possiamo però sottrarci al pesante onere essendo questa questione centrale nella riflessione Bioetica, poichè dalle risposte comprenderemo quando una "nuova vita" dovrà godere del rispetto totale e quali atteggiamenti assumere nei confronti di questa nuova identità.

Dalle risposte, inoltre, scaturisce il limite tra azioni lecite e illecite nei confronti della vita prenatale sotto attacco per la procreazione medicalmente assistita (PMA), per l'aborto chirurgico e farmacologico, per la contraccezione, l'eugenetica e la clonazione, in un contesto storico egregiamente descritto dal filosofo B. Mondin: *"*un tempo il problema era dimostrare l'esistenza di Dio, oggi il problema è quello di dimostrare l'esistenza dell'uomo*"*[245]. Poiché questi argomenti richiamano la biologia, l'embriologia e la genetica, tematiche complesse per i non addetti ai lavori, sarà nostro impegno "snocciolare" i vari passaggi

1.La Dottrina Cattolica

Per la *dottrina cattolica* la prima fase della vita inizia con l'incontro dello spermatozoo[246] maschile e l'ovocita[247] (o oocita) femminile nella tuba uterina (o tuba di Falloppio) attorno al quattordicesimo giorno del ciclo mestruale. In quel momento inizia il "processo del concepimento" che origina un individuo detentore di un "nuovo" DNA composto da ventitrè cromosomi dello spermatozoo e ventitrè cromosomi dell'ovocita che guiderà lo sviluppo del nuovo essere umano e non potrà essere sostanzialmente modificato. Dunque, un DNA geneticamente differente dall'uomo e dalla donna che lo hanno concepito, quindi dotato di una "vita propria". E' questo il momento di "non ritorno" poichè i due patrimoni genetici hanno costituito un individuo intersecandosi a vicenda. Pertanto, come ricorda il professore F. Gilbert nel testo *Developmental Biology* (il manuale di biologia maggiormente diffuso nelle università americane), nel capitolo VII intitolato "La fertilizzazione: l'inizio di un nuovo organismo": "La fertilizzazione è il processo mediante il quale due cellule sessuali (i gameti) si fondono insieme per creare un nuovo individuo con un corredo genetico derivato da entrambi i genitori"[248].
Negli ultimi anni, i progressi della genetica e dell'embriologia, hanno confermato scientificamente, quindi rigorosamente argomentata, questa teoria. Pure la procreazione medicalmente assistita ha mostrato aspetti prima ignorati.
K. Kalthof afferma: "Gli animali, inclusi gli uomini, iniziano la propria vita come oociti fertilizzati, che si sviluppano in adulti attraverso lo stadio embrionale e giovanile"[249].
A. Vescovi, scienziato di fama internazionale, è ancora più esplicito: "Qualunque fisico esperto di termodinamica può dire che all'atto della fecondazione c'è una transizione repentina e mostruosa in termini di quantità e qualità d'informazioni.

[245] B. MONDIN, *L'uomo: chi è?. Elementi di antropologia filosofica*, Editrice Massimo, Milano 1982, pg. 82.
[246] *Spermatozoo*: cellule germinali maschili prodotte dal testicolo.
[247] *Ovocita*: cellule germinali femminili presenti nell'ovaio e ogni mese una sola giunge a maturazione.
[248] F. GILBERT, *Developmental Biology,* Sunderlamd 2004, pg. 185.
[249] K. KALTHOF, *Analysis of Biological Development*, McGraw-Hill 2000, pg. 8.

Una transizione d'informazioni senza paragoni che rappresenta l'inizio della vita: si passa da uno stato di totale disordine alla costituzione della prima entità biologica. Un'entità biologica che contiene tutta l'informazione che rappresenta il primo stadio della vita umana, concatenato al successivo, e al successivo, e al successivo, in un continuum assolutamente non scindibile, se non in modo arbitrario"[250].

Ebbene, il processo dal "non esistere" all' "esistere", si compie avviene in un attimo!

Il processo di fusione dei due gameti prosegue per circa ventiquattro ore e porta alla formazione della prima cellula dell'embrione definita "zigote"[251] fornendo la specificità all'essere umano. Lo zigote, trenta ore dopo, da origine ad un embrione di 2 cellule; quaranta ore dopo passa da 2 a 4 cellule, poi da 4 a 8 cellule, da 8 a 16 cellule, da 16 a 32 cellule… Circa tre giorni dalla fecondazione le cellule formeranno una struttura definita "morula" e al quinto/sesto giorno, nello stadio definito della "blastocisti", la morula si riempirà di un liquido. Ora l'embrione che misura un decimo di millimetro e costituito da circa cento cellule, si impianterà, se troverà le condizioni favorevoli, mediante tre fasi: apposizione[252], adesione[253] e invasione[254], nella parete dell'utero materno. Un'operazione che completerà in 6/7 giorni e formerà anche la placenta canale per la nutrizione e l'ossigenazione.

Da quel momento "lo sviluppo biologico dell'identità umana embrionale" sarà ininterrotto, unico, irrepetibile, autonomo e finalisticamente orientato, cioè senza necessità di ulteriori interventi. L'organismo della madre è unicamente il luogo idoneo che lo protegge con particolare intensità e non la causa prioritaria e determinante della maturazione. Tutto ciò è chiaramente verificabile nella procreazione medicalmente assistita. E questo sviluppo procederà unicamente con salti "quantitativi" e non "qualitativi". Perciò dobbiamo parlare di "embrione" nella fase di *zigote*, di embrione nella fase di *morula*, di embrione nella fase di *blastula* e infine di *feto*. Anche se, solamente al 14° giorno, comparirà la *stria primitiva*[255], quando le cellule si trasformeranno da "totipotenti"[256] in "differenziate"[257] e "specifiche" e inizierà l'organogenesi[258]. E qui è opportuno una precisazione sulle cellule totipotenti. E' vero che nel primo momento della fecondazione le cellule sono totipotenti ma questo non significa che sono

[250] AVVENIRE, 22 febbraio 2005, pg. 11.

[251] *Zigote:* nuova entità vivente non generata dalla meiosi o dalla mitosi di un determinato individuo ma dalla fusione di due cellule di individui diversi.

[252] L'embrione si appoggia all'endometrio.

[253] L'embrione contrae legami con l'endometrio.

[254] L'embrione penetra nell'endometrio.

[255] La *stria primitiva* "è la struttura embrionale che determina l'asse antero-posteriore (testa-coda) dell'embrione… Coincide con l'iniziale differenziazione delle cellule embrionali dopo la quale diventa impossibile per l'embrione dividersi in due (il processo che dà origine ai gemelli" (M. BUCCHI – F. LERESINI, *Cellule e cittadini: biotecnologie nello spazio pubblico,* Sironi editore, Milano 2006, pg. 151).

[256] *Totipotente*: "Si dice di cellula staminale che, non essendosi ancora differenziata, può evolvere in qualunque tipo di cellula dell'organismo" (da www.treccani.it).

[257] *Cellule differenziate*: pronte a svolgere una determinata funzione all'intero di un organo o tessuto specifico.

[258] *Organogenesi*: "Fase dello sviluppo embrionale durante la quale si formano i tessuti e gli organi definitivi e si determina l'accrescimento del corpo dell'embrione" (in www.treccani.it).

semplice materiale biologico avendo in sé la capacità costruire autonomamente il tutto dell'individuo.

Pertanto è dal concepimento che il nuovo soggetto sollecita "il riconoscimento" e il "rispetto totale" possedendo, in fase germinale, un codice genetico "unico" e "irrepetibile" per costituire varie tipologie di molecole e di tessuti. Dunque, "un codice", mai esistito prima e che non si ripeterà inseguito. Rammenta C. Casini "Ciascuno di noi, ci dicono i biologi e ci conferma l'esperienza personale, è unico e irrepetibile. Nessun altro essere umano vivente o che è vissuto in passato o che nascerà in futuro è identico a noi. Principalmente ciò dipende dalla eredità cromosomica. Il dimezzamento dei cromosomi (da 43 a 23) fa sì che nessuno sia geneticamente identico alla madre o al padre. D'altronde la praticamente infinita possibilità di combinazione dei miliardi di geni e il fatto che il dimezzamento dei cromosomi avvenga ad ogni trapasso generazionale rendono praticamente inimmaginabile una ricombinazione identica del materiale genetico"[259]. Ogni embrione, dunque, ha una sua storia unica!

Ciò significa che nei primi quattordici giorni esiste, non il nulla, ma un essere umano che possiede un misterioso principio vitale che guiderà progettualmente e progressivamente la sua crescita come ben riassunto da A. Vescovi e L. Spinardi: "l'inizio della vita coincide con l'atto del formarsi di un'identità biologica che contiene ed è dotata dell'intero programma di crescita e dell'informazione necessaria ad evolvere e ad attraversare tutti gli stadi che caratterizzano un essere umano e che sono parte integrante della sua storia naturale – zigote, morula, blastocisti, embrione, feto, neonato, bambino, ragazzo, uomo – fino alla morte. Quest'ultima coincide con la perdita e/o distruzione di tale informazione e/o capacità"[260]. Concetto presentato anche dal professor Gilber*t*, che nel citato *Developmental Biology,* afferma: "Con la fertilizzazione inizia un nuovo organismo vivente. C'è un unico continuo processo dalla fertilizzazione allo sviluppo embrionale e fetale, alla crescita post natale, alla senescenza, fino alla morte"[261]. E, trecento genetisti e studiosi, hanno pubblicato sul Corriere della Sera del 27 aprile 2002 il seguente "comunicato": "L'embrione, fin dallo stadio unicellulare, embrione a una cellula, cioè dal concepimento, è un individuo umano. Il nuovo genoma determina l'identità biologica specifica ed individuale del nuovo soggetto e l'eventuale selezione naturale non ne cambia la realtà ontologica. Il processo vitale del nuovo soggetto umano è unico e continuo dallo stadio unicellulare alla morte individuale". Concetto ripreso da San Giovanni Paolo II nell'Enciclica Evangelium Vitae: "… dal momento in cui l'ovulo è fecondato si inaugura una vita umana che non è quella del padre o della madre, ma di un nuovo essere umano che si sviluppa per proprio conto. Non sarà mai reso umano se non lo è stato fino allora. A queste evidenze di sempre… la scienza genetica moderna fornisce preziose conferme"[262]. Ma già Tertuliano era profondamente convinto che: "E' già uomo colui che lo sarà"[263] per il disegno progettato e programmato nel suo genoma, il coordinatore di tutte le attività, della continuità e della gradualità nello

[259] C. CASINI, *Uno di noi. La prima iniziativa dei cittadini europei*, Cantagalli, Siena 2014, pg. 37.
[260] A. VESCOVI, L. SPINARDI, *La natura biologica dell'embrione,* Medicina e Morale 2004,1, pp. 60-61.
[261] *Developmental Biology,* op.cit., pg. 311.
[262] *Evangelium vitae,* op. cit., n. 62
[263] TERTULIANO, *Apologeticum, IX, 8.*

sviluppo.

Per alcuni questa impostazione è semplicemente una supposizione o un'ipotesi. Anche se lo fosse, dobbiamo rammentare il dovere di procedere con la massima "cautela" e "precauzione" di fronte ad ogni dubbio, seguendo la via più sicura e meno dannosa. Illuminante è questa osservazione di Casini: "Nel dubbio sulla vita bisogna scegliere la vita umana, cioè bisogna comportarsi come se la vita ci fosse fino a che non è rimosso l'ultimo dubbio. Quando avviene una catastrofe, un terremoto, un naufragio, una valanga, la ricerca dei naufraghi, dei sepolti dalle macerie e dei dispersi deve continuare finchè resiste il dubbio che qualcuno possa essere ancora in vita. Perciò il principio di precauzione risponde a coloro che dicono: 'sull'inizio della vita umana alcuni la pensano in un modo e altri in altri. Lasciamo liberi tutti ci comportarsi secondo coscienza e non imponiamo per legge un certo comportamento a tutti'. In realtà è proprio questo ragionamento che impone a tutti ciò che alcuni pensano. Infatti quando si stanno svolgendo operazioni di ricerca dei dispersi e qualcuno pensa che siano tutti morti (cioè che non vi siano individui viventi) non per questo la collettività deve decidere di sospendere le ricerche. Ciò corrisponde alla accettazione collettiva (di tutti) di una opinione che è soltanto di alcuni. Ciascuno può decidere in coscienza per se stesso, ma non per gli altri. Il dubbio sull'esistenza di un altro non riguarda se stessi. La collettività, dunque, anche se fosse vero, il che non è, che vi è un dubbio sull'inizio della vita umana, dovrebbe affermare in linea pratica l'esistenza dell'uomo[264]". Il cristiano, inoltre, è cosciente che ogni uomo è desiderato Dio fin dall'eternità: "Prima di formarti nel grembo materno ti conoscevo, prima che tu uscissi alla luce ti avevo consacrato"[265].

Ma, nonostante le prove scientifiche, l'identità dell'embrione rimare continuamente oggetto di dibattito.

2.La risposta Laico-secolare

La risposta laico-secolare, supportata da scienziati che prediligono la visione empiristica e gli aspetti psicologici, sociali, politici ed economici a scapito di quelli antropologici e filosofici, afferma l'esordio della vita umana dal 14° giorno dalla fecondazione, quando, come già affermato, nella blastocisti impiantata nella parete dell'utero, compare la stria primitiva. In questa data, le cellule che costituiscono l'embrione, si sono differenziate da quelle che formeranno i tessuti placentari e protettivi. Prima di quel momento ci troveremmo di fronte unicamente ad una cellula appartenete alla specie umana in contatto accidentale con le altre. Ad esempio, secondo A. McLaren, genetista inglese, lo sviluppo embrionale fino al 14° giorno sarebbe "un periodo di preparazione, durante il quale sono elaborati tutti i sistemi protettivi e nutritivi richiesti per sostenere il futuro embrione", quindi unicamente "quando i sistemi di supporto sono stabiliti può incominciare a svilupparsi l'embrione come identità individuale"[266]. Tutto questo riferendosi al

[264] *Uno di noi*, op. cit., pp. 80-81
[265] LIBRO PROFETA GEREMIA, 1,5.
[266] A. MCLAREN, *Prelude to embryogenesis,* in THE CIBA FOUNDATION, *Human Embryo Research: yes o no?*, London 1986, pg. 15.

"Rapporto della Commissione Warnock"[267], istituita nel 1984 dal Regno Unito per proporre delle normative sulla procreazione medicalmente assistita e sull'uso degli embrioni.

Dunque, per questa corrente, unicamente al 14° giorno abbiamo il termine dello stadio della *preorganogenes*i e del *preimpianto*, poichè solo allora si nota un abbozzo del sistema nervoso, organo fondamentale della vita sensoriale e relazionale e le cellule si trasformano, come più volte affermato, da *totipotenti* in *differenziate.*

"Unicamente", a quel punto, è razionale parlare di "*individualità*", caratteristica specifica dell'identità personale. Inoltre, fino al 14° giorno, è impossibile conoscere se lo *zigote* produrrà solo un individuo o due (gemelli monozigoti). Dunque, si usa questo fatto, per dimostrare la mancanza di individualizzazione effettiva, ma come ricorda M. Cascone: "Il soggetto individuale, inteso come un essere indiviso in se stesso e distinto da qualunque altro, non implica necessariamente il concetto di indivisibilità biologica, ma l'esistere come un tutt'uno distinto dagli altri. Oltre a differenziare il concetto di indivisibilità da quello di individualità, è giusto distinguere anche i termini identità e individualità, perché il primo risponde alla domanda 'chi è', mentre il secondo alla domanda 'quanti sono?'. Ora, l'embrione ha una sua identità fin dal concepimento, anche se non è ancora in grado di sapere se si svilupperà un solo individuo o se ne formerà di più"[268].

Per i seguaci del "Rapporto Warnock" prima del 14° giorno esisterebbe unicamente il *pre-embrione* così descritto da C. Grobstein: "Il pre-embrione umano ha un insieme di caratteristiche che lo distinguono biologicamente dall'uovo che lo precede e dall'embrione che lo segue. Esso è un individuo geneticamente, ma non morfologicamente"[269]. In altre parole, non è vita umana ma semplice "materiale biologico".

Questa tesi fu ribadita anche da ricercatori di *Politeia*[270]: "Prima del 14° giorno dalla fecondazione è da escludersi che 'l'embrione' abbia 'vita personale' o sia 'persona' ". Ma la loro conclusione è a favore dell'embrione: "Da questo tuttavia non consegue che all'embrione non sia dovuto alcun rispetto anche prima del 14° giorno"[271]. Alcuni, infine, parlano di "*persona umana potenziale*". Ma la personalità c'è o non c'è; cosa significa "potenziale" come aggettivo attribuito alla personalità?

Il vocabolo *pre-embrione* anche oggi è sfruttato dall'opinione pubblica a fini prevalentemente ideolologici. Fu ideato, come affermato, solo nel 1979 dall'embriologo *C. Grobstein* ed è privo di fondamenti biologici e filosofici. Immediatamente la comunità scientifica internazionale, lo giudicò arbitrario. Per

[267]Un affermazione base del rapporto: "Un embrione umano non può essere pensato come una persona umana o anche una persona potenziale: è semplicemente un insieme di cellule che, a meno che si impianti in un ambiente uterino umano non ha potenziale di sviluppo. Non c'è, perciò, ragione per accordare a queste cellule alcuna protezione"

[268] *Diaconia della vita. Manuale di bioetica,* op. cit., pg. 95.

[269] C. GROBSTEIN, *Biological characteristics of the preembryo,* in *Annals of the New York Academy of Sciences,* 1988, 541, pg. 346.

[270] Centro per la ricerca e la formazione in politica ed in etica.

[271] F. COMPAGNONI, *Quale statuto per l'embrione umano?,* in AA VV, *La bioetica, questioni morali e politiche per il futuro dell'uomo,* Biblioteche, Milano 1991, pg. 94.

questo è assente dai manuali di embriologia umana; per questo fu rifiutato dal Consiglio d'Europa nelle sue raccomandazioni relative agli interventi sugli embrioni[272] e dal Parlamento Europeo. La motivazione è semplice: ciò che precede l'embrione sono i gameti e ciò che lo segue è il feto e il bambino.
Quella proposta da *Grobstein* è "una distinzione artificiosa che ha lo scopo di negare l'individualità umana del concepito mediante il cambiamento del linguaggio, qualificando 'pre-embrione' il concepito nella prima fase di sviluppo"[273]

Come conclusione riportiamo una riflessione di A. Bompiani che dal 1969 al 1996 ha diretto l'Istituto di clinica ostetrica e ginecologica dell'Università Cattolica presso il Policlinico Gemelli di Roma, fondando una scuola. "La biologia non può dare una risposta diretta alla domanda: l 'embrione è 'persona umana'?, perché la risposta appartiene a un' altra branca del sapere dell'uomo, quella filosofico-giuridica, e travalica in quella metafisica, nella quale riposa la risposta alla domanda: quale è il destino dell'uomo? Tuttavia la biologia dello sviluppo offre un apporto inestimabile e incontrovertibile, che consiste nel concetto di 'individualità somatica, unica e irripetibile' dell'embrione umano in ogni fase e stadio dello sviluppo endouterino e nel concetto di 'storia individuale', guidata da un preciso 'piano' codificato nel patrimonio genetico individuale, acquisito al momento stesso del concepimento. Inoltre, la biologia dello sviluppo, offre la dimostrazione che non si verificano salti quantitativi e qualitativi nel processo, e che non vi è alcun apporto di materiale cromosomico organizzato che interviene, dall'esterno, a modificare il primitivo, particolare assetto del concepito (…). Su queste basi vi sono tutte le premesse per estendere il concetto 'ontologico' di 'soggetto personale' (che è concetto fiiosofico) anche a livello embrionale e tirarne le relative conseguenze sul piano giuridico: una tutela assicurata 'oggettivamente' all'embrione, e non affidata alla sola volontà materna"[274]

3.Approfondimenti sull'embrione .

Come seguito alle domande che ci siamo posti all'inizio del capitolo, ci interroghiamo: "*Chi è l'embrione umano?*".

Da quanto affermato in precedenza possiamo rispondere con certezza che l'embrione è *qualcuno*, cioè un soggetto ben determinato già nelle primissime fasi del suo sviluppo e se posto in condizioni idonee, si svilupperà in un organismo adulto poichè rappresenta la prima fase dell'esistenza di ogni persona, infatti "dal concepimento in poi non ci sono salti nello sviluppo: la differenza tra embrione-feto-bambino è come quella tra bambino-adolescente-adulto: è un fatto quantitativo e non qualitativo"[275].

Dunque, l'embrione non è un agglomerato di cellule, un'appendice del corpo della madre, o una creatura dissimile dal futuro neonato; è il prossimo adulto in

[272] Cfr.: Intervento n. 934 del 1982; Intervento n. 1046 del 1986; Intervento n. 1100 del 1989.
[273] C. CASINI, M. CASINI, M.L. DI PIETRO, *La legge 19 febbraio 2004, n. 40,* G. Giappichelli, Firenze 2004, pg. 53.
[274] A. BOMPIANI, *La difesa della vita: i problemi del nascere,* in AA VV, *La medicina per la civiltà della pace*, Paoline, Roma 1985.
[275] C.V. BELLIENI, *Il mio "paziente" soffre, sogna, ricorda,* AVVENIRE 5 marzo 2005, pg. 7.

fase di sviluppo, con un patrimonio genetico differente da chi lo ha concepito. Per questo, l'embrione non è proprietà della madre o del padre, della società o della scienza, poiché nessun essere umano è possesso di un altro. L'embrione appartiene a sé stesso e a Dio, fonte della Vita!

Da questo deduciamo che l'embrione dall'atto della fecondazione, è un essere umano da rispettare "*come una persona*"; di conseguenza è immorale, sacrificarlo nei processi di fecondazione medicalmente assistita dove un numero notevole sono uccisi. Per questo, è indispensabile, produrre unicamente quelli che potranno essere trasferiti nell'utero. Anche ogni trattamento sperimentale è legittimo unicamente se intrapreso a beneficio dell'embrione stesso.

Il nostro convincimento, oltre che nella Parola di Dio e nel Magistero della Chiesa, identifica un fondamento filosofico e giuridico nel Diritto Romano Classico: "Qui in utero sunt intelliguntur in rerum natura esse".

Inoltre, molteplici documenti internazionali, dell'Unione Europea e nazionali sostengono questa tesi.

DOUMENTI INTERNAZIONALI:

-ONU (1948): *Dichiarazione Universali dei Diritti dell'Uomo.*

DOCUMENTI UNIONE EUROEPA

-Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa (1986): *Raccomandazione 1046 relativa all'utilizzo di embrioni e di feti umani a fini diagnostici, terapeutici, scientifici, industriali e commerciali.*

-Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa (1989): *Raccomandazione 1100 sulla ricerca scientifica relativamente agli embrioni e ai feti umani.*

-Assemblea Parlamentare del Consiglio d'Europa (1989): *Risoluzione sui problemi etici e giuridici della manipolazione genetica.*

-Parlamento Europeo (1989): *Risoluzione sulla fecondazione artificiale "in vivo" e "in vitro.*

-Consiglio d'Europa (1996): *Convenzione sui Diritti dell'uomo e la biomedicina.*

-Il 18 ottobre 2011, la *Corte di Giustizia dell'Unione Europea*, chiamata ad esprimersi sulla brevettabilità dei procedimenti che si avvalgono delle cellule staminali estratte da embrioni umani, nella sentenza, oltre che proibirne l'uso, sottolineò che la "*nozione di embrione umano deve essere intesa in senso ampio".*

-1 settembre 2015, la Corte Europea respinse il ricorso di una donna italiana che voleva cedere i "suoi" embrioni crioconservati dal 2002 per la sperimentazione scientifica. I giudici di Strasburgo oltre aver affermato che "l'embrione umano non può essere ridotto a un bene", stabilirono che l'articolo 13 della legge 40/2004 che vieta la sperimentazione sugli embrioni umani non viola "il diritto al rispetto della vita privata" poiché il governo italiano ha tutti i diritti di esercitare il diritto sovrano di stabilire le proprie leggi[276].

DOCUMENTI ITALIANI

Comitato Nazionale per la Bioetica (1996): *Identità e statuto dell'embrione umano.*

[276] Sentenza 46470/15

Questi eminenti pareri sostengono la convinzione che l'embrione, a seguito della fecondazione, è un "essere vivente" appartenente alla specie dell'*homo sapiens*; per questo dobbiamo garantirgli, come sollecitato dal "principio di uguaglianza", il diritto alla vita e all'integrità fisica.

Il "concetto di embrione" fu approfondito più volte anche dal Magistero della Chiesa Cattolica[277] a partire dal Concilio Vaticano II: "Dio, padrone della vita, ha affidato agli uomini l'altissima missione di proteggere la vita: missione che deve essere adempiuta in modo umano. Perciò la vita, una volta concepita, deve essere protetta con la massima cura; e l'aborto come l'infanticidio sono abominevoli delitti"[278], fino al Catechismo della Chiesa Cattolica: "la vita umana deve essere rispettata e protetta in modo assoluto fin dal momento del concepimento. Dal primo istante della sua esistenza l'essere umano deve vedersi riconosciuti i diritti della persona, tra i quali il diritto inviolabile alla vita"[279].

Tra i vari testi sull'argomento è alquanto significativo questo intervento di Benedetto XVI: "Anche in mancanza di espliciti insegnamenti sui primissimi giorni di vita del nascituro, è possibile trovare nella Sacra Scrittura preziose indicazioni che motivano sentimenti d'ammirazione e di riguardo nei confronti dell'uomo appena concepito. I libri sacri, infatti, intendono mostrare l'amore di Dio verso ciascun essere umano ancor prima del suo prender forma nel seno della madre. 'Prima di formarti nel grembo materno, ti conoscevo, prima che tu venissi alla luce, ti avevo consacrato'(Ger.1,5), dice Dio al profeta Geremia. E il Salmista riconosce con gratitudine: 'Sei tu che hai creato le mie viscere e mi hai tessuto nel seno di mia madre. Ti lodo perché mi hai fatto come un prodigio; sono stupende le tue opere, tu mi conosci fino in fondo' (Sal. 139,13-14). Sono parole, queste, che acquistano tutta la loro ricchezza di significato quando si pensa che Dio interviene direttamente nella creazione dell'anima di ogni nuovo essere umano"[280].

Dunque, chi uccide un embrione, annienta una vita in divenire!

Due presisazioni.

La prima precisazione. L'Istruzione *Donum* Vitae affermò che "l´essere umano è da rispettare - *come una persona* - fin dal primo istante della sua esistenza"[281] .
Perciò, la Chiesa, non afferma espressamente che l'embrione *è persona*; non si addossa osservazioni filosofiche e scientifiche; interpella a rispettarlo *come persona,* sottolineando che il "valore di uomo" accompagna l'individuo dal concepimento alla morte naturale, quindi anche nel grembo della madre dalla fusione dei gameti.
Concetto ripreso e specificato nella Istruzione *Dignitatis Personae* (2008): "Se l'Istruzione Donum Vitae non ha definito che l'embrione è persona, per non

[277] Alcuni documenti del Magistero della Chiesa
-CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'aborto procurato,* 18 novembre 1974, n. 19.
-*Donum Vitae,* op. cit., I,2-6.
-*Evangelium vitae*, op.cit, nn. 18-19; 44-45; 60.
-CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dignitas Personae*, 8 settembre 2008, n. 5.
[278] *Gaudium et spes*, op. cit., n. 51.
[279] CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2270.
[280] BENEDETTO XVI, *Discorso al Congresso sull'embrione in fase preimpiantatoria,* 27 febbraio 2006.
[281] *Donum Vitae*, op. cit., n. 1, parte prima.

impegnarsi espressamente su un'affermazione d'indole filosofica, ha rilevato tuttavia che esiste un nesso intrinseco tra la dimensione ontologica e il valore specifico di ogni essere umano. Anche se la presenza di un'anima spirituale non può essere rilevata dall'osservazione di nessun dato sperimentale, sono le stesse conclusioni della scienza sull'embrione umano a fornire 'un'indicazione preziosa per discernere razionalmente una presenza personale fin da questo primo comparire di una vita umana'. La realtà dell'essere umano, infatti, per tutto il corso della sua vita, prima e dopo la nascita, non consente di affermare né un cambiamento di natura né una gradualità di valore morale, poiché possiede una piena qualificazione antropologica ed etica. L'embrione umano, quindi, ha fin dall'inizio la dignità propria della persona"[282].

Un seconda precisazione è contenuta nella *Dichiarazione sull'aborto procurato.* "Questa dichiarazione lascia espressamente da parte la questione circa il momento dell'infusione dell'anima spirituale. Non c'è su tale punto tradizione unanime e gli autori sono ancora divisi. Non spetta alla scienza di prendere posizione, perché l'esistenza di un'anima immutabile non appartiene al suo campo. E' una discussione filosofica, da cui la nostra affermazione morale rimane indipendente per due ragioni. 1. Pur supponendo un'animazione tardiva, esiste già una vita umana che prepara e richiede quest'anima nella quale si completa la natura ricevuta dai genitori. 2. D'altronde basta che questa presenza dell'anima sia probabile (e non si proverà mai il contrario) perché toglierle la vita significhi accettare il rischio di uccidere un uomo, non soltanto in attesa, ma già provvisto della sua anima"[283].

Negli ultimi decenni, l'embrione sta smarrendo celermente la sua dignità, essendo ritenuto da alcuni, come abbiamo più volte notato, un essere umano, ma unicamente *in potenza*, che acquisirà i diritti della persona in un determinato momento del suo sviluppo da stabilirsi per convenzione.

Contribuiscono a questo declassamento le pratiche abortiste favorite dall' "anti-life mentalità" e alcune tecniche medico-scientifiche: dalla fecondazione medicalmente assistita alle ricerche sulle cellule staminali embrionali. Altri pericoli giungono dagli studi sul ciclo cellulare e sul loro metabolismo e dalla diagnosi pre-impianto.

Inoltre, non possiamo scordare le migliaia di embrioni creati per la fecondazione medicalmente assistita e posti in recipienti di nitrogeno liquido, conservati in cliniche e centri specializzati di tutta Italia, ma spesso abbandonati da chi li aveva "commissionati" essendo la normativa ambigua, soprattutto dopo il pronunciamento della Corte Costituzionale del 2009 che sdoganò la formazione di embrioni in sovrannumero.

Dunque, dal 2009, abbiamo costatato un aumento vertiginoso di embrioni crioconservati: nel 2008 erano 763, nel 2017 si è giunti, secondo la relazione al Parlamento sulla legge 40, a 38.687 numeri però che si modficano quotidianamente. Quindi ignorano la loro sorte non sapendo quanti sono ancora vitali e quanti resisteranno dopo un eventuale scongelamento. Gli embrioni crioconservati "non hanno data di scadenza" se la crioconservazione è effettuata

[282] *Dignitatis Personae,* op. cit., n. 5.
[283] *Dichiarazione sull'aborto procurato,* op. cit., n. 19.

correttamente.

Da ultimo ricordiamo la miserabile fine che fece l'iniziativa: "Uno di noi".

Il "Trattato dell' Unione Europea" (TUE) definito anche "Trattato di Lisbona" che istituì ufficialmente l'Unione il 13 dicembre 2007, per ridurre la "carenza democratica" di questa Istituzione e per "avvicinare" i cittadini alle politiche europee, introdusse la possibilità, all'articolo 11, di proporre "iniziative popolari", cioè la possibilità di ottenere la discussione di un determinato tema dinanzi alle Istituzioni europee con la partecipazione dei promotori, quando l'argomento è accompagnato da oltre un milione di firme di cittadini europei appartenenti ad almeno sette Stati membri.

Il 1° aprile 2013 si avviò la raccolta di firme da parte di trenta "Movimenti per la vita" in rappresentanza di 21 Paesi affinché ogni essere umano fosse riconosciuto come "uno di noi" fin dal concepimento in ogni azione svolta direttamente dall'Unione. Si chiese inoltre di non finanziare attività che presupponessero la distruzione di embrioni umani nei settori della ricerca, nei programmi di riduzione delle nascite e nella pratiche di sanità pubblica.

Il successo dell'iniziativa fu enorme raccogliendo 1.901.947 firme di cui 600mila in Italia. Ma la Commissione Europea "uscente", cioè al termine del suo mandato, nel maggio 2014, quindi in una delle sue ultime deliberazioni, approvò di non presentare questa proposta al Parlamento europeo. La motivazione del non recepimento della petizione fu: "gli Stati membri e il Parlamento europeo hanno discusso e deciso la politica della Ue in questo settore solo recentemente", cioè di finanziare con soldi pubblici europei la ricerca scientifica su embrioni umani, oltre contribuire ai progetti di cooperazione internazionale che implicano la diffusione dell'aborto e dei farmaci abortivi nei Paesi del Terzo Mondo, anche in quelli che vietano l'aborto".

La Commissione Europea commise un "notevole abuso" essendo unicamente un Organismo esecutivo dell'Unione. Di conseguenza, deliberare in questa materia, non stava nei suoi poteri poichè questi appartengono al "legislatore europeo", cioè al Parlamento e al Consiglio.

Lo sforzo di migliaia di persone finì nel nulla poiché il Parlamento europeo appena eletto e la nuova Commissione non diede seguito all'iniziativa.

4.Le cellule staminali embrionali umane

La tematica è al quanto sensibile umanamente e tecnicamente complessa, perciò è opportuna chiarezza per comprendere l'argomento. Osservava A. Vescovi: "Chi si occupa di cellule staminali sul fronte della ricerca si sente un fante in trincea: esplodono notizie da tutte le parti (…), inconsciamente o forse incoscientemente, senza curarsi delle conseguenze. Nelle discussioni si mischiano termini recenti o spolverati di recente come clonazione o partenogenesi, altri più vecchi e intrisi di valori, giudizi, credenze, come embrione, e quello carico di speranza: terapia"[284]. Non è nostra intenzione presentare un

[284] A. VESCOVI, *La cura che viene da dentro*, Mondadori, Milano 2005, pg. 7.

difficoltoso documento scientifico ma unicamente far comprendere al lettore l'argomento e soprattutto mostrare le molte evidenze etiche coinvolte.

Le "cellule staminali" sono cellule "capostipiti" o "primitive" che stanno all'origine di tutte le altre, dotate dell'abilità di trasformarsi in cellule "differenziate" e "specifiche" dell'organismo umano. In base alla fonte di prelievo si suddividono in "staminali adulte" e "staminali embrionali". Sono "autologhe" quelle personali ed eterologhe quelle di donatore; "riparano" o "ricostruiscono" tessuti danneggiati.

Le "cellule staminali adulte", in parte già "specializzate", cioè indirizzate alla costituzione di un tessuto specifico, sono presenti nei tessuti fetali e dell'adulto, nel cordone ombelicale, nella placenta e nei feti abortiti. Non pongono problematiche etiche, forniscono eccellenti risultati e sono ben tollerate dall'organismo. Le fasi di ricerca sono avanzate e si ipotizza un continuo incremento nell'impiego. Lo attestano le migliaia di trial clinici in svolgimento nel mondo. Le cellule staminali adulte hanno migliorato o guarito molteplici patologie; dalle anemie alle artriti, dai tumori alle leucemie, dal diabete alle malattie neurodegenerative e oggi si parla di organoidi e di bioprinting, ovvero di biostampanti in grado di ricostruire piccoli organi tridimensionali come ad esempio la trachea.

A scopo terapeutico, sono prelevate dal paziente o dal donatore, coltivate affinchè si accrescano e si differenzino in "cellule specializzate" per il tessuto danneggiato, ed infine, innestate nel malato. Dunque, non occorre procedere all'uccisione dell' embrione per sviluppare terapie che guariranno milioni di persone.

Le "cellule staminali embrionali", invece da prelevate nei primi giorni di vita dell'embrione (tra il 5° e il 14° dalla sua fecondazione), ne provocano la morte.

Il procedimento è eticamente condannabile!

Il "Magistero della Chiesa", ha dichiarato più volte mediante l'intervento dei Pontefici e di alcuni Organismi, la contrarietà all'uso delle cellule staminali embrionali.

Esaminiamo alcuni interventi.

San Giovanni Paolo II trattò l'argomento in due occasioni.

Nell' "Evangelium vitae" al numero 63 quando il Papa analizza l'uso di materiale di derivazione embrionale per la ricerca e la terapia.

"La valutazione morale dell'aborto è da applicare anche alle recenti forme di intervento sugli embrioni umani che, pur mirando a scopi in sé legittimi, ne comportano inevitabilmente l'uccisione. È il caso della sperimentazione sugli embrioni, in crescente espansione nel campo della ricerca biomedica e legalmente ammessa in alcuni Stati. Se 'si devono ritenere leciti gli interventi sull'embrione umano a patto che rispettino la vita e l'integrità dell'embrione, non comportino per lui rischi sproporzionati, ma siano finalizzati alla sua guarigione, al miglioramento delle sue condizioni di salute o alla sua sopravvivenza individuale', si deve invece affermare che l'uso degli embrioni o dei feti umani come oggetto di sperimentazione costituisce un delitto nei riguardi della loro dignità di esseri umani, che hanno diritto al medesimo rispetto dovuto al bambino già nato e ad ogni persona. La stessa condanna morale riguarda anche il procedimento che sfrutta gli embrioni e i feti umani ancora vivi — talvolta 'prodotti' appositamente per questo scopo mediante la fecondazione in vitro — sia come 'materiale

biologico' da utilizzare sia come fornitori di organi o di tessuti da trapiantare per la cura di alcune malattie. In realtà, l'uccisione di creature umane innocenti, seppure a vantaggio di altre, costituisce un atto assolutamente inaccettabile".
Il secondo intervento, san Giovanni Paolo II, lo tenne al "XVIII Congresso Internazionale della Società dei Trapianti".
"La scienza, lascia intravedere altre vie di intervento terapeutico che non comporta né la clonazione né il prelievo di cellule embrionali, bastando a tale scopo l'utilizzazione di cellule staminali prelevabili in organismi adulti. Su queste vie dovrà avanzare la ricerca, se vuole essere rispettosa della dignità di ogni essere umano, anche nello stadio embrionale"[285].
Anche papa Benedetto XVI riaffermò l'inaccettabilità dell'uccisione degli embrioni per finalità scientifiche o terapeutiche rivolgendosi alla "Pontificia Accademia per la Vita" e alla "Federazione Internazionale delle Associazioni Mediche Cattoliche" (FIAMC).
"Vorrei ripetere in questa circostanza quanto ho avuto modo di affermare in una recente Udienza: 'Il progresso può essere progresso vero solo se serve alla persona umana e se la persona umana stessa cresce; se non cresce solo il suo potere tecnico, ma cresce anche la sua capacità morale' (Udienza Generale del 16 agosto). In questa luce, anche la ricerca sulle cellule staminali somatiche merita approvazione ed incoraggiamento quando coniuga felicemente insieme il sapere scientifico, la tecnologia più avanzata in ambito biologico e l'etica che postula il rispetto dell'essere umano in ogni stadio della sua esistenza. Le prospettive aperte da questo nuovo capitolo della ricerca sono in se stesse affascinanti, perché lasciano intravedere la possibilità di curare malattie che comportano la degenerazione dei tessuti, con i conseguenti rischi di invalidità e di morte per chi ne è affetto (…). Di fronte alla diretta soppressione dell'essere umano non ci possono essere né compromessi né tergiversazioni; non si può pensare che una società possa combattere efficacemente il crimine, quando essa stessa legalizza il delitto nell'ambito della vita nascente (…). Il fatto che voi, in questo Congresso abbiate espresso l'impegno e la speranza di conseguire nuovi risultati terapeutici utilizzando cellule del corpo adulto senza ricorrere alla soppressione di esseri umani neoconcepiti e il fatto che i risultati stiano premiando il vostro lavoro, costituiscono una conferma della validità del costante invito della Chiesa al pieno rispetto dell'essere umano fin dal concepimento. Il bene dell'uomo va ricercato non soltanto nelle finalità universalmente valide, ma anche nei metodi utilizzati per raggiungerle: il fine buono non può mai giustificare mezzi intrinsecamente illeciti. Non è soltanto questione di sano criterio per l'impiego delle limitate risorse economiche, ma anche, e soprattutto, di rispetto dei fondamentali diritti dell'uomo nell'ambito stesso della ricerca scientifica"[286].
La Congregazione per la Dottrina della Fede trattò la tematica anche da un'angolatura scientifica nella Istruzione "Dignitatis Personae" affermando: "Le cellule staminali sono cellule indifferenziate che possiedono due caratteristiche

[285] GIOVANNI PAOLO II, Discorso al *XVIII Congresso Internazionale della Società dei Trapianti*, 29 agosto 2000.
[286] BENEDETTO XVI, Discorso al *Congresso sulle Cellule staminali* promosso dalla Pontificia Accademia per la Vita e dalla FIAMC, 16 settembre 2006.

fondamentali: a) la capacità prolungata di moltiplicarsi senza differenziarsi; b) la capacità di dare origine a cellule progenitrici di transito, dalle quali discendono cellule altamente differenziate, per esempio, nervose, muscolari, ematiche.
Da quando si è verificato sperimentalmente che le cellule staminali, se trapiantate in un tessuto danneggiato, tendono a favorire la ripopolazione di cellule e la rigenerazione di tale tessuto, si sono aperte nuove prospettive per la medicina rigenerativa, che hanno suscitato grande interesse tra i ricercatori di tutto il mondo. Nell'uomo, le fonti di cellule staminali finora individuate sono: l'embrione nei primi stadi del suo sviluppo, il feto, il sangue del cordone ombelicale, vari tessuti dell'adulto (midollo osseo, cordone ombelicale, cervello, mesenchima di vari organi, ecc.) e il liquido amniotico. Inizialmente, gli studi si sono concentrati sulle *cellule staminali embrionali*, poiché si riteneva che solo queste possedessero grandi potenzialità di moltiplicazione e di differenziazione. Numerosi studi, però, dimostrano che anche le *cellule staminali adulte* presentano una loro versatilità. Anche se tali cellule non sembrano avere la medesima capacità di rinnovamento e la stessa plasticità delle cellule staminali di origine embrionale, tuttavia studi e sperimentazioni di alto livello scientifico tendono ad accreditare a queste cellule dei risultati più positivi se confrontati con quelle embrionali. I protocolli terapeutici attualmente praticati prevedono l'uso di cellule staminali adulte e sono al riguardo state avviate molte linee di ricerca, che aprono nuovi e promettenti orizzonti" (n. 31).
"Per la valutazione etica occorre considerare sia i metodi di prelievo delle cellule staminali sia i rischi del loro uso clinico o sperimentale. Per ciò che concerne i metodi impiegati per la raccolta delle cellule staminali, essi vanno considerati in rapporto alla loro origine. Sono da considerarsi lecite quelle metodiche che non procurano un grave danno al soggetto da cui si estraggono le cellule staminali. Tale condizione si verifica, generalmente, nel caso di prelievo: a) dai tessuti di un organismo adulto; b) dal sangue del cordone ombelicale, al momento del parto; c) dai tessuti di feti morti di morte naturale. Il prelievo di cellule staminali dall'embrione umano vivente, al contrario, causa inevitabilmente la sua distruzione, risultando di conseguenza gravemente illecito. In questo caso «la ricerca, a prescindere dai risultati di utilità terapeutica, non si pone veramente a servizio dell'umanità. Passa infatti attraverso la soppressione di vite umane che hanno uguale dignità rispetto agli altri individui umani e agli stessi ricercatori. La storia stessa ha condannato nel passato e condannerà in futuro una tale scienza, non solo perché priva della luce di Dio, ma anche perché priva di umanità. L'utilizzo di cellule staminali embrionali, o cellule differenziate da esse derivate, eventualmente fornite da altri ricercatori, sopprimendo embrioni, o reperibili in commercio, pone seri problemi dal punto di vista della cooperazione al male e dello scandalo. Per quanto riguarda l'uso clinico di cellule staminali ottenute mediante procedure lecite non ci sono obiezioni morali. Vanno tuttavia rispettati i comuni criteri di deontologia medica. Al riguardo occorre procedere con grande rigore e prudenza, riducendo al minimo gli eventuali rischi per i pazienti, facilitando il confronto degli scienziati tra di loro e offrendo un'informazione completa al grande pubblico. È da incoraggiare l'impulso e il sostegno alla ricerca riguardante l'impiego delle cellule staminali adulte, in quanto non comporta

problemi etici" (n.32).

La Pontificia Accademia per la Vita nella "Dichiarazione sulla produzione e sull'uso scientifico delle cellule staminali umane" (2000) rispose a tre quesiti etici e propose degli itinerari.

Il primo: *È moralmente lecito produrre e/o utilizzare embrioni umani viventi per la preparazione di ES*[287] "?. La risposta fu negativa[288].

Il secondo: *È moralmente lecito eseguire la cosiddetta "clonazione terapeutica" attraverso la produzione di embrioni umani e la loro successiva distruzione per la produzione di ES?* Anche in questo caso la risposta fu negativa[289].

Il terzo: *È moralmente lecito utilizzare le ES, e le cellule differenziate da quelle ottenute, eventualmente fornite da altri ricercatori o reperibili in commercio*? Pure qui la risposta fu negativa[290].

Gli itinerari da percorrere.

"La possibilità di utilizzare cellule staminali adulte per raggiungere le stesse finalità che si intendono raggiungere con le cellule staminali embrionali, indica questa come la via più ragionevole e umana da percorrere per un corretto e valido progresso in questo nuovo campo che si apre alla ricerca e a promettenti applicazioni terapeutiche"[291]. L'avvalersi delle cellule embrionali "che lede gravemente e irreparabilmente l'embrione umano, troncandone lo sviluppo, resta un atto gravemente immorale e quindi gravemente illecito"[292].

A questo punto è fondamentale comprendere se le cellule staminali embrionali siano "magiche", poichè l'opinione pubblica anche a causa di una carente

---

[287] ES, ESE, Embryo stem cells = Cellule staminali embrionali umane.

[288] "1. Sulla base di una corretta e completa analisi biologica, l'embrione umano vivente è - a partire dalla fusione dei gameti - un *soggetto umano* con una ben definita identità, il quale incomincia da quel punto il suo proprio *coordinato, continuo e graduale sviluppo*, tale che in nessuno stadio ulteriore può essere considerato come un semplice accumulo di cellule.

2. Ne segue che: come "*individuo umano"* ha *diritto* alla sua propria vita; e, perciò, ogni intervento che non sia a favore dello stesso embrione, si costituisce come atto lesivo di tale diritto. La teologia morale ha da sempre insegnato che nel caso dello «*jus certum tertii*» il sistema del probabilismo non è applicabile.

3. Pertanto, l'ablazione della massa cellulare interna (ICM) della blastociste, che lede gravemente e irreparabilmente l'embrione umano, troncandone lo sviluppo, è un atto *gravemente immorale* e, quindi, *gravemente illecito*.

4. *Nessun fine ritenuto buono*, quale l'utilizzazione delle cellule staminali che se ne potrebbero ottenere per la preparazione di altre cellule differenziate in vista di pro-cedimenti terapeutici di grande aspettativa, *può giustificare tale intervento*. Un fine buono non rende buona un'azione in se stessa cattiva.

5. Per un cattolico, tale posizione è confermata dal Magistero esplicito della Chiesa che, nella enciclica *Evangelium Vitae* - riferendosi anche alla Istruzione *Donum Vitae* della Congregazione per la Dottrina della Fede - afferma: "La Chiesa ha sempre insegnato, e tuttora insegna, che al frutto della generazione umana, dal primo momento della sua esistenza, va garantito il rispetto incondizionato che è moralmente dovuto all'essere umano nella sua totalità e unità corporale e spirituale: 'l' essere umano va rispettato e trattato come una persona fin dal suo concepimento e, pertanto, da quello stesso momento gli si devono riconoscere i diritti della persona, tra i quali anzitutto il diritto inviolabile di ogni essere umano innocente alla vita' " (n.60).

[289] "Ogni tipo di clonazione terapeutica, che implichi necessariamente la produzione di embrioni umani e la susseguente distruzione degli embrioni prodotti, al fine di ottenerne cellule staminali, è illecita; poiché, si ricade nel problema etico precedentemente esposto, il quale non può avere che una risposta negativa".

[290] "Al di là della condivisione, formale o meno, dell'intenzione moralmente illecita dell'agente principale, nel caso in esame, c'è una cooperazione materiale prossima da parte del produttore o fornitore".

[291] PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Dichiarazione sulla produzione e sull'uso scientifico delle cellule staminali umane,* 25 agosto 2000.

[292] Idem.

oggettività dei mezzi di comunicazione, vi ha puntato ostinatamente l'attenzione. Dobbiamo chiederci se questa tipologia cellulare fornirà "terapie straordinarie", come nel passato hanno assicurato alcuni scienziati.
Da decenni, le cellule staminali embrionali, non stanno fornendo nessun risultato terapeutico attendibile. Anzi, essendo totipotenti, sono rischiose: producono infezioni virali non sempre diagnosticabili; crisi di rigetto per l'incompatibilità immunologica; posseggono un elevato rischio di cancerogenesi originando forme di tumori e, da ultimo, non possiamo scordare i difetti epigenetici.
Questo rischio, fu denunciato già nel 2000 da G. Vogel sulla rivista Science[293]. Nonostante ciò, nel 2011, presso la clinica "Shepherd Center" di Atlanta, si avviò la prima sperimentazione clinica sull'uomo; un trattamento per la lesione della colonna vertebrale di cui però non si conobbero i risultati.
Si ha però l'impressione diffusa che dopo anni di delusioni alcuni laboratori dirottano il loro interesse su altre tipologie di studio.

Nel settembre 2006, al Congresso Mondiale organizzato dalla Pontificia Accademia per la Vita, lo scienziato giapponese S. Yamanaka (Università di Kyoto), annunciò la scoperta dell' iPS (Induced Pluripotent Stem Cells). Aveva riprogrammato delle cellule differenziate di topolini trasformandole in cellule staminali indifferenziate e pluripotenti in possesso di tutte le caratteristiche delle cellule staminali embrionali. Questa metodologia che riporta le cellule adulte differenziate allo stato di cellule immature, indifferenziate e di tipo embrionale, non pose problematiche etiche e portò offrire significativi contributi alla ricerca. La scoperta di Yamanaka, fu definita nel dicembre 2007 dalla rivista Science Magazine, "il passo più significativo dell'anno nel settore scientifico". Per obiettività, non possiamo nascondere che le cellule "ringiovanite" da Yamanaka con l'uso di virus, possedevano per le reazioni avverse lo stesso limite delle embrionali.

Nel 2009, A. Nagy di Toronto e K. Kaji di Edimburgo, svilupparono una nuova tipologia di cellule staminali pluripotenti ottenute non con lo sviluppo degli embrioni, ma riprogrammando le cellule adulte. Per regredire le cellule adulte, sfruttarono al posto del virus, uno speciale vettore molecolare denominato "piggyBac", cioè una sequenza di materiale genetico (traspostone) che può spostarsi da una posizione all'altra del genoma. Una metodologia più sicura e eticamente compatibile.

Tra conferme e smentite siamo giunti a giugno 2019, quando i ricercatori della Rockefeller Univer-sity di New York, guidati da Mijo Simunovic, hanno comunicato tramite la rivista "Nature Cell Biology" di essere riusciti a realizzare un'ipotetico embrione umano costruito su un chip che permetterebbe di creare tessuti e organi in laboratorio guidando lo sviluppo di staminali embrionali umane. Riuscire a ottenere una riserva di staminali senza incorrere in problemi etici è stato l'altro aspetto sottolineato per avvalorare la scoperta che in realtà consiste nel-l'evoluzione di un filone della microingegneria arrivato a creare un sistema di canalizzazioni per far fluire nel chip i fattori di crescita che spingono la differenziazione cellulare. "Ma, anche questa sperimentazione - ha commentato monsignor Renzo Pegoraro, cancelliere della Pontificia Accademia per la Vita -

[293] Cfr.: *Science,* n. 287, pp. 1418-1419.

non risolve alla base il problema etico dell'uso de staminali embrionali umane. Tecnicamente non ci sono garanzie su possibili errori di sviluppo o deviazioni nel processo di differenziazione celllulare. Migliori sono le strategie che utilizzano le staminali pluripotenti indotte (iPS) ottenute col metodo Yamanaka, oppure quelle da cordone ombelicale o le adulte già specializzate come le mesenchimali. Sono oggetto di studi che hanno già dato risultati positivi, oltre a essere più pilotabili rispetto alle embrionali"[294].

Di fronte alla caparbietà, anche di scienziati e clinici di "ritenuti famosi", nel difendere spasmodicamente l'ipotesi terapeutica fallimentare delle cellule staminali embrionali, dobbiamo concludere che sopra il giudizio scientifico prevalgono i profitti mascherati da interessi umanitari di alcuni che privi di scrupoli inseguono l'affare, poichè sulla manipolazione degli embrioni si concentrano, a livello globale, colossali profitti. Nel frattempo, migliaia di malati, sono illusi da obiettivi irraggiungibili!

Conclusione

Scrisse O. Fallaci, nota scrittrice laica, morta il 15 settembre del 2006 all'età di settantasette anni a seguito di una grave forma di tumore: "Come dissi in un'intervista, non me ne importerebbe niente se le staminali embrionali (che determinano la morte dell'embrione) servissero a guarire il mio cancro, anzi i miei cancri. Dio sa se amo vivere, si, vorrei vivere il più a lungo possibile. Sono innamorata, io, della vita. Ma a guarire i miei cancri iniettandomi le cellule d'un bambino mai nato (cioè di un embrione) mi parrebbe d'essere una cannibale. Una Medea che uccide i propri figli.("Donna maledetta, aborrita dagli Dei, da me, dall'intero genere umano. Crepa, essere osceno, assassina dei tuoi figli" le dice Euripide attraverso Giasone")[295] .

Nella premessa al capitolo ci siamo posti l'interrogativo sull'inizio della vita; ora al termine della riflessione, a modo di riassunto, ci chiediamo: "*in quale momento iniziò la mia avventura umana?*" Appena avvenuto l'incontro tra l'oocita di mia madre e lo spermatozoo di mio padre, quindi circa 280 giorni prima del parto. E allora, non è meraviglioso rammentare che ognuno di noi fu un embrione cui fu concessa la possibilità di svilupparsi divenendo uomo ?

Il nostro auspicio è che i diritti definiti "di prima generazione", approvati nel 1950 dalla "Convenzione europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali", siano estesi, in tutti i Paesi, anche all'embrione, superando ogni divergenza ideologica.

[294] A. TURCHETTI, *Organi da embrioni, l'alternativa c'è*, in Avvenire 4 luglio 2019, pg. 16.
[295] CORRIERE DELLA SERA, 3 giugno 2005, pg. 3.

CAP. 6 LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA

1.La procreazione

1.1.INTRODUZIONE

San Giovanni XXIII nell'enciclica *Mater e Magistra* sosteneva che la trasmissione della vita umana fu affidata dalla natura ad "un atto personale e cosciente e, come tale, soggetto alle leggi di Dio, immutabili e inviolabili"[296]. E san Giovanni Paolo II ribadì: "La fecondità è il frutto e il segno dell'amore coniugale, la testimonianza viva della piena donazione reciproca degli sposi"[297].

Questo atto è l'intima unione d'amore degli sposi che donandosi totalmente si aprono alla vita divenendo "pro-creatori", chiamati ad agire in sintonia con il progetto divino. Pertanto, l'azione procreativa insita nella sessualità umana, non ammette interferenze di estranei nel rapporto della coppia poichè rendono l'atto incompleto, spersonalizzato e disumanizzato. L'atto della coppia coinvolge "la totalità dell'essere dei coniugi", cioè il cuore, il corpo, la psiche e lo spirito in una reciproca donazione mostrando così l'altissima dignità della persona del figlio.

Dunque, per la Dottrina cattolica, come già sottolineato precedentemente, la "responsabilità procreativa" si esprime come inscindibile unità dei due significati dell'atto coniugale: quello unitivo e quello procreativo.

Ma oggi il rapporto tra sessualità e procreazione, tra dimensione fisica, psichica ed affettiva e il dono totale e reciproco degli sposi, sono a volte annullati dall'intervento della tecnica medica che consente la procreazione umana all'esterno dal suo processo naturale di amore mediante la "fecondazione artificiale" "intra-corporea" ed "extra-corporea".

A volte, alcune coppie, mosse dal dramma della sterilità, oppure affascinate dall'errata mentalità del "diritto al figlio" fa di tutto per averlo, fino a pretendere che scienza e tecnica, diritto e politica si pieghino a questa pretesa, travolgendo i ritmi naturali del concepimento e della gestazione.

Varie sono le tecniche.

*Per la *fecondazione "intra-corporea*":

-Inseminazione Artificiale (IA).

-Trasferimento dei Gameti (GIFT).

*Per la *fecondazione "extra-corporea*":

-Fecondazione in vitro e embryo-transfer (F.I.V.E.T).

-Micromanipolazione (I.C.S.A.).

Mentre è ammessa a determinate condizioni quella "intra-corporea" in quanto il concepimento avviene nel luogo naturale, lo scindere la dimensione "unitiva" da quella "procreativa" rende per la Dottrina cattolica inaccettabile la fecondazione "extra-corporea". Ma pure in quella "intra-corporea" il mezzo tecnico deve risultare "non sostitutivo dell'atto coniugale, ma si deve configurare come una facilitazione ed un aiuto affinché esso raggiunga il suo scopo naturale"[298].

---

[296] GIOVANNI XXIII, *Mater e Magistra*, n. 8.

[297] *Familiaris consortio*, op. cit., n. 28.

[298] *Donum vitae*, op. cit., II, B, 6.

1.2.FECONDAZIONE INTRA-CORPOREA

1.2.1.INSEMINAZIONE ARTIFICIALE (AI)

L'inseminazione artificiale consiste nel prelevare il seme maschile e introdurlo artificialmente nel canale cervicale femminile, e qui, gli spermatozoi imboccano la tuba uterina e la fecondazione avviene con modalità naturali.

E' *omologa* quando si avvale del seme del partner.

E' *eterologa* quando i gameti sono donati all'esterno della coppia.

La fecondazione intra-corporea *omologa* è la pratica meno problematica a livello etico e giuridico, essendoci perfetta identità fra "genitori genetici" e "genitori giuridico-sociali". Il bioeticista, cardinale E. Sgreccia, invita a usare la tecnica con cautela, e soprattutto "deve trattarsi di un aiuto terapeutico e integrativo a far sì che l'atto coniugale, in sé completo in tutte le sue componenti (fisiche, psichiche, spirituali), possa aver effetto procreativo"[299].

Dunque, il mezzo tecnico, non deve risultare sostitutivo dell'atto coniugale ma unicamente facilitarlo.

Nella modalità *eterologa* è presente un "terzo soggetto": il donatore del seme o la donatrice degli ovuli; ciò implica problemi etici e giuridici.

Questa presenza: costituisce la violazione dell'unità coniugale; una modalità peculiare di concepire la famiglia; l'alterazione del rapporto figlio-genitori (la madre è totalmente mamma, il padre unicamente a livello legale e educativo, quindi è svuotata la paternità "biologica") con probabili ripercussioni anche nella famiglia. Osservava lo psichiatra e sessuologo W. Pasini: "Per le donne il rischio ricorrente è quello di sentirsi deluse dal proprio patner che viene 'squalificato' dalla maggior potenza del donatore, o anche di sentire inconsciamente di 'tradite' il patner coltivando così al tempo stesso sentimenti di aggressività e di colpa nei suoi confronti. Non meno difficile è la situazione dell'uomo, per il quale l'accettazione della tecnica eterologa da donatore suppone la definitiva accettazione della propria sterilità"[300].

Anche a livello giuridico si pongono degli interrogativi.

-Qual'è il rapporto dei "nati" rispetto al donatore?

-E, l'anonimato del donatore, va mantenuto?

Non può essere tralasciato, inoltre, l' eventuale trasmissione di patologie genetiche. In Inghilterra, ad esempio, alcune madri, sollecitarono cospicui risarcimenti per il trasferimento di difetti genetici dal donatore al nato.

In Italia, il Consiglio Superiore di Sanità (Css), approvò nel giugno 2015 "un regolamento" elaborato dal Ministero della Salute come recepimento dell'allegato 3 della Direttiva della Comunità Europea 17/2006 (e 39/2012 che lo modifica), fissando paletti stringenti per i gameti "donati" volti a tutelare la salute del concepito e il successo dell'intera operazione. Il regolamento richiede la mappa cromosomica del donatore accompagnata da esami approfonditi prima dell'utilizzo dei gameti. E' fissato, inoltre, il limite massimo di dieci nascite per ogni donatore per limitare le nascite di bambini portatori di un medesimo patrimonio

[299] E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica*, Vol. I°, Vita e Pensiero, Milano 1996, pg. 320.

[300] W. PASINI, *Valutazione critica degli aspetti psicologici dell'inseminazione artificiale eterologa*, in Sessuologia, 1978, pg. 2.

genetico e ridurre il rischio di consanguineità e, nel medesimo tempo, il sottoporre la donna a numero eccessivo di stimolazioni ormonali che potrebbero creare pericoli per la sua salute. E' indicata l'età del donatore: uomini di età compresa fra i 18 e i 40 anni e donne fra i 20 e i 35 anni. Un limite anagrafico rigoroso che rispecchia la letteratura scientifica in materia, infatti all'aumentare dell'età dei donatori aumentaro i fattori di rischio di tipo genetico e per le donne diminuisce significativamente la fertilità. Infine, deve essere volontaria, altruistica e priva di retribuzione. Rimane però, anche oggi, aperto il problema della mancanza di donatori che costringe i centro di procreazione assistita a comprare gameti maschili e femminili da banche estere, ricreato un nuovo tipo di far-west procreatico. Moltissime le cliniche compiacenti soprattutto in Spagna e in Danimarca, pronte a comperare oociti e gameti da chiunque è disposto a venderne e sono sempre più numerose le donne propense a far da madre surrogata in vari Paesi.

Per il Magistero della Chiesa cattolica l'inseminazione artificiale eterologa come la fecondazione extra-corponea è illegittima per l'invadenza della tecnica rispetto alla naturalità dell'atto generativo umano, inoltre "lede i diritti del figlio, lo priva della relazione filiale con le sue origini parentali e può ostacolare la maturazione della sua identità personale"[301].

1.2.2.TRASFERIMENTO DEI GEMETI (Gamete Intra Falloppian Trasfer = Gift)

E' il trasferimento intratubarico dei gameti per via laparoscopica. Una tecnica semplice tecnicamente e, quella omologa, non pone problematiche a livello etico.

1.3.FECONDAZIONE EXTRA-CORPOREA

1.3.1.FECONDAZIONE IN VITRO E EMBRYO-TRASFER (FIVET)

IL METODO

Nella fecondazione extra-corporea, comunemente denominata FIVET, cioè in vitro con trasferimento dell'embrione, "l'incontro" tra l'ovulo femminile e lo spermatozoo maschile è provocato all'esterno dell'apparato genitale femminile.

Le procedure iniziano con la valutazione del tipo di sterilità presente nella coppia e il primo passo è il blocco, mediante ormoni, della funzione specifica dell'ipofisi. Si procede, inseguito, alla somministrazione delle gonadotropine[302].

Quando gli ovuli "sono pronti" si aspirano per via transvaginale, guidata da un ecografo e portati all'esterno. Si ripongono in un'ambiente idoneo e posti a contatto con gli spermatozoi. Nella "provetta" spermatozoo ed ovulo si potranno unire creando una "nuova vita".

Il "trasferimento" nella donna della ipotetica nuova creatura avviene poi per "via vaginale" immettendo un catetere nel collo dell'utero o per "via addominale" con un ago che penetra l'utero sotto controllo ecografico.

La prima bambina nata con questa tecnica il 25 luglio 1978 fu Louise Jon Brown ad opera del biologo britannico dell'Università di Cambridge R. Edwards con la

[301] *Donum vitae*, op. cit., II. 2.

[302] *Gonadotropine:* ormoni per stimolare l'ovaio a produrre e far maturare un determinato numero di ovuli.

collaborazione dell' ostetrico e ginecologo P. Steptoe. La notizia fu recepita da alcuni scienziati come il superamento dei vincoli della natura ignorando ogni considerazione di natura etica.

PROBLEMATICHE

La fecondazione extra-corporea, metodica alquanto onerosa per la donna sia a livello fisico che economico, si scontra con speranze e illusioni e pone problematiche etiche e fisiche.

I risultati sono carenti: il prelievo ovicitario ha circa il 95% di riuscita; la fecondazione degli ovuli è tra il 65% e l'80%; ma solo il 15%-20% giunge al termine della gravidanza. Nel 2017 hanno avuto accesso alla procreazione assistita 78.366 coppie, in aumento rispetto all'anno precedente, così come i cicli di trattamento e i bambini nati quasi 14.000, corrispondenti al 3% di tutte le nascite. Ma i successi diminuiscono: 17.6% nel 2017 contro19,6% del 2007 e il 20,9% del 2010, e soprattutto sono in forte aumento le eterologhe con il patrimonio genetico di uno solo dei genitori o anche di nessuno di loro (+142% rispetto al 2016). L'età delle donne: con l'omologa 36,7 anni, due anni in più rispetto alla media europea, mentre nell'eterologa si sale a 42,4.

PROBLEMATICHE ETICHE

-*Separazione dell'atto unitivo da quello procreativo*.

Afferma *Donum vitae:* "L'origine di una persona umana è in realtà il risultato di una donazione. Il concepito dovrà essere il frutto dell'amore dei suoi genitori: non può essere voluto né concepito come il prodotto di un intervento di tecniche mediche e biologiche: ciò equivarrebbe a ridurlo a diventare l'oggetto di una tecnologia scientifica. Nessuno può sottoporre la venuta al mondo di un bambino a delle condizioni di efficienza tecnica valutabili secondo parametri di controllo e di dominio"[303]. Di conseguenza: "la procreazione è privata dal punto di vista morale della sua perfezione propria quando non è voluta come il frutto dell'atto coniugale, cioè del gesto specifico dell'unione degli sposi"[304].

-*Molteplice perdite (cioè morte) di embrioni* che giunge anche al 90% di quelli trasferiti nella donna. Questi non sono aborti spontanei, ossia subiti ma volontari.

Sostiene *Donum vitae*: "E' già stato ricordato come, nelle circostanze in cui è abitualmente praticata, la FIVET implichi la distruzione di esseri umani, fatto questo che è contro la dottrina già richiamata sulla illiceità dell'aborto"[305].

-*Parti gemellari plurimi nel 46% delle gravidanze*.

"Di fronte alla gravidanza multipla, l'équipe medica domanda se si vuole procedere alla 'riduzione delle camere' o alla 'riduzione embrionale'. Di cosa si tratta? Della soppressione volontaria degli embrioni indesiderati che si sono annidati. Spesso questa viene praticata introducendo con un ago del cloruro di sodio negli embrioni indesiderati: l'iniezione di questa soluzione salina ne provoca

[303] *Donum vitae,* op. cit., II. 4 B.

[304] *Donum vitae,* op. cit., II. 4 B. Questi concetti sono presenti oltre che nella *Familiaris consortio* di Giovanni Paolo II, nella Costituzione *Gaudium et spes* del Concilio Vaticano II, n. 51 e nella enciclica *Humanae Vitae* di Paolo VI, n. 12.

[305] *Donum vitae,* op. cit., n. 5.

la morte"[306].

-*L'atto procreativo si trasforma in processo tecnologico*.

-*Alte percentuali d'insuccessi: 80-83%; una metodologia fallimentaria.*

Anche oggi 8 donne su 10 falliscono l'obiettivo essendo il successo della fecondazione extra-corporea basato unicamente su ripetuti tentativi. E' più aumenta l'eta, più diminuiscono le percentuali di riuscita. Ammonisce il dottor Pasquale Totaro, responsabile medico del Centro per la fecondazione assistita della clinica barese "Santa Maria", pioniera nel settore e attiva dal 1991: "Bisogna essere lucidi, a 43 anni la riuscita di una fecondazione assistita è minima infatti dopo i 40 anni quasi tutti gli ovociti sono anomali geneticamente, ecco perché è molto difficile rimanere incinta e, spesso, si abortisce naturalmente"[307].

-*Elevati costi degli interventi* per il Sistema Sanitario Nazionale essendo stati introdotti nel 2016 nei LEA (Livelli essenziali di assistenza) o per i singoli che decidono di ricarsi all'estero, poiché solitamente, i tentativi vanno ripetuti più volte. E, qui, non possiamo scordare che chi farà l'apprezzabilissima scelta di aprirsi all'accoglienza di un bambino senza genitori, verificando le opportunità offerte dall'adozione internazionale, non ottiene alcun sostegno. Continuerà a pagare tutto, perché lo Stato dal 2011 ha deciso di non corrispondere neppure un euro.

PROBLEMATICHE FISICHE

-*Rischio presente e futuro per la donna*.

Scrisse il professore C. Flamigni, uno dei fautori della fecondazione extra-corporea italiana: "L'intera procedura impone uno sforzo fisico non indifferente, sottoponendo l'organismo a stimoli ormonali non fisiologici, a mini-interventi chirurgici (il prelievo degli ovociti) e almeno a un'analgesia profonda o a un'anestesia"[308]. Nel futuro, inoltre, la donna potrebbe soffrire alcune patologie: gestosi, placente previe, malformazioni fetali, gravidanze extrauterine, lesioni vascolari, iperstimolazione ovarica. Dunque, le tecniche di procreazione medicalmente assistita, non sono esenti da rischi e spesso le donne non sono adeguatamente informate anche se dovrebbero essere esplicitati sia nei vari colloqui con il medico, sia nel consenso informato sottoposto alla paziente all' inizio della procedura.

In Italia, la prima vittima fu Arianna Acrivoulis, di 38 anni, morta nel giugno 2015 all'ospedale di Conversano (Ba) mentre si sottoponeva, sotto anestesia, a una fase del trattamento. E, così, un intervento "di routine" nel Centro Pma si trasformò in tragedia.

-*Incognita per i bambini*.

Nascendo solitamente prematuri, questi neonati richiedono cure intensive prolungate.

Rischiano maggiormente la paralisi celebrale (+ 3,7%) e ritardi nello sviluppo mentale (+ 4%). Ad esempio, i ricercatori del *Telethon Istitute For Child Health Research* della *Western Australia University*, pubblicarono nel 2015 i risultati di

[306] G. CARBONE, *La fecondazione extracorporea: tecniche, valutazioni e disciplina giuridica*, Studio Domenicano, Bologna 2005, pg. 28.
[307] LA GAZZETTA DEL MEZZOGIORNO, 12 giugno 2015
[308] C. FLAMIGNI, *Il libro della procreazione,* Mondatori, Milano 1998, pg. 327.

alcuni studi che indicavano un incremento del 25% di imperfezioni in questi bambini. E, vari studi, mostrano anche l'incremento di tumori infantili[309]. Perché? Così risponde la dott.ssa Maura Massimino che dirige l'Oncologia pediatrica all'Istituto dei Tumori di Milano: "A mio parere – ma non sono ginecologo né genetista – i problemi potrebbero avere a che fare col fatto che con queste tecniche ci si sostituisce alla selezione naturale: non tutti gli ovociti forzati a maturare con stimolazioni ovariche sarebbero maturati naturalmente, forse perché non erano i più "adatti" alla procreazione. Anche per gli spermatozoi in laboratorio non si riproduce esattamente la selezione naturale. Si potrebbe sostenere che i gameti utilizzati nella fecondazione assistita non sono con certezza i migliori. E probabilmente in condizioni naturali non tutti gli embrioni realizzati in provetta si sarebbero sviluppati. Inoltre il microambiente in cui si verificano le prime fasi dello sviluppo embrionale è diverso dal grembo femminile, per informazioni biochimiche, assetto immunitario..."[310].
Alcuni scienziati, inoltre, temono la comparsa d'anomalie tardive e malattie degenerative riguardanti il sistema nervoso e i muscoli.
Due testimonianze.
Il professor *J. Winston*, "padre scientifico" della prima bambina concepita in provetta, l'11 settembre 2015 ad un convegno, a *Manchester,* asserì che alcune tecniche di fecondazione artificiale "dovrebbero essere più approfonditamente studiate", poiché "potrebbero causare problemi di salute a lungo termine nei bambini nati dalla fecondazione in vitro*"*.
D. Sicard, già Presidente del Comitato di Bioetica Francese, sostenne in un'intervista pubblicata da *Figarò,* il 16 novembre 2015: "Da un lato si fa ricorso a tecniche estremamente complesse e sofisticate (…) dall'altro, sempre più nati da queste tecniche di procreazione medicalmente assistita nascono fortemente prematuri e sono portatori di severi handicap*"*.

1.3.2. MICROMANIPOLAZIONI (ICSI: INTRA CYTOPLASMIC SPERM INJECTION)

Varie sono le forme di intervento diretto sull'ovocita; la più utilizzata è la microiniezione per inserire direttamente lo speratozoo nel citoplasma ovarico.

1.4. CONCLUSIONE

Alle coppie consigliamo di non lasciarsi ingannare quando mostrano madri serene con in braccio figli nati "dalla provetta" o indicano centri che "dispensano la felicità".

Non scordiamo la sofferenza delle donne che hanno ottenuto esiti negativi, ma

[309] Cfr.: Studio pubblicato nel marzo 2016 dall'*American Journal of Obstetric & Gynecology* che ha seguito nate e nati fino al diciottesimo anno di età (su 242.187 casi osservati, l'incidenza di neoplasie è di 1,5 su mille concepiti in provetta contro 0,59 su mille in modo naturale. Studio pubblicato nell'ottobre 2016 da *Pediatric Blood & Cancer*, rivista della Siop (Società internazionale di Oncologia pediatrica), indica fra i nati da fecondazione assistita "un maggior rischio statisticamente significativo" per retinoblastoma e tumori del rene. Su *Pediatrics* del marzo 2016 si osservano un aumentato rischio di leucemia" e un elevato rischio di linfoma di Hodgkin nei concepiti con fecondazione assistita". *Human Reproduction* (vol.29, n.9, 2014) parla di un maggior rischio di tumori del sistema nervoso centrale e di neoplasie epiteliali maligne".
[310] M. TERRAGNI, *I figli della provetta a maggior rischio tumori*, in Avvenire 10 dicembre 2017, pg. 15.

soprattutto, non dimentichiamo le centinaia di embrioni uccisi. I diritti di questi piccoli esseri umani dovrebbero precedere ogni nostro desiderio!

2. Legge 40/2004

2.1.L'IMPORTANZA

La Legge 40 del 19 febbraio 2004: "*Norme in materia di Procreazione Medicalmente* Assistita", frutto di convergenze trasversali, fu varata dal Parlamento Italiano per regolamentare la procreazione medicalmente assistita priva di normative e costituì il risultato di un laborioso e travagliato iter legislativo.
Non è il meglio nei confronti dell'inizio della vita ma il *male minore*, avendo colmato un pericoloso vuoto legislativo che rese l'Italia per lungo tempo il "far-west della provetta". Era senz'altro, a detta di molti, una legge lacunosa sotto vari profili, pertanto necessitava nel tempo, revisionarla e migliorarla in base all'esperienza clinica e scientifica, ma da parte del Parlamento, e non come sta avvenendo, con sentenze del potere giudiziario.

Resta sottinteso che per il cristiano perdurano i principi enunciati dall'Istruzione *Domun Vitae:* "La legge civile non potrà accordare la sua garanzia a quelle tecniche di procreazione artificiale che sottraggono, a beneficio di terze persone (medici, biologi, poteri economici e governativi), ciò che costituisce un diritto inerente alla relazione fra gli sposi (…). La legislazione dovrà proibire inoltre, in forza del sostegno che è dovuto alla famiglia, le banche di embrioni, l'inseminazione post morte e la maternità sostitutiva"[311]. Dunque, i cattolici, non possono avvallare la legge ma la ritengono importante per i principi positivi di matrice costituzionale che costituiscono la condizione minima per garantire alcuni diritti fondamentali a tutti i soggetti coinvolti nelle procedure.

La legge fu ed è accompagnata da polemiche che continuano nel tempo!

Il primo tentativo di modificarla per ampliare maggiormente le tecniche riproduttive e per togliere alcuni vincoli, fu il referendum del giugno 2005 voluto da alcune forze politiche capitanate dai Radicali. La Corte Costituzionale, nel gennaio del 2005, decise l'inammissibilità del referendum di abrogazione totale delle Legge 40 ma ammise quattro referendum parzialmente abrogativi.
-Eliminare il limite d'accesso unicamente alle coppie sterili e il vincolo dei tre embrioni da trasferire nella donna.
-Autorizzare la ricerca sugli embrioni e, di conseguenza, sulle cellule staminali embrionali.
-Abrogare l'articolo 1 che stabilisce i diritti dell'embrione.
-Acconsentire la procreazione medicalmente assistita eterologa.
I referendum che si svolsero il 12-13 giugno 2005 fallirono miseramente, poiché il 74,5% degli elettori esercitarono il diritto costituzionale "dell'astensione"[312]

[311] *Donum vitae*, op. cit, n. 6.
[312] L'articolo 75 della Costituzione Italiana, recita: "E` indetto *referendum* popolare [*cfr. art. 87 c. 6*] per deliberare l'abrogazione, totale o parziale, di una legge o di un atto avente valore di legge [*cfr. artt. 76, 77*], quando lo richiedono cinquecentomila elettori o cinque Consigli regionali. (…) Hanno diritto di partecipare al *referendum* tutti i cittadini chiamati ad eleggere la Camera dei deputati. La proposta soggetta a *referendum* è approvata se ha partecipato alla votazione la maggioranza degli aventi diritto, e se è raggiunta la maggioranza dei voti validamente espressi".

indicando la volontà di non modificare le basi portanti della legge.
Da quel momento, vari, tentarono di smantellare la legge per "via giudiziaria" ritenendola una normativa proibizionista, talvolta anche a causa di informazioni non corrispondenti agli articoli della normativa. Per questo la esaminiamo.

2.2.ESAME DELLA LEGGE

-Articolo 1: Finalità.
Enuncia i tre criteri fondanti seguiti dal legislatore:
*la limitazione dell'uso delle nuove tecniche ai casi di sterilità e di infertilità;
*la valutazione del concepito come soggetto titolare di diritti: "*l'embrione* è *un essere umano titolare degli stessi diritti fondamentali accordati ad ogni persona".*
*il carattere sussidiario delle tecniche in rapporto ad altri metodi terapeutici idonei a rimuovere le cause di sterilità o di infertilità.
-Articolo 2: *Interventi contro la sterilità e la infertilità.*
L'articolo tratta la prevenzione della sterilità e dell'infertilità.
-Articolo 3: *Modifica alla legge 29 luglio 1975, n. 405.*
Sono accresciute le attribuzioni di responsabilità ai consultori familiari.
-Articolo 4: *Accesso alle tecniche.*
Sono elencati gli accertamenti medici da compiersi per appurare la sterilità e l'infertilità che dovranno essere certificati medicalmente. Quindi va accertata l'impossibilità di rimuovere con altre modalità le cause che impossibilitano il concepimento.
Si evidenzia, inoltre, l'unitarietà delle figure genitoriali.
-Articolo 5: *Requisiti soggettivi.*
Con questo articolo si stabiliscono le condizioni per accedere alla procreazione medicalmente assistita:
*la richiesta della coppia coniugata o convivente,
*entrambi maggiorenni,
*di sesso diverso,
*di età potenzialmente fertile,
*viventi.
E' proibita la procreazione ai singoli, agli omosessuali, alle cosiddette "mamme-nonne". E' impossibile ricorrervi nel post-mortem. E' esclusa la fecondazione eterologa, cioè con seme di persona estranea alla coppia come pure la "maternità surrogata"[313].
Con queste condizioni si riconosce la famiglia o la coppia convivente da anni la struttura che crea le condizioni per una adeguata crescita.
-Articolo 6: *Consenso informato.*
Per permettere alla coppia la maturazione di una volontà consapevole, questa dovrà essere adeguatamente informata sugli effetti medici e psicologici e sui costi. Inseguito, dovrà firmare un Consenso informato che evidenzi che una volta che l'ovulo è fecondato deve essere impiantato e non è possibile nessun ripensamento.

[313] *Maternità surrogata* = Una donna porta avanti una gravidanza su commissione di un'altra impossibilitata a compierla, fermo restando l'impegno di consegnarle il neonato.

-*Articolo 7*: *Linee guida: natura, finalità e limiti.*
-*Articolo 8*: *Stato giuridico del nato.*
Il nato possiede lo stato di figlio legittimo.
-*Articolo 9*: *Divieto di disconoscimento della paternità e dell'anonimato della madre.*
-*Articolo 10*: *Strutture autorizzate.*
La procedura sarà effettuata unicamente in strutture autorizzate dalle Regioni.
-*Articolo* 11: *Registro.*
Presso l' Istituto Superiore di Sanità è istituito un Registro Nazionale delle strutture autorizzate all'applicazione delle tecniche di procreazione medicalmente assistita, degli embrioni formati e dei nati a seguito dell'applicazione delle tecniche medesime.
-*Articolo 12*: *Divieti generali e sanzioni.*
Sono previste sanzioni amministrative, civili e penali rapportate alla gravità delle violazioni delle disposizioni di legge.
-*Articolo* 13: *Sperimentazione sugli embrioni.*
Sono vietate le sperimentazioni sugli embrioni e la clonazione umana. Ricerche clinich e sperimentazioni sull'embrione sono ammesse solo se finalizzate alla tutela della sua salute e del suo sviluppo. E' vietata qualsiasi tecnica che possa predeterminare o alterare il patrimonio genetico dell'embrione.
-*Articolo 14*: *Limiti all'applicazione delle tecniche sugli embrioni.*
Per tutelare la vita umana è proibita:
*la soppressione degli embrioni,
*la crioconservazione, o meglio autroizzata unicamente quando il trasferimento nell'utero degli embrioni non risulti possibile per gravi e documentati problemi di salute della donna che non erano prevedibili. Gli embrioni possono rimanere concelati fino alla data del trasferimento da realizzarsi non appena possibile.
*la riduzione embrionaria di gravidanza plurima,
*la produzione per ogni trattamento di tre embrioni che dovranno essere immediatamente trasferiti nella donna
-*Articolo 15*: *Relazione in Parlamento.*
L'Istituto Superiore di Sanità predisporrà ogni anno una relazione per il Parlamento.
-*Articolo 16*: *Obiezione di coscienza.*
Il personale sanitario potrà avvalersi dell'obiezione di coscienza mediante preventiva dichiarazione.
-Articolo 17: *Disposizioni transitorie*[314].

3. Il futuro della Legge 40/2004

La disfatta del 2005 da molti fu "digerita male", così si avviarono una serie di ricorsi ai tribunali, ai Tar e alla Corte Europea per i Diritti Umani di Strasburgo.

[314] Per approfondire la Legge: C. CASINI, M. CASINI, M.L. DI PIETRO, *La Legge 19 febbraio 2004, n. 40. Norme in materia di procreazione medicalmente assistita. Commentario*, Giappichelli, Torino 2004; C. CASINI, *La legge sulla fecondazione artificiale. Un primo passo nella giusta direzione.* Cantagalli, Siena 2004; AA. VV., *La fecondazione assistita. Riflessione di otto grandi giuristi*, Rcs, Milano 2005.

Sono vari i procedimenti già esaminati o in attesa di giudizio.

3.1.GLI INTERVENTI GIURIDICI

Luglio 2005. Il Tribunale di Cagliari sollevò la questione di legittimità costituzionale sull'articolo 13 della legge 40/2004 sollecitato da una coppia portatrice sana di beta-talassemia che chiese di sottoporsi alla diagnosi genetica pre-impianto, ma la Corte di Cassazione nel novembre del 2006 dichiarò la "richiesta inammissibilità" (Ordinanza n. 369/2006). Nel settembre 2007 il Tribunale di Cagliari ci riprovò trovando l'appoggio del TAR del Lazio che annullò per "eccesso di potere" le linee guida di applicazione della legge (Sentenza n. 398/08) consentendo a coloro che accedono alla Pma la possibilità di selezionare per l'impianto in utero unicamente embrioni "sani".
Il percorso seguito dal Tribunale di Cagliari e convalidato dal TAR laziale fu un evidente atto di eugenismo, infatti le probabilità di partorire un figlio affetto da talassemia sono del 50%; inoltre, oggi, anche i portatori di questa patologia conducono un'accettabile qualità di vita.
Non possiamo tacere, inoltre, che la tecnica della diagnosi genetica pre-impianto provoca effetti collaterali, ostacola lo sviluppo degli embrioni ed elimina, spesso, anche quelli sani. I dati sono sconfortanti! Spiega, il dottor Giuseppe Noia, presidente dell'Associazione italiana ginecologi ostetrici cattolici: "Il tasso di perdita degli embrioni si mantiene ancora ben superiore al 50%. (…) In un atto medico c'è un bilancio fra utilità della diagnosi e il rischio. Per esempio, per l'amniocentesi il rischio è fra lo 0,5 e l'1%, moltissime tecniche invasive possono attestarsi intorno al 2%. (…) Non si può effettuare una diagnosi sapendo che perderò dal 50 al 60 % degli embrioni. Il livello dell'utilità di una metodica non può prescindere dal concetto antropologico della vita umana. La diagnosi pre-impianto sottende in realtà una grande menzogna culturale, che cioè dell'embrione prima degli 8 giorni si possa fare quello che si vuole. Il dogma culturale generale è stato quello di spostare l'inizio della vita umana dal concepimento all'impianto. Ma quello che è tecnicamente possibile non è sempre accettabile". Il dottor Noia evidenzia poi la tematica della salute del nascituro. "Tutte le manipolazioni realizzate nella fase pre-impianto implicano una serie di complicazioni cosiddette epigenetiche, per cui alcune condizioni mal formative non nascono intrinsecamente nell'embrione, ma sono dovute proprio alla manipolazione nelle fasi prima dell'impianto"[315]. Per il medico, sulla diagnosi pre-impianto, l'informazione fornita alle coppie è spesso inesatta e insufficiente.

Luglio 2008. Il Tribunale di Firenze si interrogò sulla legittimità della limitazione a solo "tre embrioni" da inserire nella donna, perciò propose di ampliare il numero come pure la possibilità di crioconservazione degli stessi. La Consulta di Stato con la sentenza n. 151/2009 dichiarò incostituzionale una parte del comma 2 dell'articolo 14; di conseguenza abrogò il divieto di produzione di più di tre embrioni per ciclo di fecondazione, autorizzando a fecondare artificialmente tutti gli ovociti prodotti dalla donna, incurante delle problematiche circa la

[315] AVVENIRE, *E' vita,* 18 giugno 2015.

conservazione e l'utilizzo degli embrioni in eccesso.

Gennaio 2010. Il Tribunale di Salerno autorizzò la diagnosi genetica pre-impianto ad una coppia fertile portatrice sana di fibrosi cistica per evitare il rischio della nascita un altro figlio malato. Da notare che da genitori portatori di fibrosi cistica il 25% dei bambini ha probabilità di nascere malato, il 50% di nascere sano ma portatore e il 25% di nascere sano e non portatore.

Aprile 2010. Una coppia di Milano, affetta da "azoospermia completa", chiese e ottenne di accedere alla fecondazione eterologa nonostante il divieto. Secondo i giudici del Tribunale civile di Milano questo divieto si poneva in contrasto con alcuni principi costituzionali, tra cui il diritto all'autodeterminazione della coppia, il principio di eguaglianza tra le coppie e il diritto alla salute.

Giugno 2010. A Walter Pavan (37 anni) e Rosetta Costa (35 anni), due coniugi romani, nel 2006 nacque una bambina affetta da fibrosi cistica (o mucoviscidosi), una grave malattia genetica, a volte mortale. I due genitori, dopo essersi sottoposti allo screning genetico, apprendono di essere entrambi portatori sani del "gene difettoso" all'origine della patologia della figlia.
Nel 2010 la signora Rosetta è nuovamente gravida, ma dalla diagnosi pre-natale apprende che il feto è affetto dalla patologia della figlia, perciò abortì. Dopo questa seconda negativa esperienza, la coppia romana, pretese di usufruire della procreazione medicalmente assistita per poter sottoporre gli embrioni alla diagnosi genetica pre-impianto.
Il Tribunale di Roma negò l'autorizzazione. I due coniugi si rivolsero alla Corte Europea per i diritti umani di Strasburgo, argomentando che la legge 40/2004 violava alcuni articoli della Convenzione dei Diritti Umani. In particolare, l'articolo 8 (rispetto della vita famigliare e privata) dovendo seguire la comune prassi del concepimento naturale e poi eventualmente abortire e l'articolo 14 (divieto di discriminazione) in quanto la legge prevedeva il ricorso alla procreazione medicalmente assistita unicamente alle coppie sterili o affette da malattie sessualmente trasmissibili.
Nel settembre 2012, la Corte di Strasburgo accolse il ricorso dei due coniugi condannando l'Italia a un risarcimento di 17.500 euri ritenendo l'articolo 14 discriminatorio.
Quali motivazioni indussero i giudici di Strasburgo a sentenziare che la legge 40/2004 violi la Convenzione dei Diritti Umani?
Si legge nel comunicato emesso dalla Corte: "(i giudici) hanno ritenuto che il desiderio dei ricorrenti di rivolgersi alla procreazione assistita e alla diagnosi genetica pre-impianto per avere un figlio non affetto da fibrosi cistica sia una forma della loro vita privata e famigliare". Inoltre, il comunicato, parla anche di "incoerenza" della legge 40/2004; è vietata la diagnosi genetica pre-impianto ma la legge 194/1978 ("Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza") "autorizza l'aborto di feti che mostrano sintomi di malattia".
Per vari bioeticisti e giuristi non esiste nessuna "incoerenza" essendo le due leggi

ineguali. La 194/1978 riguarda specificatamente la pratica dell'aborto e consente "l'aborto terapeutico" per salvaguardare la salute della madre, mentre la legge 40/2004 acconsente a chi è infertile di avere figli, indipendentemente dal loro stato di salute. Di conseguenza, esiste una profonda differenza tra diagnosi "pre-prenatale" e diagnosi "pre-impianto", che non dovrebbe provocare la morte dell'embrione anche se gravato da malformazioni.
Qesta la conclusione della Corte: "(la posizione italiana) lascia ai ricorrenti una sola possibilità che comporta ansia e sofferenza: avviare una gravidanza e porvi termine se i test prenatali mostrano che il feto è malato".
Il governo italiano ricorse alla *Grande Chambre* che però nel marzo 2013 confermò la sentenza precedente.
La sentenza, ovviamente non ebbe nessuna conseguenza sulla legge, poiché poteva essere applicata unicamente al caso della coppia in oggetto.

Aprile 2014. Con la sentenza n. 162 del 9 aprile 2014 della Corte Costituzionale dichiarò illegittimo "il divieto di fecondazione eterologa" previsto dall'articolo 4 comma 3 della Legge 40.
La motivazione dalla Corte Costituzionale si basava sull'esistenza del "diritto al figlio" che è incoercibile, cioè assoluto rientrando nella "sfera più intima e intangibile della persona umana". Per la Corte il divenire genitori e il formare una famiglia che abbia anche dei figli è "espressione della fondamentale e generale libertà di autodeterminarsi: una libertà costituzionalmente fondata" (si richiamavano gli articoli 2, 3 e 31 della Costituzione Italiana). "E se è vero – continuò la sentenza – che la Costituzione non pone una nozione di famiglia inscindibilmente correlata alla presenza di figli, la formazione di una famiglia caratterizzata dalla presenza di figli, anche indipendentemente dal dato genetico è favorevolmente considerata dall'ordinamento giuridico (…) come dimostra la regolamentazione dell'istituto dell'adozione". Ma, a nostro giudizio, così la vita umana è trasformata in un oggetto!

Giugno 2015. La sentenza n. 96 del 5 giugno 2015 della Corte Costituzionale autorizzò la diagnosi pre-impianto, di conseguenza la procreazione medicalmente assistita, a due coppie non sterili ma portatrici di anomalie genetiche trasmissibili. I giudici, però, precisarono che l'accesso alla fecondazione in vitro e alla conseguente diagnosi pre impianto non è permesso a tutte le coppie che soffrono di patologie ereditarie, ma solo a quelle predisposte a generare embrioni con malformazioni tali da sottoporre la gestante a gravi rischi. Dunque fu aggiunta unicamente una categoria in più di fruitori della "provetta": non solo le coppie sterili o infertili ma anche quelle con "particolari patologie genetiche". Affermava il comunicato: "La Corte costituzionale nella camera di consiglio del 14 maggio, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell' articolo 1, commi 1 e 2 e dell'articolo 4, comma 1, della legge 19 febbraio 2004, n. 40 nella parte in cui non consentono il ricorso alle tecniche di procreazione medicalmente assistita alle coppie fertili portatrici di malattie genetiche trasmissibili". E queste malattie devono rispondere "ai criteri di gravità di cui all'articolo 6, comma1, lettera b), della legge 22 maggio 1978, n. 194, ed essere "accertate da apposite strutture pubbliche".

Il 5 giugno 2015 furono rese pubbliche le motivazioni della sentenza della Corte, che oltre ribadire ciò che abbiamo affermato precedentemente, invitava il Parlamento a redigere una griglia soggetta ad aggiornamento sulla base della evoluzione tecnico-scientifica, di "patologie che possano giustificare l'accesso alla procreazione medicalmente assistita" e alla conseguente diagnosi pre-impianto.
E' inutile evidenziare che rimane la gravità della sentenza poiché apre all'eugenetica ben riassunta nel pensiero di E. Roccella: "Un bambino che non sia sano avrà, d'ora in poi, un diritto affievolito a nascere e potrà essere scartato"[316].
In altre parole non si cura la malattia ma si eliminana il malato come richiede la "cultura dello scarto".

3.2."LINEE GUIDA"DEL 11 APRILE 2008

Varate dal Ministro della Salute Livia Turco, tra le novità più salienti, rispetto al vecchio testo, il fatto che sono stati eliminati i commi che vietavano la diagnosi preimpianto dopo le sentenze di diversi tribunali. Furono anche ampliate le categorie che avrebbero potuto ricorrere alla fecondazione assistita comprendendo anche le coppie in cui l'uomo sia portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili, in particolare virus Hiv ed epatiti B e C, riconoscendo che tali condizioni sono assimilabili ai casi di infertilità per i quali è concesso il ricorso alla fecondazione assistita.

3.3."LINEE GUIDA" DEL 1 LUGLIO 2015

Il 1 luglio 2015, il Ministro della Salute, Beatrice Lorenzin aggiornò le "Linee guida del 2008".
Quali le novità rispetto alle precedenti?
-La possibilità di ricorrere alla fecondazione eterologa anche nella modalità "doppia", con entrambi i gameti da donatore: "Il ricorso alla tecnica di Pma di tipo eterologo è legittimo, come indicato dalla sentenza 162/2014 della Corte Costituzionale, 'esclusivamente in riferimento al caso in cui sia stata accertata l'esistenza di una patologia che sia causa irreversibile di sterilità o infertilità assolute'" ma "non è possibile per le coppie scegliere particolari caratteristiche fenotipiche del donatore".
-L'accesso alla procreazione medicalmente assistita di "coppie siero-discordanti" (in cui uno dei due partner è portatore di malattie virali sessualmente trasmissibili per infezioni da Hiv, Hbv o Hcv). Nella versione precedente l'accesso era previsto solo per l'uomo portatore, mentre ora è consentito anche alla donna portatrice.
Il ministro Lorenzin, inoltre precisò, che "riguardo la fecondazione eterologa, nelle linee guida vengono fornite le indicazioni per la coppia che accede ai trattamenti di fecondazione assistita, mentre tutto ciò che riguarda i donatori di gameti sarà contenuto nel testo di un nuovo Regolamento predisposto dal Consiglio Superiore di Sanità per recepire le direttive europee di riferimento".

3.4.CONCLUSIONE

I massmedia, discutendo sulla Legge 40, solitamente evidenziano gli aspetti da loro ritenuti negativi, conservatori ed oscurantisti, travisando il significato della

[316] AVVENIRE, 6 giugno 2015.

normativa e, soprattutto rimane aperta, “la strage degli embrioni” di cui abbiamo trattato in precedenza. Per questo, non possiamo definirla una “buona legge”, ma unicamente “il male minore”.

CAP. 7. LE DIAGNOSI E ATTI CONTRO E A FAVORE DELLA VITA NASCENTE

"Un grido è stato udito in Rana, un pianto e un lamento grande: Rachele[317] piange i suoi figli e non vuole essere consolata, perché non sono più"[318].
Quest’ affermazione del profeta Geremia, ripresa dall'evangelista Matteo per introdurre l'infanticidio perpetuato dal re Erode nei confronti di "tutti i bambini di Betlemme e del suo territorio dai due anni in giù”[319], dopo aver appreso dai Magi la nascita di Gesù, apre la nostra riflessione sulla “strage contro gli innocenti” che prosegue anche nel XXI secolo. Infatti, ogni anno nel mondo, sono praticati oltre 56milioni di aborti.

Lo scrittore A. Socci, nel testo “Il genocidio censurato. Aborto: un miliardo di vittime innocenti”[320], sosteneva nella IV° pagina di copertina che “il più grande genocidio del Novecento non è avvenuto in guerra, nei gulag o nei campi di sterminio” ma “è una strage di cui nessuno parla di oltre un miliardo di vittime innocenti dovute all’aborto”. Eppure il fenomeno, osservava amaramente Socci, “nonostante le sue colossali dimensioni è totalmente e sistematicamente rimosso da tutta la società contemporanea”[321], o peggio, giustificato con inaccettabili motivazioni.
“L’aborto è un bene sociale” affermò J. Gruber[322]. “Normalizziamo l’aborto” propose la femminista K. Pollitt[323]. “Facciamolo diventare una pratica online” si legge nel sito internet di R. Gomperts[324].
Per questo, anche oggi: "Rachele piange i suoi figli e non vuole essere consolata, perché non sono più".

Dalle brevi osservazioni esposte deve rinvigorirsi l’impegno dei cristiani e non solo, ad essere “paladini della vita”, soprattutto oggi, superando l’atteggiamento rinunciatario che ha assalito molti come osservato da papa Francesco al termine

[317] Rachele, figlia minore di Labano e moglie di Giacobbe piange gli uomini di Efrain, Beniamino e Manasse massacrati o deportati dagli Assiri.
[318] LIBRO DEL PROFETA GEREMIA, 31,15.
[319] VANGELO DI MATTEO, 2,17.
[320] Piemme, Casale Monferrato (Al) 2006.
[321] *Il genocidio censurato. Aborto: un miliardo di vittime innocenti”*, op. cit., pg. 10.
[322] “ L’aborto è un bene sociale perché ha fatto risparmiare al governo americano oltre 14 miliardi negli ultimi anni. Come? Impedendo la nascita dei bambini emarginati, cioè coloro che sarebbero probabilmente diventati criminali o poveri e che il governo avrebbe dovuto mantenere” (TEMPI IT. 11 dicembre 2016). J. Gruber fu “l’architetto” della riforma sanitaria del presidente americano B. Obama: il cosiddetto “Obamacare”.
[323] “Dobbiamo parlarne e dobbiamo farlo in modo diverso. Non come qualcosa che tutti giudichiamo negativamente e che ci fa scuotere tristemente la testa (…). Dobbiamo parlare dell’aborto come di un evento comune, perfino normale nella vita riproduttiva delle donne. E non solo delle moderne donne statunitensi ma delle donne di tutto il mondo” (*Libere di abortire* in INTERNAZIONALE, novembre 2016).
[324] “Hai una gravidanza indesiderata? Questo servizio di aborto farmacologico on line aiuta le donne ad avere accesso all’aborto sicuro, tramite pillola, al fine di ridurre il numero di morti causate invece dall’aborto non sicuro” (WWW.WOMENONWAVES.ORG).

dell' Angelus domenicale del 4 febbraio 2018, 40° Giornata Nazionale per la Vita. Disse il Papa: "…esprimo il mio apprezzamento e incoraggiamento alle diverse realtà ecclesiali che in tanti modi promuovono e sostengono la vita, in particolare il Movimento per la Vita, di cui saluto gli esponenti qui presenti, non tanto numerosi. E questo mi preoccupa; non sono tanti quelli che lottano per la vita in un mondo dove ogni giorno si costruiscono più armi, ogni giorno si fanno più leggi contro la vita, ogni giorno va avanti questa cultura dello scarto, di scartare quello che non serve, quello che dà fastidio". Dunque, il Pontefice, richiamando i cattolici è preoccupato dell'indifferenza e lo ha affermato evidenziando l'esigua presenza in piazza san Pietro dei componenti dei vari Movimenti per la Vita ma, soprattutto, rammaricandosi che "non sono tanti quelli che lottano per la vita".

Dichiarò san Pio da Pietrelcina: "Il giorno in cui gli uomini, spaventati dal, come si dice, boom economico, perderanno l'orrore dell'aborto, sarà un giorno terribile per l'umanità"[325]. Gli fece eco santa Teresa di Calcutta: "Io sento che il più grande distruttore della pace oggi è l'aborto, perché è una guerra diretta, un'uccisione diretta, un omicidio commesso dalla madre stessa (…). Se una madre può uccidere il proprio bambino, cosa m'impedisce di uccidere te e a te di uccidere me?"[326]. Ma già decenni prima D. Bonhoeffer aveva affermato: "Il senso morale di una società si misura su ciò che fa per i suoi bambini"[327].

1.Screening prenatale: l'esame da superare per nascere

Gli "screening prenatali" verificano la presenza di patologie, di malformazioni o di anomalie del feto.

Oggi, nel nostro Paese, la maggioranza delle donne gravide reputano "loro diritto" sottoporsi allo screening, scordando che la prassi medica lo consigli a chi ha più di 35 anni, oppure a donne soggette a rischi particolari[328]. "Al di fuori di queste indicazioni - rilevava il cardinale D. Tettamanzi - il ricorso allo screening diventa problematico sotto il profilo morale"[329] non essendoci motivazioni e perché la donna, il più delle volte, non percepisce le valenze etiche di questo percorso. Inoltre, la cultura dominante, "colpevolizza la donna" convincendola che rifiutando lo screening non compie il suo dovere di madre, perciò è soggetta al "rimprovero della società". Ciò alimenta un "pietismo umanitario" che indica l'eventuale aborto una "dolorosa necessità".

L'opinione della Chiesa Cattolica (e non solo) "è opposta".

Nel "Catechismo della Chiesa Cattolica" si afferma: "La diagnosi prenatale è moralmente lecita, se rispetta la vita e l'integrità dell'embrione e del feto umano ed è orientata alla sua salvaguardia o alla sua guarigione (…). Ma essa è

[325] P. FUCINELLI, *Il rigore fraterno…* in VOCE DI PADRE PIO, dicembre 1976, pg. 11.
[326] Dal discorso tenuto a Oslo l'11 dicembre 1979 dopo aver ricevuto il Premio Nobel per la Pace.
[327] D. BONHOEFFER, *Cristianesimo e storia dell'Occidente: pagine dall'Etica e dalle Lettere,* SEI, Torino 1996, pg. 82.
[328] Se i test sierologici sul sangue materno (Bitest/Tritest) sono positivi. Se la donna ha contratto infezioni rischiose per il feto (rosolia, toxoplasmosi, citomegavirus…). Se ecograficamente sono evidenziate anomalie fetali. Se sono stati generati figli con patologie rilevanti. Se parenti soffrono di malattie probabilmente riconducibili all'aspetto genetico-ereditario.
[329] D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana,* Piemme, Casale Monferrato (Al) 2000, pg. 305.

gravemente in contrasto con la legge morale quando contempla l'eventualità, in dipendenza dai risultati, di provocare un aborto. Una diagnosi attestante l'esistenza di una malformazione o di una malattia ereditaria non deve equivalere a una sentenza di morte"[330]. Pure il Comitato Nazionale per la Bioetica è dello stesso parere: "I programmi di screening genetici prenatali possono essere considerati quando non si traducono in automatismi di eugenetica negativa"[331].

Dunque, l'obiettivo degli screening, deve essere "preventivo" e "curativo" e mai soppressivo di una vita. Ma, la quotidianità, insegna che alcune donne, appresa l'anomalia anche lieve del feto, praticano l'aborto, anziché intervenire terapeuticamente per correggere o curare disfunzioni, poiché i progressi della scienza stanno individuando trattamenti per numerose patologie prenatali[332].

A volte, l'esito dello screening, scatena nella futura mamma che attraversa un periodo di notevole stress con elevate attese, meccanismi che travolgono anche le migliori intenzioni, dovendo scegliere, spesso sprovvista di adeguate conoscenze per obiettare o per dubitare, se accogliere il nascituro con "probabili" anomalie o ricorrere all'aborto[333]. Un dato importante: solo il 4% degli screening manifestano gravi compromissioni del feto. Ma, ad esempio negli Stati Uniti, a seguito degli screening prenatali è negata la vita al 43% dei feti con "palato fesso" e al 64% di quelli con "piede torto", nonostante entrambe le situazioni siano curabili[334].

Il costante incremento degli screening prenatali racchiude evidenti significati "eugenetici"[335], come affermato da papa Francesco. "Quando ero ragazzo la maestra ci insegnava storia e ci diceva cosa facevano gli spartani quando nasceva un bambino con malformazioni: lo portavano sulla montagna e lo buttavano giù per curare la 'purezza della razza'. E noi rimanevamo sbalorditi:

---

[330] CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2227.

[331] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Diagnosi prenatali*, Roma 1996, n. 10.

[332] Ad esempio, la trasfusione intrautero intravascolare presenta tassi di successo del 90%, la cistocentesi del 82%, l'amnioinfusione del 53%.

[333] L'aggettivo "probabile" è d'obbligo come dimostra la testimonianza di Marina Corradi, opinionista del quotidiano Avvenire. "Aspettavo la terza figlia e il medico mi ordinò un'ecografia precoce, indicandomi anche lo specialista cui rivolgermi. Mi ritrovai in uno studio privato a Milano. L'ecografista esaminò a lungo, attentamente, le immagini in bianco e nero sullo schermo. Mi chiese la data d'inizio della gravidanza, poi me la chiese ancora. Infine aspettò che mi sedessi davanti a lui e serio in volto mi disse: 'Signora, se la data che lei mi riferisce è esatta, qualcosa non va. L'embrione è troppo piccolo, inoltre nell'immagine c'è - e indicò un punto nella lastra, per me indistinguibile - questa piccola area non regolare'. Io, avevo il cuore che batteva impazzito. 'Signora - proseguì il medico, cortese - lei ha già due figli e non è più giovanissima, è sicura di volere portare avanti questa gravidanza?'. Io ero ammutolita. Non mi aveva fatto una diagnosi chiara, ma quel 'qualcosa non va' era più minaccioso di una diagnosi. I centimetri non tornavano, l'immagine non era 'giusta'. Uscii piangendo da quello studio, ma già in auto, guidando verso casa, mi prese una reazione istintiva di grande rabbia: quello era già nostro figlio, 'giusto' o 'sbagliato' che fosse sarebbe venuto al mondo. Pochi mesi dopo nacque una bambina bella e sanissima. Con che brivido ancora oggi guardo nostra figlia e ripenso: 'mio Dio, se avessi dato retta a quel medico che evidentemente, con tutta la sua scienza si era sbagliato, che errore avrei commesso!' " (AVVENIRE.IT, 31 agosto 2017).

[334] Cfr: D.I. BROMAGE, *Prenatal diagnosis and female abortion: a case study in medical law and ethics,* in JOURNAL OF MEDICAL ETHICS, 12 (2016), pp. 143-150

[335] Il vocabolo "eugenetica" ha origine dal termine greco έύξένέτέσ ed è composto di due parti: έύ (bene, buono) e ξένοσ (razza). Significa: "buona razza".
L'eugenetica, è la disciplina che si prefigge di "perfezionare" la specie umana, manipolando i geni o incrociando selettivamente le razze migliori per scegliere i caratteri più favorevoli in funzione di una programmazione sociale.

‘Ma come si può far questo, poveri bambini!’. Era un’atrocità. Oggi facciamo lo stesso. Voi vi siete domandati perché non si vedono tanti nani per la strada? (…) Lo dico con dolore. Il secolo scorso tutto il mondo era scandalizzato per quello che facevano i nazisti per curare la purezza della razza. Oggi facciamo lo stesso, ma con guanti bianchi”[336]. E, il Papa, ha totalmente ragione, poiché il più delle volte si tende alla soppressione del feto e non alla cura, istigati dall’ideologia del completo benessere fisico del figlio o dai ginecologi per timore di ripercussioni medico-legali. Emblematica fu la condanna nel giugno 2018 dell’ “Aulss 4 del Veneto Orientale” al risarcimento di 500mila euri ad una donna poiché il figlio nacque affetto dalla Sindrome di Down per colpa, secondo i giudici, di un ginecologo che non volle sottoporre il feto ad amniocentesi e villocentesi. Nella sentenza, la donna, fu qualificata vittima di un “danno esistenziale”. Per i giudici, avrebbe potuto condurre una vita serena invece è costretta all’infelicità per lo “scorretto” comportamento medico. Giustificazione non condivisa dal Papa: “I figli si ricevano come vengono, come Dio li manda, come Dio permette”[337].

Inoltre, le metodiche diagnostiche, si semplificato sempre di più.

Un esempio è il test sul “DNA fetale” effettuabile dal 2015 anche se le Linee guida appaiono intransigenti: “La facilità di accesso al test mediante un prelievo ematico non deve rappresentare un incentivo ricorso inappropriato alle indagini prenatali”[338]. Il bersaglio del test è l’individualizzazione della Trisomia 21 cioè la Sindrome di Down. Non a caso, simultaneamente con “i nani” citati dal Papa, oggi nascono rispetto al passato pochi bambini affetti da questa patologia, facendosi strada la “mentalità Islandese” dove il 100% dei feti Down sono abortiti. Mentre, la scienza, come affermato dalla dott.ssa Rosa Anna Vacca ricercatrice del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR), sta compiendo straordinari progressi anche nella cura della Trisomia 21. La dott.ssa Vacca, trovandosi coinvolta “in prima persona” nella problematica avendo partorito il terzo figlio affetto da Sindrome di Down, focalizzò i suoi studi su questa patologia conseguendo notevoli risultati[339]/[340].

---

[336] PAPA FRANCESCO, *Discorso alla delegazione del Forum delle Associazioni Familiari*, 16 giugno 2018. Lo stesso episodio era stato ricordato dal Pontefice nell’Omelia della Concelebrazione Eucaristica a San Giovanni Rotondo il 17 marzo 2018.

[337] *Discorso alla delegazione del Forum delle Associazioni Familiari*, op. cit.

[338] Dal Protocollo.

[339] “ ‘Era il 26 marzo 2004, giorno del mio compleanno e la sua nascita non fu un momento facile (…). Enrico aveva varie sofferenze e non apriva nemmeno gli occhi. Ma appena l’ho chiamato per nome mi ha guardata. È stato un segno fortissimo per me ma sapevo che la strada sarebbe stata in salita ma dentro di me sentivo che dovevo lottare per lui. L’arrivo di Enrico - prosegue - mi ha messo in forte discussione come ricercatrice. Da quel momento mi sono concentrata sulle alterazioni delle funzioni mitocondriali causate proprio dal Cromosoma 21, in più volevo capire quali meccanismi biochimici fossero bloccati, impedendo, quindi, il buon funzionamento di queste centraline energetiche delle cellule’.

Il mondo della ricerca non le fu accanto e le risorse finanziarie finirono, ma lei non si arrese. ‘Un giorno un caro amico mi segnalò un articolo di giornale nel quale si parlava di Jérôme Lejeune, medico francese e della sua causa di beatificazione’. Per Rosa Anna si aprì, finalmente, uno spiraglio: la fondazione Lejeune, infatti, ha tra le sue finalità quella di finanziare progetti di ricerca sulla Trisomia 21 e la ricercatrice inviò il suo studio in valutazione e, il suo progetto, fu scelto e finanziato permettendogli di farlo conoscere con la prospettiva di portarla a un livello tale da essere riconosciuta nel suo valore e poter offrire ai genitori, che ricevono una diagnosi prenatale di Sindrome di Down, un’alternativa all’aborto, talvolta unica via indicata. ‘Più di qualche mamma - afferma - venendo a conoscenza della mia ricerca, ha deciso di non abortire’.

E poi una conclusione personale: ‘Uno scienziato, secondo me, nel suo lavoro ha la dimostrazione

Pertanto è urgente e irrimandabile "regolare" l'accesso agli screening prenatali, come pure costituire Centri di Consulenza scientificamente attendibili e intellettualmente virtuosi che consentano alle donne di manifestare le loro preoccupazioni, scaricando paure immotivate anche a causa di gravidanze a volte "trascurate". Meno del 50% partecipa ai "corsi di preparazione al parto"; di conseguenza, parecchie future mamme, varcano la sala parto con informazioni errate, preoccupanti fantasie, stati emotivi gravati dalla paura e dall'ansia che privano il parto della profonda emozione, trascendenza e bellezza che dovrebbe rivestire[341].

Lo screening "quando è esente da rischi sproporzionati per il bambino e per la madre ed è ordinato a rendere possibile una terapia precoce o anche a favorire una serena e consapevole accettazione del nascituro è moralmente lecito"[342]. Va concordato con il ginecologo per stabilire "le domande" cui ricercare risposte e preceduto da un'accurata informazione sui benefici e sui rischi, poiché tutte le tecniche di diagnosi comportano minacce di abortività o di danni al feto. Sono esenti da rischi il citato "test sul DNA", "l'esame radiografico" che identifica anomalie scheletriche e l' "ecografia" che individualizza l'età gestazionale e di conseguenza la maturità del feto, la localizzazione placentare, l'idrocefalia, l'anencefalia e le malformazioni renali e della colonna vertebrale.

Il "criterio" che deve indirizzare gli screening prenatali è quello del "rapporto tra benefici e rischi". Affermò san Giovanni Paolo II: "Quali saranno, dunque, i criteri ai quali s'ispirerà il sanitario desideroso di conformare la propria condotta ai fondamentali valori della norma morale? Egli dovrà innanzitutto valutare attentamente le eventuali conseguenze negative che l'uso necessario di una determinata tecnica d'indagine può avere sul concepito ed evitare il ricorso a procedimenti diagnostici circa la cui onesta finalità e sostanziale innocuità non si

---

scientifica dell'esistenza di Dio' "
(*http://www.famigliacristiana.it/articolo/rosa-anna-vacca-grazie-a-mio-figlio-il-cromosona-21-fa-meno-paura-a-tutti.aspx*).

[340]La testimonianza di una madre con una figlia affetta dalla Trisomia 21: " 'La mia vita è profondamente arricchita da mia figlia… lei ha questo modo unico di tirarmi su di morale; dai mamma, mi dice, stai su. Andrà tutto bene. Poi mi fa uno dei suoi sorrisi sfacciati… Megan (così si chiama la figlia) mi ricorda il valore di rimanere bambini nell'approccio alla vita. Non puerile, ma innocente e per i cristiani la fede dei bambini e una delle migliori. La fede di un bambino non mette in dubbio qualsiasi cosa, come quella cinica degli adulti, la fede di un bambino ha fiducia e crede. Mia figlia vede poi la bellezza intorno a sé, vede il divertente e il buono in ogni circostanza. Lei non giudica, ma è veloce nel riprendere qualcuno se è sgarbato o se vede un atto scortese'. 'Un giorno', ricorda la donna, 'una parrucchiera sbagliò tagliandole un ciuffo di capelli e Megan cominciò a piangere. La parrucchiera mortificata abbracciò la ragazzina scusandosi. Megan, immediatamente, si asciugò le lacrime e disse: Non preoccuparti, è nel passato, ti ho già perdonato. Meno di un minuto era passato e per lei quello sbaglio non c'era già più. Quanto sarebbe più facile la vita se fossimo capaci di vivere così! Spesso penso quanto sarebbe migliore il mondo se tutti potessimo avere questo modo di guardare la vita; io ho imparato così a essere positiva, grata e buona. E oggi, come mia figlia, assaporo ogni momento con cui Dio mi benedice' " (Riportata da Adrian Warnock, medico e scrittore inglese, in LA NUOVA BUSSOLA QUOTIDIANO, 25 agosto 2017).

[341] Non possiamo tralasciare un breve accenno al "parto cesareo". L'Italia con la Grecia e la Turchia mantiene la media più alta, il 35% (un bambino su tre) contro il 12% di Svezia, Danimarca, Olanda in linea con le "raccomandazioni" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che invitano a non oltrepassare il 15%. Parecchi sono atti medici inutili essendo assenti le motivazioni per procedere con tale metodologia, cioè il prevenire situazioni critiche o rischiose per la salute della donna e del feto. Negli ospedali pubblici del nostro Paese i parti cesarei sono il 29% mentre nelle strutture private il 44%.

[342] GIOVANNI PAOLO II, Enciclica *Evangelium vitae,* Città del Vaticano 1995, n. 63.

possiedono sufficienti garanzie. E se, come spesso avviene nelle scelte umane, un coefficiente di rischio dovrà essere affrontato, egli si preoccuperà di verificare che esso sia compensato da una vera urgenza della diagnosi e dall'importanza dei risultati con essa raggiungibili in favore del concepito stesso"[343].

Le tecniche "più comuni" di screening.

-*Amniocentesi.* "Consiste nel prelievo transaddominale di liquido amniotico verso la 16°settimana di gestazione allo scopo di coltivare le cellule di desquamazione della cute e delle mucose fetali in esso sospese e ottenere la costituzione cromosomica del prodotto del concepimento"[344]. Dall'esame del corredo cromosomico s'identificano le eventuali anomalie dei cromosomi. Dai dati enzimatici, si stabilisce se il feto presenta anormalità dovute a mutazioni dei singoli geni, quindi la presenza di malattie citogeniche, biochimiche e molecolari. Altre patologie diagnosticabili, oltre il mongolismo e la Sindrome di Down, sono la fibrosi cistica, la distrofia muscolare di Duchenne, la Sindrome della X fragile. Il rischio dell'esame è tra lo 0,5% e l'1,9% anche se il 2% delle amniocentesi si concludono con un aborto spontaneo nella seconda o terza settimana successiva all'indagine.

-*Cordocentesi o funicolocentesi.* Puntura transaddominale ecoguidata per il prelievo di 1-3 ml di sangue fetale dal funicolo ombelicale. Il rischio è tra l'1% e il 4% ed è eseguita solitamente alla 18° settimana di gestazione. Consente lo studio dei parametri ematologici fetali ed evidenzia la presenza di agenti infettivi.

-*Fetoscopia.* Immissione del fetoscopio nell'utero per osservare la conformazione somatica del feto o per prelievi bioptici di cute o parenchima epatico. Il rischio è tra il 2% e l'8% ed è eseguita solitamente alla 18° settimana di gestazione.

-*Placentocentesi.* Prelievo di sangue fetale dal piatto coriale mediante la puntura della placenta per eseguire esami genetici. Il rischio è tra il 7% e il 10% e l'esame potrebbe ripetersi più volte essendo il sangue fetale spesso inquinato da quello materno. E' eseguita solitamente tra la 16° e la 20° settimana di gestazione.

-*Villocentesi o prelievo dei villi coriali.* Avviene mediante una cannula inserita nel canale cervicale o un ago introdotto per via transaddominale. Il rischio è tra il 4% e il 7% ed è eseguita solitamente tra la 9° e l'11° settimana di gestazione. E' possibile individuare più accuratamente l'assetto cromosomico fetale ed eventuali patologie genetiche del feto.

-*Embrioscopia.* Osservazione "diretta" del feto mediante fibre ottiche. Il rischio è tra l'1% e il 3% ed è eseguita solitamente nel primo trimestre di gravidanza.

Il rischio che supera il 5%, ammoniva il cardinale D. Tettamanzi, "è inaccettabile, non solo da un punto di vista etico, ma anche da un punto di vista deontologico"[345].

Ovviamente, gli esami prenatali, detengono innegabili aspetti positivi poiché mostrando tempestivamente una "situazione di fatto", consentono di intervenire immediatamente sul feto ed evitare di giungere in alcuni casi alla tragicità dell'aborto. Quindi, il punto fondamentale, è il procedere con responsabilità, professionalità, rigore e onestà morale nella prescrizione e nella pratica di

[343] GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai Movimenti per la Vita*, 4 dicembre 1992.
[344] F. MANTEGAZZA, *Tecnologie per la diagnosi prenatale*, MEDICINA E MORALE, 1982/1, pg. 73.
[345] D. TETTAMANZI, *Bio-etica. Nuova sfida per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato (Al) 1987, pg. 69.

procedimenti diagnostici che nella quasi totalità non sono immuni da rischi.

Riassumendo. Vanno eseguiti “sempre” a beneficio del feto e non possono trasformarsi nell' “anticamera” dell'aborto nel caso di responso sfavorevole. "Il medico che è chiamato a prestare la sua opera professionale commetterebbe un'azione illecita qualora fosse certo in anticipo che questa sua opera verrà ad essere un atto preparatorio all'aborto. Qui ricorre la cooperazione a un'azione cattiva: non è illecito soltanto compiere un'azione cattiva, ma è illecito prestare la cooperazione ad essa"[346].

Il timore di una coppia che si esprime con alcune domande al ginecologo: “Come nascerà il nostro bambino? Sarà sano o avrà delle anomalie?”, è una preoccupazione più che legittima. E, mentre nel passato, i genitori pregavano Dio affinché il figlio nascesse in buona salute, oggi le rassicurazioni si esigono dal medico anche se “la garanzia totale” non potrà offrirla nessuno.

Esaminiamo ora una criticità: *la maternità che preveda un nascituro con accentuate malformazioni.*

Per alcuni, l’aborto come conseguenza, è “un diritto”, anzi “un dovere”; in altre parole: “un’azione inevitabile”.

Il famoso genetista M. Mac Intryge affermò: “al fine di prevenire la nascita di un bambino terribilmente difettoso e la distruzione emotiva ed economica della famiglia, l’aborto è la migliore tra le due scelte infelici”[347].

H. D. Aiken del Dipartimento di Filosofia della Brandeis University di Waltham nel Massachusetts sostenne che “il diritto alla sopravvivenza biologica è interamente dipendente dalla capacità dell’individuo in questione di condurre, con l’aiuto di altri, una vita umana. Ciò significa che nelle circostanze dove non esiste possibilità di una vera vita umana, il diritto alla sopravvivenza biologica o fisica perde la sua ragione d’essere e quindi la pietosa interruzione di questa vita è accettabile o forse anche obbligatoria. Va riconosciuto ai genitori di accettare l’onere di curare un figlio che non ha la capacità di godere pienamente una vita umana, ma quando tale cura danneggia seriamente il benessere di altri questo diritto deve cedere il posto ad altre più forti esigenze”[348].

Noi rifiutiamo queste posizioni, poiché il feto anche “difettoso”, è un essere umano e come tale ha un diritto inalienabile alla vita. Ammonì la “Congregazione per la Dottrina della Fede”: “Si deve affermare che mai alcuna ragione può conferire oggettivamente il diritto di disporre della vita altrui anche in fase iniziale; e, per quanto concerne l’infelicità futura del bambino, nessuno, neppure il padre o la madre, può sostituirsi a lui, neanche se è ancora allo stato embrionale, per preferire a suo nome la morte alla vita (...). La vita, infatti, è un bene troppo fondamentale perché possa essere posta a confronto con certi inconvenienti, benché gravissimi”[349].

Ma attenzione. In questa situazione drammatica, mamma e papà, non devono

---

[346] E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica. Fondamenti ed etica biomedica*, Vol. I, Vita e Pensiero, Milano 1996, pg. 362.

[347] M. MAC INTRYGE, *Professiontal responsability un prenatal genetic evaluation*, in BIRTH DEFECTS ORIG. ART., Series 8, 1972, pg. 35.

[348] Citazione in A. SERRA, *Problemi etici della diagnosi prenatale*, MEDICINA E MORALE, 1982/1, pp. 52-53.

[349] CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull’aborto procurato,* Città del Vaticano 1974, n. 14.

essere abbandonati alla solitudine[350] e all'isolamento poiché la nuova vita muterà radicalmente il loro futuro[351]. Una provocazione del moralista F. Canova: "La comunità cristiana dovrebbe impegnarsi per iscritto, qualora la famiglia non potesse inseguito provvedere al proprio figlio minorato che la parrocchia tutta assumerebbe il compito di sostenerlo e di assisterlo"[352].

La maggioranza delle coppie soprattutto giovani, il più delle volte, sono propense all'aborto. Di conseguenza, si comprende la gravità dell'atteggiamento di chi fornisce la notizia superficialmente o all'esterno di una significante relazione ginecologo-genitori dove si avvii un colloquio comprensibile, continuativo ed esaustivo per la coppia. Si consiglia, affinché l'informazione sia obiettiva, che non sia comunicata da chi potrebbe anche eseguire l'atto d'interruzione della gravidanza. Come pure non vanno enfatizzate prevalentemente o unicamente le fragilità del futuro bambino determinando un immaginario falsato, ma è importante evidenzia anche "il positivo" della nuova creatura. B. Haring così riassume il colloquio tra il ginecologo e la coppia. "Il modo giusto di dare l'informazione sarebbe quello di far capire che per loro non si tratta di una decisione neutra ma di una dalle più gravi conseguenze che coinvolge i più alti valori umani"[353]. Una comunicazione obiettiva, completa e positiva, dunque, "fa la differenza", come pure è doveroso un sostegno psicologico, sociale e anche spirituale che dovrà protrarsi nel tempo.

Infine, non possiamo scordare che "le previsioni", a volte, fortunatamente, non si realizzano com'è accaduto a Marina Corradi, o sono meno drammatiche di quelle prospettate[354]. Ma purtroppo "la gran parte dei centri favoriscono o nulla fanno per

---

[350] Cfr. CONFERENZA EPISCOPALE ITALIANA, *Il diritto a nascere*, 1972; CONSIGLIO PERMANENTE DELLA CEI, *Aborto e legge di aborto*, 1975; CONSIGLIO PERMANENTE DELLA CEI, *Comunità cristiana e accoglienza della vita umana nascente*, 1978.

[351] *Una testimonianza sulla solitudine che la coppia spesso deve affrontare.*

*"*La nostra terza figlia è affetta dalla Sindrome di Down e dal momento in cui è nata la nostra vita è cambiata profondamente sia sul piano sociale che su quello affettivo- sentimentale.

Quali difficoltà abbiamo dovuto affrontare?

L'impreparazione: quando nasce un figlio 'diversamente abile' si è completamente impreparati; si sa che capita, ma si pensa sempre che interessi gli altri.

La completa ignoranza sulla malattia: non avevamo la minima idea su cosa comportasse l'essere down.

Gli aiuti sono stati pochi e rapidi: presto ci siamo ritrovati da soli con l' indirizzo e il numero di telefono di un'associazione.

Per noi la vita è cambia totalmente, e dopo un certo numero di anni, possiamo affermare che è cambiata 'in meglio'. La nostra bimba, oggi ormai cresciuta, si è rivelata un dono di Dio e ci ha aiutato a comprendere le reali priorità della vita. Ci riempie inoltre con l' affetto e spesso non ci accorgiamo delle sue differenze. Ma non per tutti è così!" (*Dal materiale predisposto dall'Ufficio per la Pastorale della Salute della Diocesi di Milano per la "Giornata Mondiale del Malato 2012").*

[352] F. CANOVA, *L'aborto da un punto di vista medico*, in AA VV, *Si o no all'aborto?* Paoline, Alba (Cn) 1976, pg. 77.

[353] B. HARING, *Medicina e manipolazione*, Paoline, Roma 1976, pg. 277.

[354] Una testimonianza di speranza per le coppie che vivono l'angosciante attesa di un figlio che potrebbe nascere affetto da imperfezioni. "Malformazione cerebrale compressa. Una diagnosi atroce sempre, ma ancor di più sconvolgente quando è comunicata a una mamma in gravidanza. Il bambino che si sta formandosi dentro di lei probabilmente non riuscirà né a camminare, né a parlare. Forse non riuscirà neppure a sopravvivere. Cosa pensa una giovane donna sdraiata sul lettino accanto al monitor? Quando quest'annuncio è comunicato a una donna gravida, nove volte su dieci, segue l'irreparabile scelta dell'aborto. Ma L. ha fatto subito un altro pensiero: 'Voglio che la mia gravidanza vada comunque avanti'. Oggi, a tre anni di distanza da quell'ecografia, la piccola B, non solo ha quasi completamente superato il suo problema, ma parla e cammina come qualsiasi altra bambina della sua età. Eppure, in quel dicembre, la situazione non

far sì che la coppia eviti l'aborto; la mentalità circostante sollecita, dal canto suo, verso l'aborto la volontà della donna con una specie di pressione sociale; su questo fatto esistono tante testimonianze anche se difficilmente riducibili a dati numerici. Si tratta della mentalità che antepone la 'qualità della vita' intesa in senso di salute fisico-psichica al rispetto della vita in sé considerata"[355].

Il dramma della nascita di un figlio diversamente abile ha alle spalle una lunga storia. Pur suscitando preoccupazioni, angosce e anche vergogna, poche donne nel passato abortivano. Migliaia di famiglie hanno agito coraggiosamente per superare i problemi; associandosi, combattendo e ottenendo positivi risultati che mitigano in parte i disagi. La "Legge-quadro per l'assistenza e l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate" (Legge 104/92), l'introduzione nella scuola del docente di sostegno (cfr. Legge 517/77), la normativa che disciplina l'accessibilità e l'abbattimento delle barriere architettoniche (cfr. Legge 13/89), la presenza dei diversamente abili nei settori societari…, sono ottimi risultati.

Da ultimo la nostra attenzione si sposta sulla "Diagnosi Genetica Preimpianto" (PGD) nell'ambito della Procreazione Medicalmente Assistita (PMA).

Come affrmato precedentemente è una pratica "problematica" per varie motivazioni. Dall'approssimazione dei risultati agli effetti collaterali che potrebbero ostacolare lo sviluppo dell'embrione, o eliminare quelli sani, o diminuire le probabilità di esito positivo dell'impianto, infatti "tutte le manipolazioni realizzate nella fase pre-impianto implicano una serie di complicazioni cosiddette epigenetiche, per cui alcune condizioni mal formative non nascono intrinsecamente all'embrione, ma sono dovute proprio alla manipolazione nelle fasi prima dell'impianto"[356].

In Italia, la PGD, è autorizzata dalla legge 40/2004 esclusivamente per finalità diagnostiche e terapeutiche, "volte alla tutela della salute e dello sviluppo dell'embrione stesso, qualora non siano disponibili metodologie alternative" (art. 13, comma 2). E' comunque vietata "ogni forma di selezione a scopo eugenetico, ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche" (art. 13, comma 3b).

Ma, nonostante la "chiarezza della legge", purtroppo dobbiamo segnalare come abbiamo visto, "costanti abusi" perpetuati con l'autorizzazione di Tribunali o Corti Internazionali che interpretano "creativamente" la normativa.

---

sarebbe potuta apparire più preoccupante. Ricorda la mamma: 'Quando B. è nata era una bambina diversa, ma noi le abbiamo voluto bene e poi mostrava una vitalità sorprendente. Non era ancora la fine dell'incubo ma solo il primo bagliore di speranza che attraversava la spessa coltre di preoccupazione in cui fino a quel momento eravamo vissuti tutti'. Una tenue luce che è stata sufficiente per permettere di superare i tanti interventi di neurochirurgia cui B. è stata sottoposta. Quattro nei primi sei mesi di vita perché era necessario, ridurre poco alla volta, la grande ciste che aveva schiacciato il cervello. Poi sono servite stimolazioni continue e frequenti interventi di fisioterapia. E conclude la mamma: 'Lei che secondo la diagnosi prenatale non avrebbe potuto parlare, oggi bisogna sentirla come chiacchiera; non sta zitta un minuto' " (AVVENIRE, 4 febbraio 2017, pg. 13).

[355] E. SGRECCIA, *Liceità e limiti della diagnosi prenatale,* in ATTI CONVEGNO A.N.M.I.R.S., *Problematiche etiche, psicologiche e medico legali della diagnosi prenatale,* Milano 26 febbraio 1998, pg. 24.

[356] Da un'intervista al dottor Giuseppe Noia, presidente dell'Associazione italiana Ginecologi Ostetrici Cattolici, AVVENIRE, *E' vita,* 18 giugno 2015.

Perché? “Perché la diagnosi pre-impianto sottende in realtà una grande menzogna culturale, che cioè dell’embrione prima degli otto giorni si possa fare quello che si vuole. Il dogma culturale generale è stato quello di spostare l’inizio della vita umana dal concepimento all’impianto”[357]. E noi affermiamo nuovamente che l’ intromettersi nel destino di una creatura per poi sbarazzarsene se è portatrice d’imperfezioni è il peggio che si possa fare!

Concludiamo con alcuni numeri.

Il registro delle interruzioni di gravidanza a seguito dei risultati degli screening prenatali non esiste. Possediamo unicamente alcuni numeri presenti nelle Relazioni Annuali al Parlamento del Ministro della Salute sull’applicazione della legge 194.

Nei testi sono evidenziati le cifre di aborti precedenti alla 12° settimana di gestazione e quelli dopo la 12° settimana che potrebbero corrispondere, in parte, alle interruzioni della gravidanza a seguito di esiti dubbiosi degli screening. Nel 2018 sono stati 4.500, il 5,3% del totale degli aborti di quell’anno.

2.ABORTO: Una strage inarrestabile

L'aborto è l'uccisione di un essere umano nella prima fase della vita, quindi un “omicidio” o meglio un “figlicidio materno”, poiché la madre, la prima responsabile dell’incolumità del figlio, è la mandante come affermato da papa Francesco: “Ma come può essere terapeutico, civile, o semplicemente umano un atto che sopprime la vita innocente e inerme nel suo sbocciare? Io vi domando: è giusto “fare fuori” una vita umana per risolvere un problema? E’ giusto affittare un sicario per risolvere un problema? Non si può, non è giusto “fare fuori” un essere umano, benché piccolo, per risolvere un problema. E’ come affittare un sicario per risolvere un problema”[358]. E’ “il potere” di vita e di morte su un futuro uomo! Inoltre, l’interruzione volontaria della gravidanza, autorizzata e tutelata da una opinabile normativa, evidenzia che “la forza” prevale sui “diritti” di chi non ha voce essendo piccolo, debole, fragile e indifeso.

Abbiamo intenzionalmente usato i vocaboli “omicidio”, “figlicidio”, “sicari” poiché come ammonì san Giovanni Paolo II nel Messaggio per la XIII° Giornata Mondiale per la Pace: ″Restaurare la verità significa innanzitutto chiamare con il loro nome gli atti di violenza, quali che siano le forme che assumono”, mentre la cultura attuale abbindola con termini ingannevoli. Ad esempio, la parola “aborto” sta scomparendo lasciando spazio all’espressione “interruzione volontaria della gravidanza”. E’ “una sostituzione tutt’altro che innocente; è un modo elegante per creare una cortina fumogena attorno alla tragica realtà in questione. ‘Interruzione’ è un termine per nulla drammatico. S’interrompe una conversazione, una trasmissione televisiva per riprenderla poco dopo, e il carattere omicida dell’azione si dissolve dietro un termine pacifico e innocente”[359]. Lo stesso vale per la conclusione della vita, dove si stanno trasformando “il suicidio assistito” e l’

[357] Dall’intervista al dottor Giuseppe Noia. Cfr. nota precedente.

[358] PAPA FRANCESCO, *Udienza Generale del 28 ottobre 2018*. Concetto ripreso parlando ai partecipanti al convegno "Yes to life” il 24 maggio 2019.

[359] L. CICCONE, *La vita umana*, Ares, Milano 2000, pg. 102.

"eutanasia", cioè l'uccisione intenzionale di un malato in "aiuto medico alla morte", pur consapevoli che "aiutare a morire" significhi invece alleviare il dolore al morente, sostenerlo e confortarlo nella sofferenza e accompagnarlo nel cammino al destino eterno.

Attenzione. Le manipolazioni del linguaggio con il trascorrere del tempo modificano anche il "modo di pensare"!

2.1.PANORAMICA MONDIALE ED EUROPEA

Esaminiamo alcune cifre di questo "genocidio censurato" premettendo che a "livello planetario" è in corso "un agguerrito combattimento nei confronti della vita", soprattutto quella nascente e quella terminale, che spesso ha come bersaglio il costante impegno della Chiesa Cattolica a favore di quelli definiti da papa Francesco: "scarti della società". Pertanto, questa Istituzione, è frequentemente e pesantemente osteggiata e avversata a livello nazionale e internazionale[360].

L'ONU con le sue Agenzie: dall' "United Nations Population Fund" (Unfpa)[361] all' "UN Women"[362], è il capofila della "battaglia", non sprecando occasione per inserire "il diritto all'aborto" in Convenzioni o in Direttive che pur non avendo valore vincolante per i singoli Stati, sono sempre ampie giustificazioni per indurre a legiferare sull'argomento.

E come dimenticare "il ricatto" ai Paesi del Terzo Mondo?
Molti, esigono come compensa a sussidi economici, la pianificazione di politiche famigliari che comprendano contraccezione e aborto. E' il caso di varie fondazioni filantropiche. Dalla "Bill & Melinda Gates Foundation" alla "Marie Stopes International"[363] non dimenticando la "Nike Foundation" supportata dalla multinazionale americana che produce calzature, abbigliamento e accessori sportivi. Dalla "Atlantic Philantropies", fondata dal miliardario americano Since Chuck Feeney alla "Open Society Foundations" di George Soros che tra l'altro, negli ultimi anni, si è avvalso dell'aborto per indebolire Paesi a tradizione cattolica, da lui ritenuti conservatori, populisti e sovranisti come dichiarato nel sito internet della Fondazione[364]. Sarà una coincidenza ma Emma Bonino, "l'emblema italiano dell'aborto", è componente del global board. L'elenco, è interminabile… e neppure "Amnesty International" si sottrae a questo crinale di morte[365].

---

[360] Cfr. E. ROCCELLA – L. SCARAFFIA, *Contro il cristianesimo. L'ONU e l'Unione Europea come nuove ideologie*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 2005; A. TORNIELLI – L. FRANZAGA, *Attacco alla Chiesa*, Gribaudi, Milano 2006.
Interessante è il rapporto di sedici pagine diffuso il 5 febbraio 2014 dal "Comitato per i Diritti del Fanciullo delle Nazioni Unite" in cui si critica la Santa Sede perché non usa sempre un linguaggio "gender inclusive" ma parla di "complementarietà" del ruolo maschile e femminile. Si richiede "con urgenza di rivedere la sua posizione sull'aborto e di modificare il canone 1398 del Codice di diritto canonico relativo all'aborto, allo scopo di precisare le circostanze in cui l'aborto è permesso". E, infine la pretesa a "garantire agli e alle adolescenti l'accesso alla contraccezione"
(https://tbinternet.ohchr.org/Treaties/CRC/Shared%20Documents/VAT/CRC_C_VAT_CO_2_16302_E.pdf)
[361] Agenzia delle Nazioni Unite che gestisce i fondi economici per le popolazioni povere.
[362] Agenzia delle Nazioni Unite per la parità di genere e i diritti delle donne.
[363] "Marie Stopes International fornisce servizi di contraccezione e di aborto sicuro a milioni di donne e famiglie in tutto il mondo". Dal home page della Fondazione: *https://www.mariestopes.org/).*
[364] Cfr.: *http://dcleaks.com/wp-content/uploads/2016/soros/strategies/wrp-proposed-2016-2019.pdf*
[365] Si legge sul sito web: "L'accesso all'aborto sicuro è un diritto umano. Secondo le norme internazionali,

Indicative sono la legalizzazione dell'aborto in Irlanda, e il tentativo per ora fallito in Argentina di legittimare questo crimine approvato dalla Camera ma respinto dal Senato l'8 agosto 2018. Comunque, la battaglia, è solo all'inizio. Ora si tenterà di depenalizzare l'aborto per riproporre tra un anno lo stesso testo sulla sua legalizzazione.

Irlanda. Come giustificare i finanziamenti miliardari ai movimenti "pro-choiche", in particolare all' "Abortion Rights Campaign", che comprende varie realtà inclusa la "National Union of Journalists", l'influente sindacato dei giornalisti con oltre 3.500 membri?

Argentina. Come interpretare alla vigilia del voto alla Camera sull'aborto, l' Audizione di padre Pepe Di Paola, il celebre "cura villero" dei poveri di Buenos Aires, che "denunciò" la concomitanza tra la discussione parlamentare e l'elargizione di un prestito da 50 miliardi di dollari dal "Fondo Monetario Internazionale" (International Monetary Funda) ad un Paese vittima di una pesante crisi economica[366], ben conoscendo la posizione ufficiale pro-aborto della World Bank?

E che dire delle "pressioni" e delle "imposizioni" delle varie Istituzione e Organizzazioni nei confronti dei Paesi più poveri del mondo?

Fantapolitica? Da centinaia di articoli presenti sul web sembrerebbe di no.

Emblematico per comprendere il contesto internazionale "pro-choiche" furono le strategia pro-live assunte dal Presidente degli Stati Uniti D. Trump, opposte a quelle di B. Obama[367]/[368]. Trump nel settembre 2017 troncò i finanziamenti al "United Nations Population Fund", dopo che l'organismo dell'ONU rese noto il suo piano quadriennale sull'educazione sessuale e sulle politiche riproduttive. Di seguito, bloccò i finanziamenti del Governo Federale a tutte le "Organizzazioni non Governative Internazionali" che favoriscono l'interruzione della gravidanza, mentre nel 2016 l'Amministrazione Obama sovvenzionò progetti riguardanti la salute riproduttiva in tutto il mondo con 607,5 milioni di dollari (circa 566 milioni di euro). Sempre Trump sospese i fondi federali alle strutture americane che propongono e praticano l'aborto, convinto che detrarre denaro pubblico significa "privare d'ossigeno" enti con finalità da lui incondivisibili. Caso emblematico fu la "Planned Parenthood Federation" (la più grande lobby abortista del mondo) che

---

ognuno ha il diritto alla salute e il diritto ad essere libero dalla violenza, dalla discriminazione e dalla tortura o da trattamenti crudeli, inumani e degradanti" (*https://www.amnestyusa.org/*).

366 Cfr. L. CAPUZZI, *Voto in Parlamento. L'aborto in Argentina lo vuole il Fondo Monetario*, AVVENIRE.IT, 11 giugno 2018.

367 D. Trump è il primo presidente USA che ha partecipato ad una Marcia Nazionale per la Vita, affermando: "La Marcia per la Vita è un movimento nato dall'amore" (20 gennaio 2018). Nella campagna elettorale dichiarò: "Io odio il concetto stesso di aborto. lo odio tutto ciò che comporta. Soffro quando sento la gente che ne discute. Ma comunque credo nella libertà di scelta". In un'intervista, ad una domanda sull'aborto tardivo, Trump ribadì:"No, no…". E, ancora: "tristemente ci sono troppe persone - negli Stati Uniti e nel resto del mondo - che utilizzano la Sindrome di Down come scusa per ignorare o scartare la vita umana". Ma inspiegabilmente le "anime belle", anche nel nostro Paese, definirono le posizioni del Presidente degli Stati Uniti "strumentali strategie elettorali". Noi ne dubitiamo essendo più del 50% degli americani favorevoli all'aborto.

368 Il "Patient Protection and Affordable Care Act", ovvero la riforma della Sanità firmata dal presidente Barack Obama il 23 marzo 2010 e soprannominata "Obamacare", obbligava a includere nei "pacchetti delle polizze assicurative" anche l'indennizzo per contraccettivi e farmaci abortivi ed ovviamente per la pratica dell'aborto. Un imposizione anche per le istituzioni d'ispirazione religiosa (collegi, università, ospedali…).

negli Stati Uniti gestisce oltre 700 cliniche per l'interruzione della gravidanza, e che tra l'altro, è indagata per traffico illegale di organi e tessuti di feti abortiti. Affermò Kellyanne Conway, consigliere di Trump, in un'intervista al canale "Fox News": "Puoi sempre abortire nel Paese. Puoi farlo in molti posti. Pensiamo semplicemente che i contribuenti non debbano pagare per questo". E come dargli torto? Da ultimo ricordiamo, anche se la notizia è stata ignorata, che nel G7 tenutosi nel Québec nel giugno 2018, gli Stati Uniti sono riusciti a eliminare dai vari documenti ogni riferimento ai "diritti riproduttivi".

Concludiamo questa sommaria carrellata con due pareri.

Padre Pepe Di Paola: "I nostri quartieri hanno necessità di proposte di vita degne e di una società che protegga i più deboli, non che li scarti con l'aborto come rifiuti tossici".

Obianuju Ekeocha[369] così si rivolse a Melinda Gates: "Tutto quello che posso dire con certezza è che noi, come società, amiamo e accogliamo i bambini. Sono cresciuta in questo ambiente e ho sentito le donne (tanto quanto gli uomini) lamentarsi per ogni difficoltà, ma non ho mai sentito una donna lamentarsi del suo bambino (nato o nascituro)".

Da quanto affermato è innegabile che potenti ed influenti organizzazioni internazionali, think tank, gruppi ambientali e nazioni ricche promuovono agende a favore dell'aborto, imponendo politiche di controllo delle nascite ai Paesi in via di sviluppo. Consapevolezza espressa anche da papa Francesco: "non mancano pressioni internazionali sui Paesi in via di sviluppo che condizionano gli aiuti economici a determinate politiche di 'salute riproduttiva' "[370]. Una metodologia ritenuta dal Pontefice retrograde: "non è progressista pretendere di risolvere i problemi eliminando una vita umana"[371].

MONDO

Oltre la Cina che abbiamo trattato in precedenza, vogliamo evidenziare l' India poiché è drammatico il report del governo di quel Paese che indica milioni di bambine, ogni anno, abortite o abbandonate immediatamente dopo la nascita. Ciò mostra che le piccole sono ritenute una "maledizione" per le famiglie e sono generate fino a quando "non arriva il figlio maschio". Sebbene banditi ufficialmente, sono ancora assai diffusi i test per la determinazione del sesso del nascituro e il feticidio femminile è radicato su vasta scala.

EUROPA

E' "consumato" un aborto ogni 25 secondi, per un totale annuale di un milione e 220mila[372].

---

[369] Giovane nigeriana fondatrice e presidente di "Culture Of Life Africa", un'organizzazione pro-life in rapida crescita.

[370] PAPA FRANCESCO, Enciclica *Laudato sii*, n. 50.

[371] PAPA FRANCESCO, Esortazione Apostolica *Evangelii gaudium*, n. 214.

[372] Alcuni numeri del 2017.

REGNO UNITO 215.000. 8.894.355 aborti dal 1967 anno in cui il Parlamento di Londra approvò l' "Abortion Act". "Ciò significa", scrisse Lord F. Alton, "una morte ogni tre minuti; 20 vite soppresse ogni ora" (*Dati Catholic Herald 2017*).

FRANCIA 209.913. GERMANIA 129.650. SPAGNA 84.985 (con un aumento dell' 87% negli ultimi dieci anni).

Nell'EST EUROPEO sono effettuati 103 aborti ogni 1000 nati vivi. 1 aborto su 7 (14,2%) riguarda adolescenti con meno di 20 anni (Dati del Rapporto: *L'aborto in Europa e Spagna,* Istituto Spagnolo di Politica Familiare – IPF).

Tre casi emblematici: Inghilterra, Francia, Islanda.

Inghilterra. Nonostante cifre nefaste al male non si pongono limiti. A cinquant'anni dall'approvazione della legge abortista, si vorrebbe eliminare il "previo consenso di due medici" che devono accordarsi che il proseguo della gravidanza mette a rischio la salute fisica e psichica della donna. L'assenza di questo parere è reato. E come scordare lo scandalo della "Marie Stopes International" che approfittava della fragilità psicologica delle donne in gravidanza per convincerle ad abortire, aumentando così il profitto delle proprie cliniche?

Francia. Nel Paese, patria della "liberté, égalité, fraternité", le strategie a favore dell'aborto riguardano sia l'aspetto funzionale, sia quello culturale.

Per quanto riguarda "l'aspetto funzionale", nel gennaio 2015, nell'ambito della legge socialista di "modernizzazione della sanità", fu soppressa la settimana di riflessione precedente la sospensione della gravidanza ed estese la facoltà di praticare l'aborto chimico anche alle ostetriche, mentre quelli chirurgici possono essere eseguiti in "centri sanitari" esterni alle strutture ospedaliere.

Per quanto riguarda "l'aspetto culturale", nel dicembre 2014 il Parlamento votò una risoluzione che proclamò l'aborto un "diritto costituzionale". E, nel dicembre 2016, fu approvata una legge per sanzionare chi propone scelte alternative all'aborto come "delitto d'impedimento all'interruzione volontaria della gravidanza". Inoltre, fu censurata la presenza sul web dei siti delle associazioni pro-life. Un preoccupante attentato al diritto d'informazione e una inaccettabile limitazione alla libertà d'espressione che prevede una multa di 30mila euro o due anni di carcere.

L'Islanda, si propone, il primo Stato del "Down Syndrome free", dove non nasceranno più bambini affetti dalla Sindrome di Down. Nel 2017, in un Paese di circa 400mila abitanti, sono venuti al mondo solo 2 bimbi con Trisomia 21. Miracolo? No, come documentato dal programma televisivo "Le Iene" in un reportage del febbraio 2018. Le donne sono costrette a abortire quando scoprono che il feto è down. E, altri Paesi con capofila la Germania e la Danimarca, hanno intrapreso il medesimo percorso. E' la realizzazione del "sogno eugenetico" ricordato precedentemente da papa Francesco. Un "sogno" che abolisce il limite, elimina la malattia, rifiuta il diverso. Pericolosamente e velocemente questa "peste" si sta diffondendo anche in Italia come scrisse Lucetta Scaraffia, membro del Comitato Nazionale di Bioetica. "Certe mamme e papà ai giardinetti anche in Italia, guardano male i genitori di chi ha la sindrome di Down, colpevolizzandoli, come se quella visione potesse turbare i loro figli. E' una cosa molto cattiva e molto brutta"[373].

2.2.LA SITUAZIONE ITALIANA

L'aborto è autorizzato in Italia dalla legge 194/78 dal titolo drammaticamente beffardo: "*Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza*".

Così commentò questa intitolazione il cardinale G. Biffi: "Ho subito ammirato la raffinata ipocrisia dell'intitolazione. Essa mette in primo piano un valore indiscusso

[373]CORRIERE DELLA SERA, 21 febbraio 2018, pg. 17.

e un programma da tutti condivisibile, quale la 'tutela della maternità' (che però nell'attuazione sarebbe stata avvertita fatalmente come una preoccupazione secondaria), e per indicare un'azione da sempre percepita nella coscienza comune come abietta ed esecrabile si è utilizzata una perifrasi costruita con parole in se stesse innocenti: gravidanza - volontà - interruzione. Una coraggiosa schiettezza, senza 'laici' bigottismi, avrebbe dovuto preferire la denominazione più perspicua e più 'onesta' che sarebbe: 'Norme che regolano l'aborto volontario e il suo pubblico sovvenzionamento' "[374].

Il Decreto Legislativo approvato il 15 aprile 1978 dalla Camera dei Deputati (308 voti a favore e 275 contrari) e il 18 maggio dal Senato (160 voti a favore e 148 contrari), divenne legge dello Stato il 22 maggio con la firma del Presidente della Repubblica Giovanni Leone e la pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale.

La legge fu predisposta culturalmente e sociologicamente dalla Rivoluzione del 68', dal deterioramento etico-morale del Paese avviato nel 1974 con il Referendum riguardante il divorzio, dal Movimento Femminista che eresse l'aborto a emblema dell'autodeterminazione della donna sul proprio corpo ("l'utero è mio e me lo gestisco io") e dal Partito Radicale, che inseguito con evidenti contraddizioni, si fece paladino della rogazione internazionale sulla pena di morte e sui diritti dei carcerati.

Il "fronte abortista" sostenne che la normativa avrebbe prodotto tre risultati: la diminuzione degli aborti, la sconfitta degli aborti clandestini, la socializzazione del problema. Il primo obiettivo, come dimostrano le cifre ferme al 2016: 5.789.130 aborti in trentotto anni, non fu conseguito. Sul secondo, è utopistico fornire numeri reali, essendo l'atto "clandestino" un' azione nascosta o segreta. Il terzo scopo fu raggiunto ma in negativo, riducendo la percezione della coscienza morale, o meglio, come scrisse G. Ferrara: "l'aborto da 'legale' è diventato 'legittimo' e moralmente indifferente"[375].

La legge 194 fu confermata dal Referendum del 17 maggio 1981, quando il 68% degli italiani divennero paladini dell'aborto e solo il 32% si schierò a difesa della vita, dell'uomo e della ragione.

La norma autorizza l'interruzione della gravidanza entro 90 giorni dal concepimento[376] e, anche dopo, di fronte a rischi per la vita della madre o malformazioni del nascituro che determinano pericoli per la salute fisica o psichica della donna.

Le modalità di aborto sono varie e con responsabilità etiche differenti. Esaminiamole.

-Aborto spontaneo. E' la morte del feto entro la ventesima settimana di gravidanza. Si verifica solitamente per cause indipendenti dalla donna. Essa è

[374] G. BIFFI, *Memorie e disgressioni di un cardinale cittadino*, Cantagalli editore, Siena 2001, pg. 381.
[375] IL GIORNALE, 15 gennaio 2008, pg. 3.
[376] L'articolo 4 dimostra "l'ampia permissività" della legge: "La donna che accusi circostanze per le quali la prosecuzione della gravidanza, il parto e la maternità comporterebbero un serio pericolo per la salute fisica o psichica, in relazione o al suo stato di salute o alle sue condizioni economiche o sociali o familiari o alle circostanze in cui è avvenuto il concepimento, o a previsioni d'anomalie o di malformazioni del concepito, si rivolge ad un consultorio pubblico o ad una struttura socio-sanitaria a ciò stabilita dalla Regione o ad un medico di fiducia".

colpevole unicamente quando questa morte è determinata dalla sua negligenza: fatiche eccessive, attività rischiose, abusi d'alcool o di fumo...
-Aborto indiretto. Si potrebbe avere, ad esempio, quando una donna gravida scopre di essere affetta da tumore uterino e deve sottoporsi a cicli di chemioterapia non rimandabili, oppure ad intervento chirurgico per asportare il cancro. Riferendoci al principio etico del "duplice effetto", la gestante può procedere nella cura anche se rischiosa per il feto. Vanno osservate delle condizioni: Ia terapia finalizzata alla rimozione della patologia della madre; non può essere preventivata l'uccisione diretta del feto; la cura deve presentarsi urgente ed insostituibile.
-Aborto terapeutico. Presenta una situazione eticamente inaccettabile poiché "non si agisce sulla malattia in atto, ma s'ipotizza la soppressione del feto sano per evitare l'aggravamento o il pericolo di vita della madre; è un'azione su ciò che è sano (il feto) per prevenire una malattia o il rischio di morte"[377]. In questo caso, il fine buono, cioè l'indennità della madre si consegue con un mezzo iniquo: l'uccisione del feto.
-Sono severamente condannabili *l'aborto diretto e volontario* e quello *selettivo e eugenetico*.
L'intervento avviene, inoltre, mediante "tecniche strazianti per il feto": l'aspirazione[378], il raschiamento della parete dell'utero[379], l' avvelenamento[380], l'induzione di contrazioni o l'isterotomia.

La Relazione del Ministro della Salute 2016 al Parlamento.

La legge 194 contempla all'articolo 16 che il Ministro della Salute presenti annualmente al Parlamento una Relazione "sull'attuazione della legge e i sui suoi effetti, anche in riferimento al problema della prevenzione". I dati sono forniti dalle Regioni, raccolti dal Sistema di Sorveglianza operante presso l'Istituto Superiore di Sanità ed elaborati dall'ISTAT, ufficializzando il numero degli aborti eseguiti nelle strutture sanitarie pubbliche o convenzionate.

Il Rapporto 2017 esordisce enfaticamente affermando: "Per il terzo anno di seguito il numero totale delle IVG è stato inferiore a 100.000, più che dimezzato rispetto ai 234.801 del 1982, anno in cui si è riscontrato il valore più alto in Italia. E considerando solamente le IVG effettuate da cittadine italiane, per la prima volta il valore scende sotto a 60.000: la riduzione dal 1982 ha subito un decremento percentuale del 74.7%, passando da 234.801 a 59.423 nel 2017".

Osservazioni.
1.E' assente ogni riferimento alle "Pillole abortive" (di cui tratteremo inseguito). Anticipiamo unicamente che nel 2016 sono state vendute 404.121 confezioni composte da "Ulipristal acetato" (ElleOne) o da "Levonorgestrel" (Norlevo), prodotti che il più delle volte evitano l'impianto dell'ovulo fecondato nell'utero. Pertanto, migliaia di bambini non nati, non sono registrati ufficialmente come

[377] E. SGRECCIA, *Bioetica. Manuale per medici e biologi*, Vita e Pensiero, Milano 1986, pg. 205.
[378] Con un potente aspiratore introdotto nell'utero si sbriciola il feto e lo si aspira.
[379] Si introduce nell'utero una "curette" (strumento chirurgico a forma di anello) che stacca l'embrione dall'utero e nelle fasi più avanzate riduce a pezzi il feto.
[380] Si immettono nel sacco amniotico sostanze saline tossiche che bruciano la pelle del feto e lo avvelenano.

aborti.
2.Si è incrementato il numero di donne che procedono all' IVG nella fascia d'età compresa tra i 35 e i 44 anni. Sono donne che abortiscono prevalentemente nell'ambito matrimoniale e, a volte, professionalmente affermate. Questo dato è in contraddizione con un'affermazione della Relazione: "le donne con istruzione più elevata sono quelle che maggiormente hanno migliorato le loro conoscenze e i loro comportamenti sul controllo della fecondità". A nostro parere, l'incremento d'età, denota che l'edonismo, l'autoaffermazione personale e professionale prevalgono sull'amore e sul dono.
3.Si affrontano marginalmente gli "aborti clandestini".
Questo è positivo poiché si supera il qualunquismo delle cifre ISTAT che identificano gli aborti clandestini del 2017 tra i 10mila e i 13mila. Si ha l'impressione, però, che questa "piaga" perduri. Infatti, molte donne, prigioniere della cosiddetta "onorabilità sociale", oppure per evitare procedure burocratiche, perseverano nel rivolgersi a strutture prive dei requisiti per praticare l'aborto. Alla nostra conclusione giunse anche un' inchiesta pubblicata sul quotidiano "La Repubblica" il 23 maggio 2013[381]. La finalità del giornalista era la colpevolizzazione dei "medici obiettori", citando episodi fuori luogo e affermando che le donne devono "migrare da una regione all'altra". Ma ciò che a noi interessa è l'obiettiva affermazione sull'abortività clandestina. "Come si fanno a calcolare i numeri di un fenomeno clandestino? Con quali parametri? Da anni ormai nella relazione al Parlamento sulla legge 194, si cita una stima di 15/20mila aborti illegali, un numero calcolato unicamente sul tasso di abortività delle donne italiane e sottostimato per stessa ammissione del ministero. Molti altri elementi però portano almeno al raddoppio di quella cifra, facendo salire la quota delle interruzioni di gravidanza clandestine a 40/50mila l'anno. (…) Analizzando i dati ISTAT si nota l'incremento degli 'aborti spontanei'. A detta di molti, questa impennata altro non è che il ritorno dell'aborto clandestino 'mascherato', esattamente come prima della legge 194, quando le donne dopo aver tentato di 'fare da sole' arrivavano in ospedale con emorragie e dolori, e i medici per salvarle completavano gli aborti, registrati come 'spontanei' "[382]. Una conclusione è indiscutibile: legalizzando l'aborto non è scomparso quello clandestino con numeri che nessuno possiederà mai.
4.Nel valutare i fattori che riducono le IVG si evidenziano la diminuzione delle donne in età fertile e l'incremento della sterilità nelle coppie. Elementi che ovviamente modificano "il numero" delle gravidanze e, di conseguenza, il ricorso alla IVG. Ma, il dato, non dimostra assolutamente la "diminuzione percentuale" degli aborti[383].
5.Si riporta il consistente incremento del ricorso all'aborto da parte delle "donne

[381] M. NOVELLA DE LUCA, *194, così sta morendo una legge. In Italia torna l'aborto clandestino,* 23 maggio 2013: http//repubblica/rep-it/inchiesta-italiana/2013/05/23/news/aborti_obiettori_di_coscienza-59475182/
[382] *194, così sta morendo una legge. In Italia torna l'aborto clandestino,* op. cit.
[383] Osservava C. Casini: "Gli aborti non sono diminuiti dall'introduzione della legge 194. Confrontando l'anno 1983 con il 2016 si rileva che le donne in età fertile sono diminuite del 32%, ragion per cui ogni dato sul numero di aborti per essere efficace deve essere letto all'interno del crollo demografico che ha significativamente ridotto le donne feconde" (ZENIT.ORG, 9 dicembre 2016).

immigrate"[384].

6.La Relazione nota la diminuzione degli "obiettori" nei Consultori ma non ricerca le cause e non propone soluzioni.

7.Nella Relazione, e di questo diamo atto di obiettività al Ministro, si sfatano le fake news sulla carenza dei ginecologi "non-obiettori". Scrive B. Lorenzin. "C'è stato un aumento in numero assoluto dei ginecologi non obiettori, negli ultimi due anni, e una sostanziale stabilità del numero dei non obiettori nel corso dei quasi 40 anni di applicazione della legge, a fronte di un più che dimezzamento delle IVG. A conferma di ciò, i dati suggeriscono che, nella maggior parte di questi casi, il numero dei non obiettori risulta superiore a quello necessario a rispondere adeguatamente alle richieste di IVG, e quindi una parte dei non obiettori viene assegnata ad altri servizi".

Oggi in Italia abbiamo superato i 6.000.000 di aborti e una domanda è d'obbligo: *com' è possibile nel nostro Paese la presenza di milioni di situazioni di "grave pericolo" per cause attinenti a una gravidanza in corso?*

Una causa potrebbe essere l'identificazione della "legalità" con la "legittimità morale". "Come può la legge autorizzare un atto immorale?", si chiedono molti. A questa conclusione pervenne già nel 1981 un editoriale di "La Civiltà Cattolica". "Legalizzare l' interruzione della gravidanza significa per moltissime persone, che non distinguono facilmente ciò che è morale e ciò che è legale, che l'aborto ormai si può fare, che è lecito anche moralmente se la legge lo permette. Ciò equivale a generare una spinta incontenibile verso il ricorso all'aborto anche di fronte a piccole difficoltà che ogni gravidanza normale comporta. In concreto, quindi, la legalizzazione dell'aborto conduce inesorabilmente ad un abbassamento della coscienza morale e ad un ineluttabile aumento della pratica abortiva. E tutto ciò, senza raggiungere mai - come documenta I 'esperienza - il fine di estirpare Ia piaga dell'aborto clandestino"[385].

Inoltre, la donna, si ritiene autorizzata a stabilire in totale autonomia e come reputa più idoneo la sorte del concepito. Ogni "scusante" è sufficienti per abortire, escludendo dalla scelta, nella maggioranza dei casi, il padre, cioè il ruolo maschile nel processo della generazione ed ovviamente il feto.

Da ultimo, non possiamo scordare la pressante campagna massmediatica che sta, come già accennato, trasformando nella coscienza del popolo italiano un'azione negativa, in atto neutro o anche positivo essendosi plasmata, come ricordava Benedetto XVI al Movimento per la Vita, "una mentalità di progressivo svilimento del valore della vita. Da quando in Italia fu legalizzato l'aborto ne è derivato un minor rispetto per la persona umana, valore che sta alla base di ogni

[384] A questo proposito, monsignor G. Perego, arcivescovo di Ferrara e presidente emerito della Fondazione Migrantes, ha affermato al 37° Convegno dei Centri di Aiuto alla Vita svoltosi a Milano nel novembre 2017. "(Le immigrate) Vivono l'inferno prima di sbarcare in Italia. Secondo le nostre statistiche subiscono in media dai 4 agli 8 stupri durante il viaggio, di cui 2 di gruppo. E restano incinta contro la loro volontà e per lunghissimi periodi rimangono nei centri di prima accoglienza". Di conseguenza, gli aborti, il più delle volte, sono compiuti solo con farmaci e lontano dagli ospedali. L'appello di monsignor Perego: "quello che invece dovrebbe fare il governo è concedere immediatamente il permesso di protezione sociale per le donne incinte, non importa se d'un mese appena o di quattro o di sei. È una condizione di fragilità estrema e di bisogno di cui dobbiamo farci carico subito e che non può aspettare".

[385] LA CIVILTÀ CATTOLICA, Quaderno 3050 del 21 febbraio 1981, pg. 2.

convivenza, al di là della fede professata"[386].

Molti italiani, il 17 maggio 1981, affermarono: "L'aborto è un fatto di coscienza: io non lo farei mai, ma devo rispettare la libertà altrui".

Dichiarazione viziosa, poiché l'aborto non riguarda unicamente la libertà della donna ma il diritto alla vita di un altro essere umano di cui siamo responsabili, essendo ogni uomo "il guardiano di suo fratello, perché Dio affida l'uomo all'uomo"[387]. Di conseguenza, la vita di un innocente, supera la questione "privata" assumendo un'ampia "dimensione sociale".

Inoltre, per la mentalità comune, è legittimo che la Chiesa condanni l'aborto ma lo "Stato laico" ha l'obbligo di legalizzarlo. L'errore del ragionamento riguarda il fatto che l'aborto non è unicamente un peccato, ma un atto omicida, perciò contrastante con il "bene comune". E nessuna società civile può legalizzare "l'omicidio di Stato". L'articolo 2 della Costituzione Italiana, dichiara: "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali…". Ciò significa che lo Stato deve intervenire per evitare abusi sulle persone che vivono particolari situazioni di vulnerabilità e di fragilità; dunque le più bisognevoli di tutela giuridica.

Una donna che intende abortire quali procedure deve seguire? Un iter "veloce", quasi banale. Si rivolge ai consultori familiari pubblici, o alle aziende sanitarie, oppure a un medico di fiducia. E' sottoposta a una rapida visita ginecologica, e "dovrebbe" essere informata delle alternative per "superare le cause che inducono all'interruzione della gravidanza" come evidenziato dal titolo della legge: "Norme per la tutela sociale della maternità…". Utilizziamo il verbo al condizionale (dovrebbe) poiché spesso ciò non avviene. Solitamente, il medico, gli consegna unicamente il documento che l'autorizza ad effettuare, dopo sette giorni, l'intervento chirurgico. La gravida firma inoltre alcuni documenti di consenso informato, spesso privi di informazioni sugli eventi avversi e sulle possibili complicanze, ed è "pronta" per la "gratuita" interruzione della gravidanza.

Non è così ad esempio in Spagna e in Inghilterra, dove la quasi totalità degli aborti, avviene in strutture private e a pagamento.

2.3. LA GRAVITA' DELL'ATTO

Sulla gravità etico-morale dell'aborto, il Magistero della Chiesa, si è espresso ripetutamente[388].

L'enciclica Evangelium Vitae riassume le varie condanne: "…dichiaro - afferma san Giovanni Paolo II - che l'aborto diretto, cioè voluto come fine o come mezzo, costituisce sempre un disordine morale grave in quanto uccisione deliberata di un essere innocente. Tale affermazione è fondata sulla legge naturale e sulla Parola di Dio scritta e trasmessa dalla dottrina della Chiesa ed insegnata dal Magistero ordinario ed universale. Nessuna circostanza, nessuna finalità, nessuna legge al mondo potrà mai rendere lecito un atto che è intrinsecamente illecito, perché

[386] BENEDETTO XVI, *Udienza al Movimento per la Vita*, 12 maggio 2008.
[387] *Evangelium vitae*, op. cit., n. 19.
[388] Cfr.: CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'aborto procurato,* 1974; CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Il rispetto della vita umana nascente e la dignità della procreazione* 1987, CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Chiarificazione della Congregazione sull'aborto procurato*, 2009.

contrario alla legge di Dio, scritta nel cuore di ogni uomo, riconoscibile dalla ragione stessa e proclamata dalla Chiesa"[389].

La gravità della legalizzava dell'aborto, fu ribadita anche da un editoriale di "La Civiltà Cattolica" pubblicato il 20 maggio 1978, due giorni dopo l'approvazione del Decreto Legislativo da parte del Senato, confrontando questo provvedimento con la tragica uccisione di Aldo Moro e della sua scorta. "Certo, la terribile e sconvolgente vicenda dell'on. Moro e della spietata uccisione della sua scorta hanno attirato l'attenzione di tutti in maniera così forte che gli altri problemi sono passati in secondo piano; ma se si riflette più profondamente si rileva che quanto avviene al Senato in questi giorni con l'approvazione definitiva della legalizzazione dell'aborto è più grave, sotto il profilo generale e per quanto riguarda il futuro non solo immediato, ma anche lontano del nostro paese, di quanto avvenne il 16 marzo in via Fani. Qui fu commesso un delitto orrendo, ma non fu intaccato il principio del diritto alla vita e alla libertà. Invece, con l'approvazione della legge sull'aborto, per la prima volta nella storia del nostro Paese viene intaccato il principio del diritto alla vita, cioè il principio fondamentale sul quale si regge non solo la vita sociale, ma anche l'ordinamento giuridico italiano"[390].

Rileviamo, infine, che la condanna dell'aborto non fu un'opinione unicamente "cattolica". Vari laici si affiancarono negli anni 80' del XX secolo alla Chiesa Cattolica nella comune battaglia a favore della vita. Affermò U. Bobbio filosofo, giurista e senatore a vita: "Vorrei chiedere quale sorpresa ci può essere nel fatto che un laico consideri come valido in senso assoluto, come un imperativo categorico, il 'non uccidere'. E mi stupisco a mia volta che i laici lascino ai credenti il privilegio e l'onore di affermare che non si deve uccidere"[391]. E, su questo argomento, papa Francesco, è ritornato più volte. Ad esempio, a un giornalista ha dichiarato: "Il problema dell'aborto non è un problema *religioso*: noi non siamo contro l'aborto per la religione. No. E' un problema *umano*, e va studiato dall'antropologia. Studiare l'aborto incominciando dal fatto religioso, è scavalcare il pensiero. Il problema dell'aborto va studiato dall'antropologia. E sempre c'è la questione antropologica sull'eticità di far fuori un essere vivente per risolvere un problema. Ma questa già è la discussione. Soltanto voglio sottolineare questo: io non permetto mai che si incominci a discutere il problema dell'aborto dal fatto religioso. No. E' un problema antropologico, è un problema umano"[392].

2.4. L'ATTEGGIAMENTO DI CHI PROTEGGE E DIFENDE LA VITA

Il Vangelo non fornisce insegnamenti specifici ma evidenzia le basi fondamentali e imprescindibili per chi "protegge la vita": la dignità e la sacralità della persona, la difesa dell'innocente, il comandamento dell'amore. Il Signore Gesù, inoltre, mostrò un'immensa predilezione per i piccoli, affermando che a loro dobbiamo il

[389] *Evangelium vitae*, op. cit., n.62.
[390] LA CIVILTÀ CATTOLICA, Quaderno 3070 del 20 maggio 1978, pg 313.
[391] CORRIERE DELLA SERA, 8 maggio 1981, pg. 8.
[392] Conferenza Stampa nel viaggio di ritorno dall'Irlanda – 26 agosto 2018.

massimo rispetto. Si scagliò, inoltre, contro chi li avrebbe scandalizzati[393]. Ma, il Cristo, ammonì anche i Maestri della Legge dichiarando che unicamente condannare è insufficiente: "Voi caricate sugli uomini pesi difficili da portare, ma personalmente non li toccate nemmeno con un dito"[394].

Ebbene, quali alternative offrire alla donna intenzionata a sopprimere la vita che porta nel grembo?

E' ingenuo e semplicistico limitarsi ad affermare che "la vita è sacra" e "non va soppressa" poiché potremmo confrontarci con donne che abortiscono "superficialmente"[395], ma anche e prevalentemente con madri, sposate o non, che vivono angosciosi dilemmi, e per loro la gravidanza è motivo d'immensa sofferenza.

Occorre ergersi "paladini della vita" non unicamente a parole ma concretamente, ponendosi a fianco delle madri in difficoltà donandogli amore e coraggio per affrontare la gravidanza.

Il cristianesimo presenta come modello per ogni mamma la Madonna, colei che nel periodo della gravidanza sperimentò difficoltà fisiche, psicologiche e sociali. Il concepimento, annunciato dall'angelo, avvenne in condizioni umanamente enigmatiche: "Non temere, Maria, perché hai trovato grazia presso Dio. Ecco, concepirai un figlio, lo darai alla luce e lo chiamerai Gesù"[396]. Di conseguenza entrarono in crisi i rapporti con Giuseppe, e lo sposo che "era giusto e non volendo ripudiarla, decise allora di licenziarla in segreto"[397]. Dopo il parto avvenuto in condizioni disagiate[398], la Sacra Famiglia fu costretta a fuggire in Egitto[399] per tutelare la vita del bambino Gesù e lì vissero per un periodo da profughi.

Alle future mamme nell'angoscia, poiché a volte quando si è gravide si perde il posto di lavoro (molti datori esigono dalla lavoratrice l'interruzione della gravidanza), non si possiedono i soldi per giungere alla fine del mese e forse neppure un uomo al proprio fianco, dobbiamo consigliare le istituzioni che le sosterranno e le assisteranno, in particolare *il Movimento per la Vita*[400].

Il "Movimento per la Vita Italiano" (MPV) è la Federazione degli oltre seicento movimenti locali presenti su tutto il territorio nazionale e svolgono varie attività di aiuto e di accompagnamento.

- 331 *Centri di Aiuto alla Vita* (CAV) rispondono in modo concreto alle necessità delle donne che vivono una gravidanza difficile o inattesa. Con l'opera di centinaia di volontari, dal 1975 hanno aiutato a nascere circa 150mila bambini. Un autentico dono alla vita e all'Italia che invecchia. E, "nessuna mamma - sostengono - ha mai rimpianto la scelta di far nascere il bambino che aspettava".
- *Progetto Gemma* che offre ad una futura mamma un sostegno economico che le

[393] Cfr. VANGELO DI MATTEO, 18,6-7.
[394] Cfr. VANGELO DI LUCA, 14,46.
[395] Dalla relazione al Parlamento sulla legge 194 del Ministro della Salute. Nel 2016 si evidenzia: 19-20% di donne che abortiscono per la seconda volta, 5-6% abortiscono per la terza volta, 2-3% abortiscono per la quarta volta, 1-2% abortiscono per la quinta volta.
[396] VANGELO DI LUCA, 1,30.
[397] VANGELO DI MATTEO, 1,19.
[398] Cfr. VANGELO DI LUCA, 2,6-7.
[399] Cfr. VANGELO DI MATTEO, 2,13-23.
[400] Cfr. *www.mpv.org*

può consentire di portare a termine con serenità il periodo di gestazione, accompagnandola poi nel primo anno di vita del bambino.
- *Culle per la vita,* cioè la moderna riedizione delle "Ruote degli esposti", presenti in vari luoghi del nostro Paese, rappresentano un'alternativa per tutte quelle donne che non vogliono o non possono recarsi in ospedale a partorire.
- *Sos Vita* è un servizio telefonico per comprendere e sostenere donne e coppie che si trovano ad affrontare una gravidanza difficile da accogliere e difficile da vivere[401].
Altra alternativa all'aborto è la possibilità di partorire in ospedale "anonimamente" e abbandonare il neonato alla struttura sanitaria che provvederà alla cura[402].
Noi, possiamo contribuire, offrendo del tempo come volontari, oppure economicamente.

Di fronte a "prassi sbrigative" di Consultori e Aziende socio-sanitarie, dobbiamo anche "vigilare" ed "esigere" che gli aspetti definiti "positivi" della legge 194, cioè i "filtri" previsti, ma poco attuati come ammesso anche dalla Relazione 2017 del Ministro della Salute, siano rispettati e ampliati. Frequentemente i "consultori" costituiti come luoghi di accoglienza, di sostegno e di dissuasione, si sono mutati per la carenza di risorse e per la presenza di molti operatori non obiettori, in "fabbriche dell'aborto". Eppure, l'articolo 5 della legge, non lascia spazio ad interpretazioni ambigue o ideologiche.
"Il consultorio e la struttura socio-sanitaria, oltre a dover garantire i necessari accertamenti medici, hanno il compito in ogni caso, e specialmente quando la richiesta di interruzione della gravidanza sia motivata dall'incidenza delle condizioni economiche, o sociali, o familiari sulla salute della gestante, *di esaminare* con la donna e con il padre del concepito, ove la donna lo consenta, nel rispetto della dignità e della riservatezza della donna e della persona indicata come padre del concepito:
-le possibili soluzioni dei problemi proposti,
-di aiutarla a rimuovere le cause che la porterebbero alla interruzione della gravidanza,
-di metterla in grado di far valere i suoi diritti di lavoratrice e di madre,
-di promuovere ogni opportuno intervento atto a sostenere la donna, offrendole tutti gli aiuti necessari sia durante la gravidanza sia dopo il parto".
Dunque, un lavoro d'équipe, per scongiurare l'aborto.
La "vigilanza" va attuata anche nei riguardi degli "aborti tardivi" come previsto dall'articolo 7 della 194. "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". Solitamente ciò avviene dopo la ventiduesima settimana.

2.5.ALLE DONNE CHE HANNO ABORTITO

L'aborto, implica alla donna, inestimabili sofferenze e incommensurabili devastazioni psicologiche avendo reciso un legame profondo e ancestrale, oltre

[401] *www.sosvita.it, 800813000*
[402] Cfr. Legge 198/1983, art. 28, comma 7; D.P.R. 3 novembre 2000, art. 30, comma 1; Codice della Privacy 2003.

che una relazione intensissima tra madre e figlio instaurata fin dal concepimento. Avviene quanto accade di fronte alla morte di una "persona cara". Si spalanca una ferita profonda e permanente che raggiunge l'apice di fronte alla morte di un figlio sia piccolo sia adulto. "E' come se il tempo si fermasse e si apre una voragine che inghiottisce il passato e anche il futuro"[403]. Per questo, un notevolissimo numero di donne, si chiedono insistentemente e disperatamente: "*dov'è il mio bambino*?". E, ovviamente, sono insufficienti le banali affermazioni: "non pensarci più", o "dimentica", oppure "la vita continua".
E' la cosiddetta "Sindrome Post-Abortiva" che "ferisce" circa il 60% delle donne che hanno interrotto la gravidanza. Può manifestarsi immediatamente dopo l'aborto oppure presentarsi a distanza di mesi o di anni. E, tanti, hanno ancora il coraggio di affermare che una finalità dell'IVG è la salvaguardia della "salute mentale" della donna.

Di fronte a queste tragedie personali, San Giovanni Paolo II, si rivolse alle donne che hanno abortito paternamente e amorevolmente. "Un pensiero speciale vorrei riservare a voi, donne che avete fatto ricorso all'aborto. La Chiesa sa quanti condizionamenti possono aver influito sulla vostra decisione, e non dubita che, in molti casi, si è trattata di una decisione sofferta, forse drammatica. Probabilmente la ferita nel vostro animo non si è ancora rimarginata. In realtà, quanto è avvenuto è stato e rimane profondamente ingiusto. Non lasciatevi prendere però dallo scoraggiamento e non abbandonate la speranza. (…) Se ancora non l'avete fatto, apritevi con umiltà e fiducia al pentimento. Il Padre di ogni misericordia vi aspetta per offrirvi il suo perdono e la sua pace nel sacramento della riconciliazione. Vi accorgerete che nulla è perduto e potrete chiedere perdono anche al vostro bambino, che ora vive nel Signore*".* E concluse: "Aiutate dal consiglio e dalla vicinanza di persone amiche e competenti, potrete essere con la vostra sofferta testimonianza tra i più eloquenti difensori del diritto di tutti alla vita"[404]*.* Papa Benedetto XVI, evidenziò che il disagio più profondo è procurato alla donna dalla "voce della coscienza" che la società post-moderna vuole tacitare, ma drammaticamente risuona nel suo cuore, ricordandogli di aver negato a suo figlio il diritto alla vita. "La tematica della sindrome post-abortiva, vale a dire il grave disagio psichico sperimentato frequentemente dalle donne che hanno fatto ricorso all'aborto volontario, rivela la voce insopprimibile della coscienza morale, e la ferita gravissima che essa subisce ogni qualvolta l'azione umana tradisce l'innata vocazione al bene dell'essere umano, che essa testimonia*"*[405]*.*

LA SINDROME DA STRESS POST-ABORTO

La dott.ssa C. Baccaglino, psicoterapeuta, ha equiparato l'IVG a una "mina" che dopo essere stata innescata è gettata nell'oceano[406].

[403] PAPA FRANCESCO, *Udienza Generale del 24 giugno 2015* sulle ferite che colpiscono la famiglia.
[404] *Evangelium vitae,* op. cit., n. 99.
[405] BENEDETTO XVI, *Ai partecipanti all'Assemblea Plenaria della Pontificia Accademia per la Vita,* 26 febbraio 2011.
[406] "Questa mina - afferma Baccaglino - può rimanere inattiva per svariati anni oppure esplodere dopo brevissimo tempo, può ovviamente anche non esplodere. Però una 'piccola' mina può affondare anche una grossa nave! Uscendo dall'esemplificazione, la 'mina' cioè l'aborto, vaga nel 'mare' che è l'inconscio, l'ostacolo su cui può detonare è la percezione dell'interruzione stessa. Infatti, la donna può rimuovere, può

La dott.ssa B. Foa, psicologa clinica e counselor, nel testo "Dare un nome al dolore. Elaborazione del lutto per l'aborto del figlio"[407], propone un percorso terapeutico scientifico per affrontare una sofferenza "ancora troppo taciuta"[408].

Anche a Simona Ventura, conduttrice televisiva e showgirl che abortì in giovane età, la ferità "rimase aperta" per decenni[409].

Da ultimo, non possiamo scordare i riscontri scientifici presenti in numerosi studi internazionali che testimoniano che la sindrome post-abortiva non solo procura profonde depressioni ma anche pensieri suicidi[410].

---

anche negare, mediante meccanismi di difesa, quanto è accaduto, però può anche recuperare la percezione cosciente dell'interruzione avvenuta, evidenziando il bisogno di elaborazione del lutto" (IL TIMONE, 8/2009, pg. 27).

[407] Ed. Effatà, Cantalupa (To) 2014.

[408] Alla domanda: "Come si manifesta lo stress post aborto?", così risponde la dott.ssa Foa. "Per quello che ho potuto constatare, la donna dopo l'intervento abortivo non rimane più la stessa. Necessariamente si deve incassare un colpo enorme: un trauma. Il trauma è tale che si vive una sorta di schizofrenia tra due diverse rappresentazioni del sé: l'immagine che si aveva della propria persona prima dell'evento aborto, e l'immagine nuova di sé, che non corrisponde più a quella precedente all'aborto, e che è, di fatto, quella reale. La donna, dopo aver compiuto una scelta decisiva, pensa, erroneamente, di poter andare avanti come se l'evento aborto non fosse mai accaduto. Ma la coscienza, prima messa a tacere, si rifà viva. Infatti è proprio la morte del figlio che rende la donna consapevole del fatto che in precedenza il bambino era vivo; e che era un bambino, non un girino".

"Tutte le madri che vengono a cercare aiuto per elaborare il lutto - prosegue la psicologa clinica - soffrono di quella che è stata individuata come la sindrome da stress post aborto (PSA). Questa sindrome è caratterizzata dalla presenza di numerosi sintomi e può essere classificata tra i disturbi post traumatici da stress (PTSD), dove lo stress è evidentemente determinato dall'avvenuta interruzione di gravidanza. Il trauma è una situazione di impotenza, è una circostanza in cui la violenza d'impatto dell'evento esterno è tale da causare una lacerazione di quella barriera protettiva che di norma respinge efficacemente gli stimoli dannosi. Questo porta ad una scissione psichica, depressione, ansia, pianto continuo, incapacità a concentrarsi, umore irritabile, pensieri negativi, abuso di sostanze (sonniferi, ansiolitici, antidepressivi, droghe, alcol)" (*Dare un nome al dolore. Elaborazione del lutto per l'aborto del figlio*, op. cit., pg. 83).

Il vissuto di Annie, una delle protagoniste del libro, chiarisce questo aspetto: "Mi sembra di vivere due vite parallele, una normale, in cui vado andavo a lavorare, accudivo la casa, curavo marito e figli, e l'altra piena d'orrore, di sensazioni di vuoto che cercava di staccare dal resto della mia vita. Ma entrambe queste vite erano inquinate dal malessere di aver perso un figlio per colpa mia. Il male che avevo dentro era diventato anche male fisico" (*Dare un nome al dolore. Elaborazione del lutto per l'aborto del figlio*, op. cit., pg. 86).

[409] "Ho avuto il primo rapporto sessuale a 19 anni e sono rimasta incinta e ho abortito. Feci quel gesto ed è rimasta una ferita sempre aperta. Lui (il mio compagno) era un amore, ma non l'ha mai saputo, non gliel'ho mai detto. Perché? Perché era una scelta mia e non era un suo diritto saperlo. Ma quella decisione mi ha procurato delle conseguenze psicologiche per anni ed è stato molto difficile superarle" (IL MESSAGGERO.IT, 26 giugno 2018).

[410] Riportiamo alcuni studi rimandando per maggiori approfondimenti al sito internet: *https://www.uccronline.it/2010/04/22/studi-scientifici-dimostrano-lesistenza-della-sindrome-post-aborto-pas/*

La ricerca dell'Elliot Institute for Social Sciences Research di Springfiel (Illinois - USA), giunse alle seguenti conclusioni.

-Il 90% delle donne che hanno abortito soffre danni psichici nella stima di sé;
-il 50% incomincia o aumenta il consumo di bevande alcooliche e/o quello di droghe;
-il 60% è soggetta ad idee di suicidio spesso legate a date speciali: anniversario dell'aborto, data presunta del parto…;
-il 28% ammette di aver tentato di suicidarsi;
-il 52% ha rancore o avverte sentimenti di odio nei confronti di chi gli ha "consigliato l'aborto".

L'equipe Suicide anonymous di *Cincinnati* (*Ohio - USA*), coordinata da M. Uchmann, si occupò per due anni e mezzo di oltre 4.000 tentativi di suicidi di donne; oltre la metà erano reduci dall'aborto.

Lo studio STAKE, condotto per quattordici anni in Finlandia, arruolando tutte le donne che avevano interrotto la gravidanza, mostrò in queste una mortalità tripla e un tasso di suicidiarietà sette volte superiore alle partorienti.

Lo studio della dott.ssa Priscilla Coleman della Bowling Green State University. Intervista online a 987

ASCOLTO E PERDONO

Questa “fragilità” della donna richiede la nostra fraterna e comprensiva vicinanza come pure l’indicare luoghi per “sanare le ferite”.

Un ambiente affinché le donne “ritrovino serenità” è “La Vigna di Rachele”[411], un'istituzione presente in 40 Paesi. In Italia ha sede a Bologna e propone un itinerario psico-spirituale. Afferma la coordinatrice e formatrice Monika Rodman Montanaro affiancata dal direttore spirituale padre Frank Pavone che nel 2013, ricevuto da papa Francesco, ebbe il suo incoraggiamento e la sua approvazione. “L'aborto è un'esperienza traumatica ma il mondo cattolico spesso tratta questo tema solo come un peccato che richiedere il perdono sacramentale. In questo modo però si rischia di non riuscire a ricevere totalmente la Grazia di Dio perché alla base c'è anche un trauma. E qui subentra l'aspetto psicologico”. “La Vigna di Rachele” è dunque “un modello psico-spirituale per lenire le ferite che derivano dall'esperienza dell'aborto. Il programma offre l’opportunità di esaminare l'esperienza dell’aborto, identificare il modo in cui la perdita ha toccato la donna nel passato e nel presente, e aiutare a rendersi conto di ogni conflitto irrisolto con cui molti individui combattono dopo l'aborto”.

Il percorso è composto da un ritiro spirituale di tre giorni che include la presenza continua di sacerdote e psicologa. “Ascolto” e “accoglienza” sono due parole chiavi dell’itinerario. “La Vigna” propone una varietà di esercizi che consentono all'anima di esprimere il lutto e il dolore. “Questi aiutano a mettere in comunicazione i partecipanti con la propria voce interiore, tra di loro, e con l'amore e la compassione di Dio**.** Gli esercizi del ritiro aiutano i partecipanti ad accettare il perdono per se stessi e gli altri”[412]/[413].

---

donne che hanno chiesto cure post-aborto.

*I°domanda: “Aspetti positivi dell’esperienza dell’aborto”.

Tutte le donne hanno riferito di non aver avuto alcun beneficio personale dall’esperienza ma solo un “dolore straziante” che ha fatto sorgere in molte il desiderio di aiutare altre donne dedicandosi al volontariato nei gruppi pro-vita. Altre hanno affermato che il trauma dell’aborto le ha indotte ad approfondire l’aspetto spirituale della loro vita. “L’unica cosa positiva che mi ha portato l’aborto è che alla fine mi ha messo in ginocchio davanti a Dio”, è stata la risposta di più donne.

*II°domanda: “Aspetti negativi dell’esperienza dell’aborto”.

La maggioranza delle donne hanno descritto una complessa costellazione di conseguenze negative centrate sulla vita persa. Ne è conseguito: depressione, senso di colpa, odio verso se stesse, dipendenze, comportamenti autodistruttivi, ansia e pensieri suicidari. Il 67,5% si sono rivolte a psicologi o psichiatri; il 51% hanno utilizzato farmaci per la loro salute psicologica. 49 donne hanno espresso la mancanza di desiderio di continuare a vivere.

*III°domanda: “Perché avete abortito?”.

Per libera scelta: 13,3%

Per soddisfare la richiesta del partner o per paura di perderlo: 58,3%

A seguito di pressioni: 28,4%

[411] *www.vignadirachele.org*

[412] ALETEIA, 16 settembre 2015.

[413] Più significativa di mille parole è la testimonianza di Tina.

“Ero una donna di 29 anni cresciuta con valori cristiani, ma... come si dice ‘cattolica ma non praticante’. Avevo un matrimonio alle spalle che ritenevo noioso ed un figlio che era la gioia della mia vita. Molto in carriera, molto capace nel lavoro, sempre elegante ed affascinante per il modo esterno, ricca... di buona famiglia... Vivevo in un piccolo centro ed abbastanza in vista… ma senza Gesù. Ho conosciuto un uomo al di fuori del matrimonio, più grande di me, medico estetista che ha portato a mille la mia vanità. Sono letteralmente impazzita, facevo cose da pazzi pur di vederlo e stare con lui, mi meravigliavo di me stessa per quanto ero capace di fare il tutto bene e di nascosto. Ho iniziato un gioco pericoloso che è sfociato in una gravidanza. Ero nel panico, sentivo questo piccolo frutto dentro di me di un falso amore. Parlai con lui, non

RISCHI FISICI

La legge 194 menziona ripetutamente il "diritto delle donne ad abortire" ma non accenna al "diritto all'informazione", e di conseguenza al conoscere che l'IVG potrebbe provocare degli eventi aversi seri: da emorragie a gravi infezioni, dall'infertilità permanente a eventuali parti prematuri.

L'argomento che per i "pro-choice" è una fandonia dei "pro-life", è trattato nel testo della dott.ssa Lorenza Perfori "Per la salute delle donne"[414], che riporta gli "alti rischi" supportati da un'ampia documentazione scientifica[415].

---

mi credeva... Pensai lo tengo, sarà il fratello del mio bambino e crescerà con lui e terrò il segreto… Ma un'amica mi disse: 'Cosa fai, come crescerà, come potrai nascondere il padre, come potrai tenere il segreto, come sarà se lo dici (vivo in un piccolo centro), la tua vita sarà stroncata… come sarai vista dalla società… che ne sarà della tua carriera appena iniziata… come potrai dire questo a tuo figlio? Sai, loro (i cattolici) dicono che appena concepito è già vita, ma non è vero niente, è solo un pezzo di niente, una cosa deforme che fino al terzo mese non ha vita né significato come essere vivente, non è niente. Vieni qua, ti organizzo tutto io, amica mia, anche gratis!'. Sono nel pallone… come un automa vado… lo faccio... ! Mi trovo in una stanza con altre donne, mi vergogno da morire... pero finisce presto... mi addormentano, il medico si chiama Nicola come mio figlio. Mi sveglio e sono tanto coccolata dall'amica e dal padre del mio bambino appena perso. Senza accorgermene la mia vita diventa una valanga di divisioni e dolori: divorzio, solitudine, inseguimento di debiti, fuga dal piccolo paese, solitudine… tanta solitudine. Alla sfrenata ricerca di amore, di falso amore fino all'accettazione di tutto pur di non stare sola.

Il mio caro figlio, lo porto con me, fa parte della mia solitudine, vivo per lui. Dio mi vuole bene, mi prende per i capelli, mi mette davanti un percorso di vita nuova, un marito, l'annullamento, un'altra figlia, un altro figlio acquisito, la mia vita si riempie di amore… ma resta costante un senso di vuoto che mi accompagna, di poca autostima che mi fa accettare tanti compromessi di vita pur di avere amore. Non penso mai al mio gesto…, lo nascondo a me stessa…, non potevo fare altrimenti... è passato! Non influenza la mia vita! Negli anni le mie sorelle e i miei fratelli mi confessano tutti di aver avuto un aborto… non ho il coraggio di dire anche io! Ma Dio ha sempre più misericordia di me, mi prende per mano e mi porta a fare dei percorsi per conoscerlo sempre di più, un crescendo verso di lui tramite la Madonna, tramite tante persone che mi parlano di Lui… Un sacerdote mette un avviso in chiesa: 'Ritiro della Vigna di Rachele"… mi fermo, lo leggo. Ho vergogna di parlarne ma esce tutto il mio dolore accumulato per 23 anni, esce la parte di me morta con quel terribile gesto. La mia maternità mancata ed amputata. Faccio il ritiro, finalmente chiedo il perdono… Il mio cuore straziato finalmente può urlare, ha diritto ad urlare il dolore di non aver potuto difendere la vita, di non aver potuto difendere il mio amore di madre. Finalmente capisco quanto il mio gesto ha determinato le scelte della mia vita portandomi quasi sul baratro del cinismo. Ma con Gesù ed il percorso fatto alla 'Vigna di Rachele', rinasce in me la speranza, rinasce in me il diritto di conoscere e ricevere ed essere degna dell'amore di Gesù, posso finalmente curare le ferite e vederle rimarginate. Posso amare i miei figli senza sensi di colpa. Posso amare il mio Michele sapendo che è li e prega per me, mi segue come un angelo e so che un giorno lo riabbraccerò nella luce del Signore. Ed ho la voglia di gridare al mondo: 'non fatelo' chiedete aiuto, cercate aiuto... non seguite satana... perché con questi innocenti morite anche voi e non c'è nulla di più orribile che morire restando in vita, nelle mani del maligno!" *(www.vignadirachele.org).*

[414] Edizioni ProVita.

[415] Intervista alla dott.ssa Lorenza Perfori.

Da dove nasce l'esigenza di realizzare questa sorta di vademecum per le donne sui danni dell'aborto?

"Dal fatto che questo tipo di informazione non c'è. Quando una donna si reca presso le strutture sanitarie per chiedere di abortire, non le viene detto nulla sulle ripercussioni che questa pratica può provocarle. Non se ne parla in ambito sanitario, ma nemmeno a livello politico: c'è un velo ideologico su questo tema. Per sopperire a una mancanza, dunque, ho realizzato questo opuscolo in cui riepilogo tutte le conseguenze a cui la donna può andare incontro quando si sottopone all'aborto volontario".

Quali sono queste conseguenze?

"Ce ne sono alcune che danneggiano la salute fisica ed altre la salute psichica. Conseguenze che gravano sul fisico sono comuni a entrambe le procedure abortive, quella medica (con la pillola) e quella chirurgica, ossia emorragia e infezioni. Ci sono poi complicazioni legate esclusivamente all'aborto chirurgico: danno cervicale, perforazione uterina, complicazioni legate all'anestesia. Ed altre conseguenti solo all'aborto medico: dolore forte e prolungato, che dura diversi giorni dopo l'assunzione della pillola, flusso emorragico abbondante, maggiore sia in quantità che in durata rispetto a quello provocato dall'aborto chirurgico, nonché la sepsi".

Da ultimo rammentiamo che delle IVG ebbero e hanno come epilogo la morte della donna; evento accennato anche nella Relazione del Ministro della Salute[416].

Secondo i dati dell'OMS le morti conseguenti all'aborto sono il 7,9% sul totale della mortalità materna, cioè 193mila decessi annuali. Ma i numeri appaiono sottostimati. Per la rivista scientifica settimanale "The Lancet" (ottobre 2017) i decessi sarebbero il 14,9% della mortalità materna.

LA SOFFERENZA DELL'UOMO

L'aborto "colpisce psicologicamente" anche l'uomo con reazioni negative simili a quelle riscontrate nella donna, anche se gli uomini sono più propensi a negare il loro dolore o a interiorizzare i loro sentimenti di perdita. "Gli uomini di solito soffrono in silenzio dopo un aborto. Per questo motivo, le loro richieste di aiuto spesso passano inosservate e non sono riconosciute da coloro che li circondano"[417]. Si stima che 4 uomini su 10 sono colpiti da sintomatologie varie: depressione, sensi di colpa, ansia, aggressività, autoisolamento, disturbi sessuali. Il fenomeno, velato in Italia, è molto considerato all'estero[418].

Perché l'uomo? "Per il maschio contribuire al concepimento di un figlio significa vivere il nucleo centrale della virilità, dell'essere davvero uomo… L'aborto vanifica questa esperienza interrompendo, spesso in modo definitivo, il passaggio alla maturità"[419].

Infine, l'aborto, può instaurare sfiducia e diffidenza anche nel rapporto madre-figli. Inconsciamente, potrebbero frapporre delle barriere verso colei che ha rinnegato la vita a un loro fratello.

2.6.PENA CANONICA

Chi procura l'aborto incorre nella "scomunica latae sententiae", cioè automaticamente, e rappresenta la pena maggiore prevista dalla legge della Chiesa[420].

Fino all'apertura dell' "Anno Santo della Misericordia" (8 dicembre 2015) la scomunica era revocata unicamente dal vescovo o dai suoi delegati, dopo che la donna aveva manifestato un sincero pentimento e assunto il proposito, per quanto possibile, di fare ammenda della colpa. Al termine del Giubileo Straordinario (20 novembre 2016), papa Francesco, conferì a tutti i sacerdoti la facoltà di assolvere le donne che hanno abortito. Ecco le motivazioni del Pontefice: "Affinché nessun ostacolo s'interponga tra la richiesta di riconciliazione

---

Secondo lei perché non si parla di questi temi?
"Perché parlarne metterebbe in discussione la pratica dell'aborto e la legge 194, la quale è stata approvata con l'obiettivo dichiarato di curare la salute psichica della donna che si trova ad avere una gravidanza indesiderata. Se invece venissero mostrati a quella stessa donna i rischi sulla sua salute che l'aborto comporta, cadrebbe il castello ideologico su cui è stata costruita la 194" (*https://lorenzaperfori.weebly.com/i-miei-articoli/aborto-le-conseguenze-di-cui-nessuno-parla*).

[416]"Si ricorda che purtroppo l'interruzione volontaria di gravidanza, come tutti gli interventi sanitari e il parto, non è esente da rischio di complicanze fino al possibile decesso".

[417] V. RUE, *The effects of abortion on men*, ETHICS & MEDICS, 21 (4) 1996, pg. 3.

[418] Per approfondimenti: A. VANNI, *Lui e l'aborto. Viaggio nel cuore maschile*, San Paolo, Milano 2013; *www.menandabortion.info*

[419] A. VANNI, *Lui e l'aborto*, VITA PASTORALE , n. 7, luglio 2013, pg. 54.

[420] CODICE DI DIRITTO CANONICO, can. 1398.

e il perdono di Dio: concedo d'ora innanzi a tutti i sacerdoti, in forza del loro ministero, la facoltà di assolvere quanti hanno procurato peccato di aborto"[421]. Il Papa, dopo aver affermato che "l'aborto è un grave peccato, perché pone fine a una vita innocente"[422], dichiara: "con altrettanta forza, tuttavia, posso e devo affermare che non esiste alcun peccato che la misericordia di Dio non possa raggiungere e distruggere quando trova un cuore pentito che chiede di riconciliarsi con il Padre. Ogni sacerdote, pertanto, si faccia guida, sostegno e conforto nell'accompagnare i penitenti in questo cammino di speciale riconciliazione"[423].

Sono coinvolti nella scomunica, oltre la donna, anche "coloro che con comune deliberazione criminosa concorrono al delitto"[424], cioè gli operatori sanitari.

Il cardinale D. Tettamanzi motiva le ragioni della grave pena canonica. "Chi nel Battesimo e nella fede è stato introdotto nel mistero della Chiesa, sa che questa col ricorso alla scomunica prende dolorosamente atto che un suo fedele, per la gravità del peccato commesso, si è autoescluso dalla piena comunione con lei e lo aiuta sulla via del pentimento e del ritorno a Dio e alla comunità dei fratelli. Per questo, il significato autentico della scomunica, può essere compreso solo alla luce della dimensione ecclesiale del peccato del cristiano: questi è membro del Corpo di Cristo e con il suo peccato non solo offende Dio Padre, ma anche insieme 'ferisce' la Chiesa santa di Dio, come scrive il Concilio Vaticano II (cfr. Lumen gentium 11). E con l'aborto da parte del cristiano siamo di fronte ad una ferita ecclesiale non certo secondaria. Senza dire che il cristiano che è colpevole d'aborto contraddice gravemente un aspetto fondamentale e irrinunciabile della missione della Chiesa, quello di porsi al servizio della vita nascente"[425].

2.7.OBIEZIONE DI COSCIENZA: UN "DIRITTO" CHE SI VORREBBE NEGARE

"Non darò mai ad una donna un rimedio abortivo".

La frase, tratta dal Giuramento di Ippocrate, è in lampante contraddizione con la Legge 194 poiché stravolge la finalità della professione sanitaria.

Di fronte al "dramma di coscienza" della maggioranza degli operatori sanitari, la normativa autorizza all'articolo 9 "l'obiezione di coscienza", esentando tutti gli operatori sanitari non solo dall'intervento chirurgico ma anche dalle procedure di certificazione e d'autorizzazione che portano all'aborto previsti dagli artt. 5 e 7[426].

"L' obiezione": per chi ama la vita, per chi svolge la professione sanitaria come servizio alla vita, per chi rispetta la sacralità della vita è "un obbligo", anche se oggi, questo "diritto" riconosciuto a livello internazionale e nazionale è continuamente "sotto attacco" come dimostrano alcuni inquietanti episodi.

Nel giugno 2014, la Giunta Regionale del Lazio guidata da N. Zingaretti, impose a

[421] PAPA FRANCESCO, Lettera Apostolica *Misericordia et misera* (2016), n. 43
[422] *Misericordia et misera*, op. cit., n. 43
[423] *Misericordia et misera*, op. cit., n. 43
[424] CODICE DI DIRITTO CANONICO, can. 1329, par. 1.
[425] *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., pp. 293-294.
[426] "Il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie non è tenuto a prendere parte alle procedure di cui agli articoli 5 e 7 ed agli interventi per l'interruzione della gravidanza quando sollevi obiezione di coscienza. (…) L'obiezione di coscienza esonera il personale sanitario ed esercente le attività ausiliarie dal compimento delle procedure e delle attività specificamente e necessariamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza, e non dall'assistenza antecedente e conseguente all'intervento" (*Legge 194/78, articolo 9*).

“tutti i medici” di partecipare “all’iter abortistico”, cioè alle procedure e alle attività specificamente dirette a determinare l'interruzione della gravidanza. Decisione confermata dal TAR del Lazio nell’ottobre 2014.
Nel luglio dello stesso anno, medesimo provvedimento fu adottato, non si comprese secondo quali competenze, dalla Giunta Comunale di Torino guidata da P. Fassino. Ma, il Piemonte, non si accontenta ed ecco il 3 luglio 2018 una Delibera del Consiglio Regionale (Presidente S. Chiamparino) dal titolo: “Indirizzi e criteri per garantire l'effettivo accesso alle procedure per l'interruzione della gravidanza”. Alcuni passaggi in contraddizione con l’articolo 9 della legge 194. “Nel caso in cui permanessero zone con una concentrazione di obiettori di coscienza superiore al 50 per cento, le ASL e le ASO possono bandire concorsi riservati a medici specialisti che pratichino IVG”. “Tutte le prestazioni e le attività erogate nei consultori familiari non possono essere soggette a obiezione di coscienza, come da articolo 9 della legge 194/1978”. Non è chiaro a cosa si riferisce poiché la legge afferma esattamente il contrario.
E come scordare “il colpaccio” dello Zingaretti, poi fallito per numerose proteste, riguardante un concorso indetto dall’ospedale San Camillo di Roma nel febbraio 2017 riservato unicamente “a due medici ginecologi non-obiettori”.
Infine, nel luglio 2018, il Tribunale di Genova condannò il ginecologo del policlinico san Martino, Salvatore Felis, a nove mesi di carcere e altrettanti d’interdizione dai pubblici uffici poiché si rifiutò, essendo obiettore, di eseguire un’ecografia a una donna che si era sottoposta ad aborto farmacologico. Da notare che immediatamente dopo la denuncia dalla donna che aveva abortito senza conseguenze, la direzione dell’ospedale avviò un’inchiesta interna per verificare la correttezza del comportamento del dottor Felis, determinando l’ “irreprensibilità dell’atteggiamento del medico” e attribuendo il disagio dell’ecografia a problemi organizzativi interni.

Ma, il diritto all’obiezione di coscienza degli operatori sanitari italiani, fu varie volte contestato anche a livello europeo e internazionale con la finalità di “tirare le orecchie all’Italia”. Nell’ottobre del 2010 alcune lobby abortiste capitanate dall’ “International Planned Parenthood Federation - European Network” (IPPF EN), presentarono un ricorso contro la libertà di coscienza al “Consiglio d’Europa” che però riaffermò chiaramente questo diritto. Sempre l’ IPPF EN nel 2012 depositò un “reclamo collettivo” (87/2012) contro l’Italia presso il “Comitato Europeo dei Diritti Sociali” del Consiglio d’Europa, ma il 30 aprile 2014 l’Organismo, preso atto delle relazioni e delle audizioni italiane, adottò una risoluzione di chiusura del caso. Nel 2013 il sindacato Cgil (Confederazione Generale Italiana del Lavoro) presentò nuovamente un “reclamo collettivo” fallito miseramente nell’ottobre 2015 con l’archiviazione. E, per concludere, il 28 marzo 2017, il richiamo all’Italia dal “Comitato dei Diritti Umani” dell’Onu sulla presunta difficoltà ad abortire nel nostro Paese dovuta alla scarsità di medici non obiettori[427].

[427] Il documento Onu al n. 16 così si espresse: “Il Comitato è preoccupato per le difficoltà segnalate nell’accesso all’aborto legale a causa dell'elevato numero di medici che si rifiutano di effettuare aborti per motivi di coscienza, nonché per la distribuzione degli stessi in tutto il Paese, la cui risultante è un numero significativo di aborti clandestini in corso”. Al numero 17 seguono i consigli: “Lo Stato dovrebbe adottare misure necessarie per garantire il libero e tempestivo accesso ai servizi abortivi legali sul suo territorio prevedendo un sistema di riferimento efficace per le donne che sono in cerca dei servizi abortivi”.

Ma, realmente, in Italia è “problematico abortire” poiché i medici non obiettori sono sottoposti “a superlavoro” a causa dei tanti colleghi obiettori e le donne sono costrette a viaggi anche all’estero o a lunghe attese? I numeri dimostrano “incontrovertibilmente” il contrario.

Abortire in Italia non è per nulla complesso come affermato nella citata Relazione 2017 del Ministro della Salute.

Più precisamente. Se ogni ginecologo non obiettore nel 1983 praticava 3,3 aborti a settimana, nel 2016 a suo carico se ne contavano 1,6 a settimana: sempre troppi, poiché parliamo di vite uccise, ma è falsa la scusante del superlavoro.

Il carico di lavoro, pur non omogeneo in tutte le regioni, è di 0,4 aborti a settimana in Valle D’Aosta, 0,5 in Sardegna, 1,8 in Lombardia, 3,0 in Puglia, 3,1 in Toscana, 3,8 in Lazio, 4,1 in Umbria, 4,7 in Molise, 6,3 nelle Marche, 7,5 in Veneto, 8,5 in Emilia-Romagna, 18,2 in Sicilia.

E, qui, è opportuna una precisazione. A pagina 11 della seconda edizione della “Guida Tecnica e Procedurale per l'Aborto Sicuro” pubblicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità si legge: "In base allo stadio della gravidanza, l'aborto richiede mediamente da 3 a 10 minuti per essere completato"[428]. Sommando venti/trenta minuti per le attività preparatorie e successive, un medico può eseguire circa due aborti all'ora. Un ginecologo lavora 38 ore alla settimana per 44 settimane, cioè 1.672 ore annuali. Nel 1982 ai 1.400 ginecologi non obiettori era corrisposto un carico di 234.593 aborti, pari a 168 aborti all'anno per ciascuno. Nel 2016 con circa 95.000 aborti, il carico annuale di ogni ginecologo non obiettore fu di 68 aborti.

Per quanto riguarda le strutture, prendendo come esempio la Lombardia, una

---

Da notare che l’Italia per l’ONU è un “sorvegliato speciale”. In un file riguardante il nostro Paese si legge: “In practice, however, the situation is very different, and it varies considerably from one region of the country to another. The conscience clause is partially responsible for many of the difficulties in availability of services. Moreover, a major reason is the strong influence of the Holy See. When Law No. 194 was approved, the Holy See immediately issued a warning that any person performing an abortion and any woman obtaining an abortion would be excommunicated. Owing to the political pressure exerted by the Catholic Church on members of the Christian Democratic Party and the fear of some physicians that their medical practice would consist largely of the performance of abortions, nearly 70 per cent of the physicians in Italy and a majority of other health-care professionals have invoked the conscience clause. The situation is more dramatic in southern Italy, where in some regions the proportion of physicians resorting to the conscience clause exceeds 90 per cent. In many smaller hospitals, there are no personnel willing to perform an abortion”.

(“L’obiezione di coscienza è parzialmente responsabile di molte delle difficoltà nella disponibilità dei servizi abortivi. Inoltre, una delle ragioni principali [che rende l’accesso all’aborto difficoltoso] è la forte influenza della Santa Sede. Quando la legge n. 194 fu approvata, la Santa Sede immediatamente avvertì che qualsiasi persona che avesse effettuato un aborto e ogni donna che avesse abortito sarebbero state scomunicate. A causa della pressione politica esercitata dalla Chiesa cattolica sui membri della Democrazia Cristiana e del timore di alcuni medici che la loro pratica medica sarebbe consistita per la gran parte delle prestazioni nel praticare aborti, quasi il 70 per cento dei medici in Italia e una maggioranza di altri operatori sanitari hanno invocato l’obiezione di coscienza. La situazione è più drammatica nel sud Italia, dove in alcune regioni la percentuale di medici che ricorrono all’obiezione di coscienza supera il 90 per cento. In molti ospedali più piccoli non c’è personale disposto a eseguire un aborto. A causa della elevata percentuale di ginecologi che sono obiettori di coscienza e la mancanza di strutture ospedaliere, in alcune zone d'Italia il ritardo tra l'emissione di un certificato e l'intervento è di almeno tre settimane”).

Concretamente la colpa è totalmente dei cattolici e della Chiesa poiché esercita un suo diritto legittimo come quello della “scomunica”.

[428] Cfr. WORLD HEALT ORGANIZATION, *Clinical Practice Handbook for Save Abortion*, gennaio 2014, pg. 28

regione da decenni guidata dal Centro-destra che ha sempre rispettato il diritto della donna ad abortire, si praticano interruzioni della gravidanza in 62 delle 97 aziende sanitarie con reparto di ostetricia, pari al 63,9% di tutte le strutture.
Questi sono i numeri; il resto è chiacchericcio!

2.8.UNA LETTURA "OBIETTIVA" DELLA LEGGE

Alcune premesse.

-La legge 194 si definisce a "tutela della maternità", quindi si potrebbero negare la maggioranza degli aborti motivati dalla "probabile malformazione del feto", poiché tutti i bambini "hanno il diritto di nascere", anche i portatori di handicap, "non essendoci un diritto a non nascere se non sani".

-Generali, equivoche ed ambigue sono nella maggioranza delle situazioni le "giustificazioni" della donna. "Serio pericolo per la sua salute psichica (e quando si mette di mezzo la psiche tutto è legittimato); condizioni economiche, o sociali o familiari…; previsioni di anomalie o malformazioni…".

-Cosa procura l'aborto? Sopprime un "altro bene giuridico protetto".

Di fronte all'intersecarsi di questi elementi, chiarificatrici furono due sentenze della Corte di Cassazione: la 14488/04 e la 25767/15.

La sentenza 14488/04 negò a una coppia un risarcimento miliardario esigito dal ginecologo che non informò i genitori sul rischio che il bambino potesse nascere affetto da talassemia major.

Alcuni passaggi della sentenza.

"L'interruzione volontaria della gravidanza è finalizzata solo ad evitare un pericolo per la salute della gestante, serio o grave. La sola esistenza di malformazioni del feto, che non incidano sulla salute o sulla vita della donna, non permette alla gestante di praticare l'aborto". L'aborto, prosegue la Corte di Cassazione, "non è l'esercizio di un diritto della gestante, ma un mezzo concessole per tutelare la sua salute e la sua vita, sopprimendo un altro bene giuridico protetto". E poiché il nostro ordinamento non prevede l'aborto eugenetico, non è ammissibile che il "concepito malformato possa, una volta nato, richiedere il risarcimento del danno per la vita ingiusta che egli ha avuto in conseguenza del comportamento omissivo o errato del medico nei confronti della propria genitrice, per mancata o errata informazione".

La sentenza 25767/15 riguardò una coppia che denunciò i medici e la "ASL di Lucca" al fine di ottenere un risarcimento per la figlia nata Down non essendo stati avvertiti dai sanitari di questa probabile patologia.

Alcuni passaggi della sentenza.

I giudici pongono come premessa un'affermazione perentoria: "non c'è diritto a non nascere se non sani". Poi continuano: "il supposto interesse a non nascere mette in scacco il concetto stesso di danno", tanto più che di esso si farebbero interpreti unilaterali i genitori, e "l'ordinamento non riconosce il diritto alla non vita". Ciò è differente dal diritto all'interruzione delle cure che rientra nella sfera di autodeterminazione della persona. "Altresì la madre, anche ove potesse dimostrare la sua irrevocabile decisione all'interruzione della gravidanza, potrebbe avere riconosciuto unicamente il danno per sé e non per il nato", essendo "improponibile il confronto tra vita, malattia e non vita", con ciò venendo

meno al dettato costituzionale che ritiene tutte le esistenze ugualmente degne, anche quelle dei disabili. Inoltre, il preteso risarcimento "acquisterebbe il valore suppletivo del necessario sostegno affidato dalla legge alla solidarietà generale". Infine, afferma la Cassazione, la "patrimonializzazione dei sentimenti in una visione risarcitoria" è inquietante poiché aprirebbe la strada a derive eugenetiche estranee alla nostra cultura.

2.9.ABORTO POST-NATALE

La rivista "Journal of Medical Ethics" pubblicò nel febbraio 2012 un articolo dal titolo "*After-birth abortion: why should the baby live?"* ("L'aborto post-natale: perché il bambino deve vivere?") di Alberto Giubilini e di Francesca Minerva, ricercatori italiani emigrati in Australia presso la "Monash University" di Melbourne, "tempio" della bioetica utilitarista.

I due ricercatori sostennero la liceità della soppressione del neonato con le stesse motivazioni con cui si giustifica l'aborto. Di conseguenza, facendo proprio il pensiero di P. Singer[429] (uno dei "padri" dell'università di Melbourne) e J. Savulescu[430] (editore della rivista), non vi sono motivazioni etiche che vietano l' "aborto post-natale".

I due autori si interrogarono. "Nei Paesi dove è permesso l'aborto perché non consentire anche l'infanticidio poiché né il feto né il neonato hanno ancora lo status morale di persona*"*, essendo "privi di quelle caratteristiche che giustificano il diritto alla vita*",* dal momento che, secondo loro, per circa due settimane dopo la nascita, il bambino non presenta nessun elemento di autocoscienza. Di conseguenza, dato che "la nascita non è sempre nel loro interesse, si può concludere che l'aborto post-nascita (cioè l'uccisione di un neonato) è ammissibile in tutti i casi in cui l'aborto lo è: inclusa l'ipotesi in cui il bambino nasca disabile*"*. Quindi, alcuni neonati vivranno, altri no, e le problematiche psicologiche o economiche che devono affrontare la madre o la famiglia, sono motivazioni sufficienti per giustificare questo infanticidio anche quando il neonato è sano. Si esprimono Giubilini e Minerva: "Se i criteri come i costi sociali, psicologici ed economici per i potenziali genitori sono buone ragioni per avere un aborto anche quando il feto è sano, se lo status morale del neonato è diverso da quello del bambino e se non ha alcun valore morale il fatto di essere una persona potenziale, le stesse ragioni che giustificano l'aborto dovrebbero anche giustificare l'uccisione della persona quando è allo stadio di neonato*"*.

"Inorridisce" che questi due ricercatori trasformino l'amore, la tenerezza e la dolcezza che implora e circondano un neonato nell'atto più indegno che dei

---

[429] Non tutti conoscono il pensiero di P. Singer che riassumiamo con due brevi periodi presenti in un suo testo.

"Se mettiamo da parte gli aspetti emotivamente toccanti ma strettamente irrilevanti di uccidere un bambino, potremo vedere che le motivazioni che abbiamo per non uccidere le persone non si applicano ai neonati" (pg. 24).

"Se il feto non ha lo stesso diritto alla vita di una persona, ci sembra allora che non lo abbia neanche il neonato, e che la vita di un neonato abbia così meno valore di quello che ha la vita di un maiale, di un cane o di uno scimpanzè…" (pg. 92) (*Practical Ethics*, Cambridge University Press, 1979).

[430] È l'ideatore, fra l'altro, del controverso "obbligo morale" dei genitori di selezionare i propri figli, ad esempio attraverso la diagnosi genetica preimpianto, per favorire quelli che potrebbero usufruire di una vita migliore.

genitori possano compiere; negare il diritto alla vita al loro figlio già nato.

Su quali basi Giubilini e Minerva giustificano l'infanticidio? Riferendosi a Michael Tooley che dagli anni 70' del XX secolo difese a livello etico e intellettuale questa orribile prassi[431].

2.10.LA BATTAGLIA A FAVORE DELLA VITA PROSEGUE

Oggi per molti, ritenere che sopprimere la vita umana ai suoi inizi è "un male", reputare che la vita vada difesa sempre e comunque e la morte procurata è da scoraggiare ed evitare, è una modalità eversiva di pensare. In altre parole: un politically incorrect.

Esageriamo? Crediamo proprio di no. Ciò è confermato da disgustosi episodi avvenuti negli ultimi anni. Noi evidenzieremo unicamente i più recenti.

Il 18 maggio 2017 all' "Università Roma Tre" fu annullato l'incontro di Gianna Jessen con gli studenti programmato da alcuni mesi. Motivo? La Jessen è sopravvissuta a un aborto salino.

A Roma, un maxi manifesto di ProVita esposto nell' aprile 2018 sulla facciata di un palazzo di via Gregorio VII, raffigurante un feto di undici settimane con alcune didascalie che illustravano la presenza del cuore e di tutti gli organi vitali già attivi in quel momento della gestazione, fu coperto "rapidamente" dall'amministrazione capitolina guidata da V. Raggi, poiché delle realtà scientifiche inconfutabili furono ritenute lesive delle libertà individuali. Un gravissimo attentato alla libertà di pensiero, dato che la Costituzione Italiana all'articolo 21 afferma: "Tutti hanno diritto di manifestare liberamente il proprio pensiero con la parola, lo scritto e ogni altro mezzo di diffusione".

Sempre nella capitale, cinquanta cartelloni bifacciali affissi in vari punti della città nel maggio 2018 sparirono in 24 ore contenendo l'insopportabile scritta: "L'aborto è la prima causa al mondo di femminicidio". A Perugia gli stessi manifesti furono imbrattati, mentre in altri comuni le amministrazione comunale li censurarono.

Potremmo raccontare decine di avvenimenti spiacevoli ma quello che vogliamo evidenziare è l'interpretazione di Armando Fumagalli, docente di cinema e spettacolo all'Università Cattolica di Milano. "E' evidentissimo che l'opposizione a questi manifesti è puramente ideologica e totalmente irrazionale proprio perché semplicemente dicono una cosa vera, non costruiscono niente di finto o di volutamente provocatorio. Se provoca, è solo perché una verità è stata cancellata ideologicamente e non la si vuole vedere"[432].

Ebbene, in Italia, l'aborto oggi è "un dogma", un argomento che proibisce ogni riflessione anche se supportata dalle evidenze scientifiche e dalla ragione. Questo delitto deve rimanere confinato nella coscienza individuale e non può assumere una valenza sociale, tanto meno politica, come avviene in altri Paesi. E, anche quando si tenta timidamente un confronto, si ha l'impressione che l'obiettivo è di mantenere posizioni equilibrate, quindi non conformi alla verità, per "non aprire", si dice: "vecchie ferite".

---

[431]Cfr. M. TOOLEY *Abortion and Infanticide*, Oxford, University Press 1983.

[432] A. ZAMBRATO, *La "guerra" per immagini che mette a nudo il totalitarismo*, in LA NUOVA BUSSOLA QUOTIDIANO, 17 maggio 2018.

Eppure, il Signore Gesù, ci ammonisce: “Sia il vostro parlare sì, sì; no, no; il di più viene dal maligno”[433].

3.RU 486: La pillola che non può essere addolcita

Il 31 luglio 2009, l’Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), autorizzò la commercializzazione della *RU 486* definita dal famoso genetista francese J. Lejeune un “pesticida umano”.

Il nullaosta fu concesso alla conclusione delle sperimentazioni cliniche avviate nel 2005 presso alcune aziende ospedaliere arruolando 2.293 donne. Alcune però, furono vittime di rischiosi effetti collaterali e altre dovettero ricorrere all’intervento chirurgico essendo l’aborto incompleto.

La *RU 486* fu ideata negli anni ‘80 del XX secolo dal medico francese E. Beaulieu. Procura l’aborto non chirurgicamente ma farmacologicamente assumendo “due pillole” entro la settima settimana di gravidanza.

La “prima pillola”, uccide il feto, mediante “600 milligrammi di mifepristone”, uno steroide sintetico che agisce bloccando l'azione del progesterone, l'ormone basilare della gravidanza. La “seconda pillola” composta da “400 milligrammi di misoprostol”, predispone il collo uterino all'espulsione feto.

In Italia, per il momento, il procedimento si dovrebbe svolgere in ospedale anche se in alcune Regioni, prevalentemente amministrate dal centro-sinistra, si è adottata la prassi di far concludere l’iter abortivo all’esterno del complesso sanitario, poiché l’espulsione del feto potrebbe richiedere un lungo periodo. Inoltre, la normativa, proibisce il ricovero ospedaliero coatto e forzato tranne che per situazioni di pericolo per sé e per gli altri. Di conseguenza, una donna potrebbe assumere il “mifepristone” e il “misoprostol” in ospedale e dimettersi, terminando l’aborto a casa, in ufficio, in viaggio…, dove capita, nell’assoluta solitudine con gravi conseguenze fisiche e rischi anche mortali. E’ ciò che avviene in vari Paesi dove la donna si reca in farmacia, acquista il “veleno” ed esegue da sè l’aborto. Ha affermato una donna: “contrazioni per dieci ore, sudorazione, grida: è stato psicologicamente spaventoso e fisicamente orribile”, perché “nessuno mi aveva preparato a cosa stesse accadendo. Un dolore di 9 o 10 in una scala da 0 a 10”[434].

E, l’aborto chimico, si sta diffondendo velocemente poichè comporta una notevole riduzione di costi rispetto all’aborto chirurgico.

La “kill pill”, fu presentata dai massmedia, da alcune correnti ideologiche e forze politiche come un aborto “semplice” rispetto al tradizionale non richiedendo l’intervento chirurgico. Ma, assumere queste pillole, non è esattamente come prendere un’ aspirina. Quindi, non un procedimento innocuo, ma zeppo di rischi e di controindicazioni. Infatti la *RU 486* ha prodotto non solo nell’iter sperimentale preoccupanti effetti collaterali ma ha causato vari decessi. Ventisette, sono quelli denunciati dalla comunità scientifica, ma noi ne sospettano molti di più poiché le statistiche sono bloccate al 2014, quando anche in Italia ci fu la prima vittima presso l’ospedale Martini di Torino. Una donna di 37 anni, dopo la

[433] VANGELO DI MATTEO, 5,37.
[434] *Testimonianza dal Sito internet: “Live Action News”.*

somministrazione del misoprostol fu vittima di una pesante insufficienza cardiaca con esito fatale, nonostante i tentativi dei medici di rianimarla.

Effetti collaterali e decessi furono segnalati con evidente imbarazzo anche dall' industria produttrice del farmaco, la francese Exelgyn e documentati da riviste scientifiche internazionali.

Uno studio del 2009, pubblicato sulla rivista *Obstetrics & Gynecology*, analizzò i fattori di rischio su 22mila donne che avevano assunto la *RU 486* e 20mila sottoposte ad aborto chirurgico. Risultato: la *RU 486* aveva un rischio di complicanze quattro volte maggiori rispetto all'aborto chirurgico: 20% contro il 5,6%.

Uno studio del 2010 pubblicato da *The Annals of Pharmacotherapy* analizzò 607 donne che avevano assunto la *RU 486.* Risultato: 237 emorragie, 66 infezioni spesso accompagnate da choc settici, 130 donne subirono interventi d'urgenza per gravidanze extrauterine; unicamente 180 non ebbero "incidenti di percorso".

A seguito di questi risultati, negli Stati Uniti, la "Food and Drug Administration" (Agenzia del farmaco), impose l'applicazione di una "banda nera" sulle confezioni del medicinale.

Avendo operando nel settore della sperimentazioni clinica per due decenni posso affermare con competenza che qualunque farmaco con alle spalle eventi avversi di questa gravità, sarebbe stato immediatamente ritirato dal commercio. Il superficiale sdoganamento della *RU 486* e il suo permanere sul mercato nonostante le nocività, ben evidenzia, e ci dispiace ribadirlo, la "natura ideologica" del comportamento dell'AIFA.

La decantata bonarietà dell'operazione abortiva si trasforma in un'amara sensazione d'isolamento e d'abbandono, e pur volendo "cancellare ogni traccia", rimane indelebile l'uccisione di un uomo.

4 "Norlevo" e "Elleone": Uccidono l'ovulo fecondato

"Boom di vendite di pillole abortive"; è ciò che apprendiamo dalla Relazione 2016 del Ministro della Salute. 189.589 le confezioni di *ElleOne* (145.101 nel 2015), 214.532 le confezioni di *Norlevo* (161.888 nel 2015). Totale: 404.121 (306.989 nel 2015). Il 55% delle acquirenti ha un'età compresa tra i 14 e 20 anni e ritiene questi farmaci innocui[435].

Un percorso per interrompere questo nocivo crinale sta nell'intervento delle famiglie che devono educare i figli a vivere positivamente le relazioni con l'altro

[435]Scrive Beatrice "Leggendo alcuni forum in internet, frequentati soprattutto da ragazze, sono rimasta stupita nel constatare come sia pieno di giovani che assumono la 'pillola del giorno dopo' come se fosse una caramella. Ho letto di una che l'ha presa già per la seconda volta in tre mesi. Io resto senza parole... Grandi per fare sesso, ma con il cervello piccolo piccolo... Innanzitutto perchè non usano le precauzioni, secondo perchè assumono farmaci senza pensare a quello che comporta per il loro corpo, e terzo perchè se sono incinte allora esce la storia 'Ma sono troppo giovane...', e non si assumono le loro responsabilità. Mentre lo facevi non eri troppo giovane? Io non giudico nessuno, ma secondo me c'è qualcosa che non va nei ragazzi di oggi (non che abbia chissà che età). Io prima di avere rapporti mi sono sempre tutelata per non trovarmi in certe situazioni! Prima la testa e poi il resto...! Se non si vuole rischiare, se quella sera non puoi, non muore nessuno. Anch'io ho fatto il mio percorso, mi sono laureata, ma se fosse arrivato un bambino mi sarei assunta le mie responsabilità. Abortire ti distrugge psicologicamente, e se hai un pò di buon senso capisci che ci vogliono anni per riprendersi" (*Dal Forum: Al femminile*).

sesso mostrando il valore e la bellezza dell'affettività. E' inoltre impellente l'impegno degli operatori sanitari a formare le acquirenti "delle pillole", presentando la realtà scientifica e il pericoloso meccanismo d'azione di questi medicinali. Ma quello che dovrebbe essere un "dovere professionale", nel nostro Paese è ritenuto "un reato", come è accaduto a Margherita Ulisse, in servizio presso il pronto soccorso dell'ospedale di Voghera che nell'ottobre 2014 chiarì a due adolescenti i danni fisici della "pillola del giorno dopo". Fu sospesa dall'Ente per l'illecito commesso.

Nel capitolo oltre che interessarci delle due Pillole porremo l'attenzione anche a due problemi concatenati: le controindicazioni dei contraccettivi e il loro impatto sull'aspetto ecologico.

4.1."NORLEVO" O "PILLOLA DEL GIORNO DOPO"

La "pillola del giorno dopo*"*, cioè il *Norlevo,* fu presentata ed è commercializzata come un "contraccettivo d'emergenza", da assumere entro 24 ore a seguito di un rapporto sessuale ritenuto presumibilmente fecondante per bloccare l'avvio di una gravidanza.

Nel "bugiardino" del farmaco si legge: "Norlevo è un contraccettivo orale di emergenza (…). Il principio attivo è levonorgestrel (…). La contraccezione di emergenza è un metodo di emergenza che ha lo scopo di prevenire la gravidanza dopo un rapporto sessuale non protetto o in caso di mancato funzionamento di un metodo anticoncezionale (...). Norlevo agisce bloccando il rilascio dell'ovulo dalle sue ovaie. A volte non può impedire l'impianto nell'utero di un ovulo fecondato". L'ultima frase fu modificata dall'AIFA il 4 febbraio 2017 come risposta alle pressioni delle lobby abortiste con la seguente dicitura: "Il farmaco inibisce o ritarda l'ovulazione"[436].

Due osservazioni. Gli ambigui effetti del "levonorgestrel" e la scomparsa della frase incriminata.

Per quanto riguarda il "levonorgestrel", uno studio recente condotto da scienziati spagnoli guidati dal dottor Emilio Jesús Alegre del Rey (Dipartimento di Farmacia all'Universitary Hospital di Puerto Real) e pubblicato dall' *European Journal of Clinical Pharmacy*[437], dimostra il potenziale effetto abortivo di questo ormone progestinico di seconda generazione. Ha affermato Alegre del Rey: "Abbiamo confrontato i dati provenienti da diversi studi che sono stati pubblicati, applicando ad essi un'analisi quantitativa. Il risultato mostra che nella metà dei casi in cui le gravidanze erano state impedite assumendo il levonorgestrel c'era stata la fecondazione, era stato concepito un embrione, ma il carico ormonale della pillola ha impedito all'embrione di continuare il suo processo di sviluppo cioè la sua vita"[438]. Anche altri due lavori scientifici sono giunti alla stessa conclusione[439].

---

[436] Documento reso disponibile dall'AIFA il 26 maggio 2017.

[437] Cfr. ALEGRE DEL REY EMILIO J, FENIX CABALLERO SILVIA, DIAZ NAVARRO JORGE, RODRIGUEZ MARTIN ESTEBAN, *Post-fertilization effect of postcoital Levonorgestrel*, in EUROPEAN JOURNAL OF CLINICAL PHARMACY, Volume 17, Novembre-Dicembre 2015, pg. 6.

[438] *http://www.prolife.it/2016/08/06/la-pillola-del-giorno-dopo-puo-causare-aborto-dalla-spagna-unaltra-conferma/*

[439] Cfr. MIKOLAUCZYK R., STANFORD J, *Levonorgestrel emergency contraception: a joint analysis of effectiveness and mechanism of action*. In FERTIL STERIL, Settembre 1988(3), pp.565-71. KANLENBOM C.,

Per quanto riguarda la frase: "A volte (il Norlevo) non può impedire l'impianto nell'utero di un ovulo fecondato", è lo stesso discorso sviluppato precedentemente che approfondiamo con un osservazione di M. L. di Pietro e R. Minacori dell'Università Cattolica di Roma. "L'evidenza scientifica di tale effetto antinidatorio smentisce, quindi, la stessa terminologia utilizzata per definire l'utilizzo di dati prodotti: non si tratta di un meccanismo contraccettivo (l'inibizione del concepimento avviene solo in una piccola percentuale di casi), bensì di un meccanismo prevalentemente abortivo qual' è quello antinidatorio, che si estrinseca dopo l'avvenuta fecondazione, quando è già iniziato il processo di sviluppo di una nuova vita umana"[440]. Ammonisce J. Scotson: "È fondamentale essere precisi quando si usano parole e frasi (…). Contraccezione significa 'contro la concezione', cioè impedisce che si verifichi la fecondazione. Mentre lo scopo di queste pillole è di prevenire l'annidamento e l'ulteriore sviluppo del concepito e quindi di procurare un aborto chimico. Non potendo impedire ciò che è già avvenuto, l'uso del termine 'contraccezione d'emergenza' è errato"[441].

Anche noi siamo dello stesso parere, convinti che la vita umana ha origine come affermato precedentmente, nell'istante in cui l'ovulo femminile (oocita) s'incontra nell' ampolla della tuba di Falloppio con lo spermatozoo maschile. Pertanto, non prevenendo l'ovulazione ma agendo sull'azione antinidatoria, l'assunzione della pillola è un evidente aborto provocato chimicamente nei confronti di un embrione fecondato. Perciò è improprio presentare il *Norlevo* come un "contraccettivo orale di emergenza"!

Inoltre, la "pillola del giorno dopo", potrebbe procurare conseguenze alla donna: dalla nausea all'emicrania, da lancinanti dolori alla pancia, fino ad un disordine nel ciclo mestruale.

4.2. "ELLEONE" O "PILLOLA DEI CINQUE GIORNI"

Negli Stati Uniti, la "Food and Drug Administration" (FDA), autorizzò nel 2008 la commercializzazione di un nuovo "contraccettivo di emergenza" a lunga durata di azione, composto da *ulipristal acetato* (*Ella*).

Nel bugiardino, descrivendo gli effetti del farmaco, si afferma che la pillola "è un contraccettivo destinato a prevenire la gravidanza dopo un rapporto sessuale non protetto o in caso di mancato funzionamento di un metodo anticoncezionale"[442]. Di parere opposto è il ginecologo e bioeticista R. Puccetti. "Questo farmaco non è un contraccettivo d'emergenza, è un abortivo. E' in grado di modificare l'endometrio rendendo impossibile l'annidamento dell'ovulo fecondato. Se a livello scientifico è ancora dibattuto l'effetto antinidatorio della 'pillola del giorno dopo', la potenzialità abortiva di EllaOne è certa"[443].

ElleOne è composta da "Ulipristal Acetato", una molecola della famiglia dei "Selective Progesterone Receptor Modulator"(SPRM), i modulatori selettivi del

---

STANFORD J, LARIMONE W., *Postfertilization effect of hormonal emergency contraception,* in ANN PHARMACOTHER, Marzo 2002, 36(3), pp. 465-70.

[440] M. L. DI PIETRO, R. MINACORI, *La "contraccezione d'emergenza"*, MEDICINA E MORALE, n. 1, 2001, pg. 15.

[441] SCOTSON, *Emergency Contraception. Use of the Term* is *Erroneus*, BMJ 1995, n. 311, pg. 762.

[442] Documento reso disponibile dall'AIFA il 1 dicembre 2017.

[443] AVVENIRE, 1 marzo 2012, pg. 1.

recettore progestinico, cioè la stessa classe a cui appartiene anche il "Mifepristone", la prima pillola del processo RU 486. L' "Ulipristal Acetato" e il "Mifepristone" presentano notevoli analogie sia strutturali, essendo la loro formazione chimica pressoché sovrapponibile, sia funzionale, condividendo uno spiccato effetto antiprogestinico[444].

Un dato è ormai scientificamente acquisito. *EllaOne* assunta nel periodo fertile, inibisce o ritarda l'ovulazione in una percentuale di casi inferiore al 60%; ciò significa che in oltre il 40% dei casi la donna ovula e può concepire.

In Europa il farmaco fu approvato nel maggio 2009 dall' "Agenzia Europea per i Farmaci" (EMEA ora EMA) che lo commercializzò con il nome di *EllaOne* (HRA Pharma), invitando i medici alla prudenza nella prescrizione.

Nel gennaio 2015, su richiesta della Ditta produttrice, l'EMA sdoganò il prodotto insieme al *Norlevo* a "farmaco da banco" acquistabile da maggiorenni senza prescrizione medica. Anche l'AIFA, si adeguò agli altri Paesi nel marzo 2015 per *ElleOne* e nel marzo 2016 per il *Norlevo* pur potendo opporsi al diktat europeo, ignorando totalmente l'avvertimento di "non cedere sull'obbligo della ricetta" emesso dal Consiglio Superiore di Sanità a seguito delle richieste di approfondimento tecnico sollecitato dal Ministro della Salute.

Non possiamo inoltre scordare l'enorme giro di affari, facilmente calcolabile, che ruota attorno alla *ElleOne* e al *Norlevo.* Ogni confezione di *ElleOne* costa 26,90 euro, ciò significa che l'introito per RHA Pharma (che copre il 95% del mercato nazionale), nel 2016 fu di 5.099.944 euro. Mentre quello per il *Norlevo* di 5.777.910 euro.

Il pericolo maggiore è che adolescenti e giovani che Beatrice definiva: "grandi per fare sesso, ma con il cervello piccolo piccolo...", utilizzino questi prodotti come sostitutivi della pillola anticoncezionale o del preservativo con tutte le conseguenze che ne derivano.

Alcuni affermano: "Più pillole, meno aborti". Osservazione che non condividiamo poiché "non si può compiere il male per ottenere il bene".

Noi riteniamo doveroso, anche se quello affermato fin qui fossero ipotesi o supposizioni, l'obbligo di procedere con la massima "cautela" e "precauzione", seguendo la via più sicura e meno dannosa; l'unica scelta di fronte ad ogni dubbio soprattutto quando è il "gioco" la vita[445].

---

[444]Cfr. B. MOZZANEGA, *Mifepristone e Ulipristal Acetato: gemelli diversi*? in NEWSLETTER DI SCIENZA & VITA, marzo 2012, n. 55, pp. 15-16.

[445] Illuminante è questa osservazione di C. Casini: "Nel dubbio sulla vita bisogna scegliere la vita umana, cioè bisogna comportarsi come se la vita ci fosse fino a che non è rimosso l'ultimo dubbio. Quando avviene una catastrofe, un terremoto, un naufragio, una valanga, la ricerca dei naufraghi, dei sepolti dalle macerie e dei dispersi deve continuare finché resiste il dubbio che qualcuno possa essere ancora in vita. Perciò il principio di precauzione risponde a coloro che dicono: 'sull'inizio della vita umana alcuni la pensano in un modo e altri in altri. Lasciamo liberi tutti di comportarsi secondo coscienza e non imponiamo per legge un certo comportamento a tutti'. In realtà è proprio questo ragionamento che impone a tutti ciò che alcuni pensano. Infatti quando si stanno svolgendo operazioni di ricerca dei dispersi e qualcuno pensa che siano tutti morti (cioè che non vi siano individui viventi) non per questo la collettività deve decidere di sospendere le ricerche. Ciò corrisponde alla accettazione collettiva (di tutti) di una opinione che è soltanto di alcuni. Ciascuno può decidere in coscienza per se stesso, ma non per gli altri. Il dubbio sull'esistenza di un altro non riguarda se stessi. La collettività, dunque, anche se fosse vero, il che non è, che vi è un dubbio sull'inizio della vita umana, dovrebbe affermare in linea pratica l'esistenza dell'uomo" (C. CASINI, *Uno di noi. La prima iniziativa dei cittadini europei,* Cantagalli, Siena 2014, pg. 37).

Da ultimo una riflessione sull' "obiezione di coscienza" dei farmacisti alla vendita delle due pillole[446].

Il diritto all'obiezione di coscienza fu sollecitato da papa Benedetto XVI ricevendo in udienza il 29 ottobre 2007 i partecipanti al "XXV Congresso Internazionale dei Farmacisti Cattolici". "Nell'ambito morale - affermò Benedetto XVI - la vostra Federazione è invitata ad affrontare la questione dell'obiezione di coscienza, che è un diritto che deve essere riconosciuto alla vostra professione, permettendovi di non collaborare, direttamente o indirettamente, alla fornitura di prodotti aventi come fine scelte chiaramente immorali, come ad esempio l'aborto e l'eutanasia".

Un progresso fu compiuto il 25 febbraio 2011, quando il Comitato Nazionale per la Bioetica si pronunciò favorevole all'obiezione di coscienza dei farmacisti, invitando il legislatore ad approvare celermente una norma, salvaguardando anche i diritti di chi acquista il prodotto[447].

Ma, anche in questo settore, fa da padrone "l'ambiguità", poiché questo diritto è già presente nei Codici Deontologici anche se non previsto da alcune normative vigenti. Per i medici di pronto soccorso e per i ginecologi, il Codice di Deontologia Medica afferma all'articolo 12 che il medico "non è obbligato" a prescrivere un farmaco in contrasto con la propria deontologia e con la propria coscienza morale e professionale. Di conseguenza, una struttura sanitaria, deve garantire l'erogazione di farmaci legali, ma il medico deve prescriverli unicamente se in accordo con i suoi valori di riferimento, i principi etici, la sua indipendenza intellettiva e la sua preparazione scientifica. Anche il Codice Deontologico dei Farmacisti all'articolo 3 stabilisce il diritto di agire "in piena autonomia e coscienza professionale, conformemente ai principi etici e tenendo sempre presenti i diritti del malato e il rispetto della vita".

Cosa avviene nella quotidianità? Una prima chiarificazione l'abbiamo avuta nel giugno 2018, quando la Corte d'Appello di Trieste ha assolto la farmacista Elisa Mecozzi operante a Monfalcone (Go) che nel 2013 si era rifiutata di vendere il *Norlevo* a una donna munita di ricetta. Ma accanto ad una assoluzione, molti farmacisti sono ancora sotto processo, e questi professionisti continuano ad operare in una ambigua "zona grigia" passibile di denunce. Non possiamo dimenticare, inoltre, le decine di farmacisti che hanno dovuto cambiare professione a seguito delle forti pressioni e anche minacce delle ditte farmaceutiche, o che non sono stati assunti, poiché opposti alla vendita di questi farmaci, ovviamente, riduce il profitto.

Nell' attesa che il legislatore legiferi (e ci auguriamo presto), il farmacista che

[446] Da una ricerca della SWG apprendiamo che l'obiezione di coscienza è richiesta dal 18% dei farmacisti. Il 61% per motivi religiosi, il 53% per la pericolosità per la salute di chi assume questi prodotti e il 14% per entrambi i motivi.

[447] Questa è la motivazione della maggioranza dei componenti del Comitato Nazionale per la Bioetica: "Si è ritenuto che si potesse far risalire al farmacista un ruolo ritenuto riconducibile a quello degli operatori sanitari e che pertanto, in analogia a quanto avviene per altre figure professionali, dovesse necessariamente essere riconosciuta anche a questa categoria professionale il diritto all'obiezione. Il fatto che il farmacista svolga un ruolo 'meno diretto' rispetto a chi pratica clinicamente l'aborto non è stata ritenuta ragione sufficiente per invalidare l'argomento a favore della clausola morale, dato che la consegna del prodotto contribuisce a un eventuale esito abortivo in una catena di cause ed effetti senza soluzione di continuità".

ama e difende la vita, adotti la prassi dell' "epikeia"; termine greco che significa letteralmente "equità". E' il principio interpretativo che non tiene conto di una legge quando nel singolo caso il suo adempiersi risulti immorale. Dunque, l' "epikeia", offre la possibilità di rifiutare la collaborazione nelle azioni contrarie ai propri valori, accettando però la pena prevista per i trasgressori di una determinata norma. Caso emblematico fu la carcerazione negli anni '60 del XX secolo di molti giovani che rifiutavano il servizio militare.

4.3. CONTRACCETTIVI E RISCHI

La contraccezione "dovrebbe" precludere "intenzionalmente" la gravidanza anche se frequentemente questo non avviene. Ad esempio, una ricerca effettuata nel 2016 presso le cliniche inglesi della catena "British Pregnancy Advisory Servive" (Bpas), mostrò che il 51% delle 60.600 donne che avevano abortito nel 2015 nelle oltre 40 cliniche del Gruppo, usavano una modalità di contraccezione[448].

Nel mondo 100milioni di donne si avvalgono della contraccezione con molteplici modalità: dal coito interrotto agli strumenti di barriera, dai mezzi ormonali (pillola, cerotto, anello vaginale…) alle Pillole (Norlevo, ElleOne). Ma poche sono coscienti che alcune metodologie potrebbero procurare devastanti effetti collaterali[449].

Tra i molteplici dati scientifici che giustificano la nostra affermazione soffermiamoci su quelli pubblicati dal *British Medical Journal* del maggio 2016 che riportò i risultati di una ricerca clinica condotta dall' Università di Nottingham su un campione di 10.500 donne di età compresa fra i 15 e i 49 anni che utilizzavano regolarmente i contraccettivi. Lo studio evidenziò che l'assunzione di questi, soprattutto quelli orali di "terza generazione"[450], accresce di quattro volte il rischio di sviluppare coaguli di sangue con tutte le conseguenze, rispetto a chi non ne fa uso. Però, anche le donne che usufruiscono di quelli definiti di "seconda generazione"[451], presentavano rispetto alla popolazione che non se ne serve, un rischio di 2,5 volte superiore di essere vittime di trombosi venose. La ricerca puntò l'attenzione sull'aspetto ematico, ma tutti i metodi anticoncezionali o antifecondati, racchiudono rischi collaterali che posso procurare danni permanenti e anche la morte. Ne sono pienamente consapevoli le Ditte farmaceutiche obbligate a risarcimenti milionari. Ad esempio, la Bayer AG, ha erogato in dieci anni 1.6 miliardi di dollari a 6.800 persone gravemente lese (emboli, ictus, infarti) e alle famiglie di 100 donne decedute a seguito dell'assunzione delle pillole anticoncezionali "Yaz" e "Yasmin", le più utilizzate negli Stati Uniti, contenenti il pericoloso ormone sintetico "Drospinerolo". Pure la "Merck & Co" sborsò 100 milioni di dollari nel 2016 per risarcire 3.800 donne lese e 83 famigliari di morti a causa dell'anello vaginale "NuvaRing".

Eppure, nonostante che tutti sappiano, l'ecatombe continua!

---

[448] Cfr. Editorial, *Women cannot control fertility through contraception alone, says British Pregnancy Advisory Service*, in THE FARMACEYUTICAL JOURNAL,11 Jul. 2017.

[449] Per approfondire: R. PUCETTI, *I veleni della contraccezione*, ESD, Bologna 2013.

[450] Esempio: Etinelastradiolo + Desogestrel; Etinelastradiolo + Gestodene.

[451] Esempio: Estradiolo + Levonorgestrel (Fonte: SaPeRiDoc - Centro di documentazione sulla salute perinatale e riproduttiva).

Per questo dedicheremo l'ultimo paragrafo del capitolo ai "Metodi Naturali della Procreazione" che non producono reazioni negative alla donna.
Un settore ostico, spesso chiuso al confronto, riguarda le sperimentazioni cliniche nei confronti delle donne in età fertile. La quasi totalità dei protocolli clinici pone come criterio d'inclusione l'uso dei contraccettivi: "se lei è in età fertile deve usare un metodo contraccettivo sicuro per tutto il tempo della sperimentazione".
Imporre il contraccettivo è eticamente scorretto poichè oltrepassa l'aspetto terapeutico ed evidenzia la sfiducia nella responsabilità della donna. Inoltre, il contraccettivo, soprattutto ormonale, potrebbe rendere inattendibili i risultati dello studio. Dunque, mentre è fondamentale un' adeguata informazione per escludere la gravidanza nel corso della sperimentazione, e a volte, per un determinato periodo anche a ricerca conclusa, va evitando "il ricatto" dei contraccettivi. Sarà la responsabilità della donna stabilire le metodologie che riterrà più opportune adottare per non rimanere gravida.

Concludiamo il capitolo con qualche accenno "all'ambiente".
Lo smaltimento delle sostanze presenti nei contraccettivi, e ovviamente anche in altri prodotti (pesticidi, cosmetici…), "inquinano" aria e acqua, due dei maggiori beni ambientali, con conseguenze sui "sistemi ormonali umani" (o sistemi endocrini) basilari per l'equilibrio fisiologico del corpo umano, per la regolamentazione della crescita, per il metabolismo e anche per lo sviluppo e la funzionalità sessuale. Ad esempio, alcune sostanze chimiche presenti nelle riserve idriche stanno mutando il sesso dei pesci (i cosiddetti pesci "intersessuali") e modificando la fauna con conseguenze anche sulla sessualità umana (sviluppo sessuale prematuro o irregolare) e sulle gravidanze. Alune ipotesi, collegano, inoltre, la presenza degli ormoni sintetici nelle acque con le questioni di genere e di omosessualità[452]. Da qui, l'invito di papa Francesco nell'Enciclica "Laudato sii" a un "dibattito serio e onesto fra gli scienziati" sulla questione per evitare l'irreversibile[453].

5.Atti a favore della vita. I Metodi Naturali della Procreazione

I "Metodi Naturali della Procreazione" o della fertilità, anche se poco conosciuti, sono valutati con pregiudizi e ritenuti da molti, anche medici, "inaffidabili", ma soprattutto, limitativi della "libertà" in una società fortemente erotizzata, dove la sessualità, frequentemente, non è più il "linguaggio dell'amore" ma semplicemente una fonte di gratificazione fine a se stessa.
Il nostro invito con questo paragrafo e di conoscerli obiettivamente e di valorizzarli.

Così li definisce l'Organizzazione Mondiale della Sanita. I "Metodi Naturali della Procreazione si basano sulla conoscenza dei processi biologici per cui una gravidanza può essere ricercata o evitata grazie all'osservazione dei segni e dei sintomi della fase fertile del ciclo mestruale. Quando si vuole evitare la gravidanza

[452] Cfr. PONTIFICIO CONSIGLIO GIUSTIZIA E PACE, *Terra e Cibo*, 2015, pg. 50.
[453] *Laudato sii*, op. cit, n. 61.

ci si deve astenere dai rapporti sessuali durante la fase fertile del ciclo, quando la si ricerca si possono utilizzare con precisione i giorni fecondi"[454].

Dunque, questi metodi, consentono alla donna di scoprire e di conoscere il proprio corpo e le sue leggi tramite l'osservazione e, quindi, di consumare l'atto sessuale con consapevolezza. Permettono, inoltre, alla coppia una corretta pianificazione famigliare assumendosi "in prima persona" la responsabilità di ogni scelta pur richiedendo un'astinenza periodica. Costituiscono, inoltre, lo strumento privilegiato per acquisire la consapevolezza del valore della fertilità e maturare, di conseguenza, scelte basate sul dialogo, sulla disponibilità al confronto, sulla condivisione, sul rispetto reciproco e sull'amore per la vita dovendo interrogarsi di volta in volta sulle motivazioni che inducono ad aprirsi alla generazione della vita o a rinviare questa eventualità. Anche "la rinuncia al rapporto coniugale, motivata dall'esigenza di rinviare il concepimento, può essere vissuta come occasione importante per sviluppare una molteplicità di altre espressioni di amore, gesti di tenerezza, attenzioni reciproche, che hanno la potenzialità di arricchire di creatività e di novità la relazione di coppia, e di far crescere l'amore nella dimensione del dono di sé e dell'accoglienza totale reciproca"[455].

Diversamente da "tutti i contraccettivi", non provocano effetti collaterali o negativi sulla salute della donna, consentendo di salvaguardare intatto il ciclo ovulatorio. Alcune donne testimoniano di piacevoli sorprese avendo previsto la propria fertilità e osservato gli eventi del proprio corpo, evitando il supporto di medici o di strumenti tecnologici.

Di conseguenza, il desiderio di conoscenza dei "Metodi Naturali della Procreazione" che potremmo definire anche "ecologici", dovrebbero oltrepassare gli orientamenti etici-religiosi o ideologici abbracciando quelli psico-pedagogici e sanitari.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità stima nel 98% l'efficacia[456]. I dati furono pubblicati in autorevoli studi statistici[457], ma ebbero scarsa risonanza mediatica essendo esente questa metodologia da interessi di business e di mercato.

Anche la Chiesa Cattolica li apprezza nelle finalità e nell'efficacia[458].

Tra i vari Metodi, noi puntiamo l'attenzione ed indichiamo il Metodo dell' Ovulazione Billing e il Metodo Sintotermico, che si basano su segni e sintomi di fertilità strettamente correlati all'andamento ormonale di ciascun ciclo mestruale della donna.

---

[454] WORLD HEALTH ORGANISATION, *Guide to provision of services*, Geneve 1988, pg. 88.

[455] ELENA GIACCHI, *Comporre l'amore e la trasmissione della vita,* https://famiglia.chiesacattolica.it/comporre-lamore-e-la-trasmissione-della-vita/

[456] Cfr.: *Adv. Contracept*. 10, 1994, pg. 195; *Contraception* 53, 1996, pp. 69-74; *Advances in contraception*, 15, 1999, pp. 69-83.

[457] Cfr.: *Studies in Family Planning*, 1987; *Family Planning Perspectives*, 1990; *Obstetrics and Gynecology*, 1990; *Am.J.Obstet.Gynecol*, 1991; *Statistics in Medicine*, 1991.

[458] Alcuni interventi del Magistero.

DISCORSO DI PAPA PIO XII al "*Congresso dell'Unione Cattolica Italiane Ostetriche* (29 ottobre 1951); CONCILIO VATICANO SECONDO, Costituzione Pastorale *Gaudium et spes,* nn. 16 e 50; PAOLO VI, Enciclica *Humanae Vitae*, nn. 10-14 e 16; GIOVANNI PAOLO II, Esortazione Apostolica *Familiaris Consortio,* nn. 14 e 28-35; GIOVANNI PAOLO II, Enciclica *Evangelium vitae*, nn. 87-88; PAPA FRANCESCO, Esortazione Apostolica *Amoris Laetitia,* n. 222; CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2370, PONTIFICIO CONSIGLIO PER LA FAMIGLIA, *Vademecum per i confessori su alcuni temi di morale attinenti alla vita coniugale,* Parte seconda, paragrafo 6.

-*Il Metodo dell'Ovulazione Billing* indica in base alle caratteristiche del muco prodotto dal collo dell'utero per effetto della stimolazione degli ormoni ovarici e che si modifica prima, durante e dopo l'ovulazione, il tempo fertile o infertile in ogni ciclo mestruale.
Inoltre, questo Metodo, contribuisce all'identificazione precoce di eventuali anomalie del ciclo della donna dovute a patologie disendocrine o cervico-vaginali che possono comportare l'infertilità e, di conseguenza, la messa in atto di interventi terapeutici adeguati.
-*Il Metodo Sintotermico* segnala, ponendo attenzione alla combinazione di vari elementi derivanti dall'ovulazione (temperatura, tempo, muco…), il periodo fertile del ciclo mestruale. E il metodo che presenta maggiori elementi per identificare le due fasi.

Essendo fondamentale la conoscenza di sé, l'uso dei "Metodi Naturali della Procreazione" si apprende unicamente rivolgendosi a "Centri di Consulenza"[459].

Exursus 1 - Le donne eroiche che non hanno abortito

L'amore per il figlio fino al sacrificio della vita dovrebbe essere la "più alta caratteristica della donna". Abbiamo esempi di donne eroiche che in situazione di pericolo hanno rischiato la loro vita per salvare figli da incidenti, incendi o annegamenti. Tra i molti evidenziamo l'azione edificante di Nera Ricci di 38 anni, che riconoscendo nel figlio Mattia di due anni il suo tesoro, fece il possibile e l'impossibile per proteggerlo a seguito di una frana a Massa Carrara anche se non riuscì a salvarlo e neppure a tutelare se stessa.

Nell'Antico Testamento della Bibbia è narrato l'episodio del "giudizio di Salomone"[460]. Il re Salomone per appurare la madre di un neonato conteso da due donne, comandò di tagliare in due parti il piccolo. Il terzo Re d'Israele identificò la mamma in colei che rinunciò al bimbo pur di salvargli la vita.
Questa è storia anche dei nostri giorni, non quella dei rotocalchi, poiché anche oggi molte "mamme sconosciute" prediligono "il loro tesoro", esempio non abortendo nonostante le gravi malattie che le minacciano. Alcune sono morte, altre si sono curate in seguito, ma prima hanno privilegiato la creatura che portavano nel cuore oltre che nel grembo.

A queste mamme vogliamo rendere omaggio ricordandone alcune, ben consci che sono molto numerose.

Santa Gianna Beretta Molla, medico pediatra milanese, madre di tre figli, nel 1961 al termine del secondo mese di gravidanza scoprì un fibroma all'utero. Non accettò l'asportazione per proteggere la vita che portava in grembo, pur totalmente consapevole dei rischi. Il 21 aprile 1962 partorì Emanuela Gianna ma le sue condizioni di salute peggiorarono velocemente. Morì il 28 aprile 1962. A chi le consigliava l'aborto rispose con fermezza: "Abortire? Non lo permetterò mai; è peccato uccidere chi porti in grembo".

[459] Cfr. *www.confederazionemetodinaturali.it.*
[460] Cfr.: 1 LIBRO DEI RE 3,16-26.

Così la ricordò il cardinale C. M. Martini: “Donna meravigliosa amante della vita, sposa, madre, medico professionista esemplare offrì la sua vita per non violare il mistero della dignità della vita” (24 aprile 1994).
Fu proclamata santa il 16 maggio 2004 da papa Giovanni Paolo II alla presenza del marito e della figlia per cui offrì la vita.

Rita Fedrizzi, già madre di due bambini, docente di lingue al liceo e, in precedenza, all'università di Bergamo abbandonata per dedicarsi maggiormente alla famiglia, nei primi mesi del 2004 scoprì d'essere gravida ma anche malata di tumore. I medici la posero di fronte a un drammatico dilemma: “o abortisci e ti curi oppure sei destinata alla morte”. Rita, da cristiana matura, non interruppe la gravidanza poiché quel feto era già “suo figlio”. Lui nacque il 25 ottobre 2004, lei morì il 25 gennaio 2005.
Così la ricordò monsignor A. Maggiolini nell’omelia del funerale. “Quarantun anni, sportiva che si diverte soprattutto nello sci acquatico… sposa felice, madre di due bimbi. Nemmeno l’ombra di bigottismo. Una scioltezza che stupisce per la gioia che diffonde. Dopo aver scoperto di essere aggredita da un tumore che stava degenerando in metastasi scopre di attendere un terzo bimbo. Si trova così di fronte a una decisione vertiginosa. Sarebbe forse possibile intervenire con una terapia la quale potrebbe essere efficace ma che certamente influirebbe sul nascituro mettendone a repentaglio la vita o la salute. Rita preferisce la soluzione radicale. Con la più disarmata semplicità comunica che non si presterà a lasciare che sia intaccata l’esistenza o la salute del figlio che porta in grembo”.

Veronica Giazzon, 36 anni, residente a Trebaseleghe (Pd), infermiera, amante del rugby, madre di una bambina, era ben consapevole del rischio quando, a metà della seconda gravidanza, le diagnosticarono una forma aggressiva di leucemia. Sollecitò i medici a far nascere anticipatamente la bambina che portava in grembo per avviare immediatamente le terapie. Matilde nacque il 14 novembre 2013 e Veronica morì il 14 dicembre 2014. Il trapianto non riuscì e le complicanze vinsero quel fisico irrimediabilmente indebolito.
“Il tutto con una lucidità straordinaria, che l’ha assistita anche quando - come provano le sue parole su Facebook - sapeva di avere davanti l’ultima prova: ‘Non sempre la vita ci riserva solo belle sorprese. Da una settimana sono ritornata a Verona perchè ricaduta malattia. Ora di nuovo fuori gli artigli, bisogna lottare tutti insieme. Ci sarete vero? Ci conto. Vi voglio bene’. Ora, come poteva questa donna conciliare così l’amara consapevolezza di una vita che non ‘ci riserva solo belle sorprese’ con la voglia di tirare ‘di nuovo fuori gli artigli’? Rassegnarsi sarebbe stato normale, comprensibile, umano. Ma Veronica non era sola e, oltre che sulla vicinanza della famiglia, contava ed ha contato, fino all’ultimo, su quella più alta: quella della fede”[461].

Chiara Corbella Petrino, 28 anni, anche lei scelse di non curarsi per partorire il suo bambino. E questa non era la prima volta che Chiara e il marito dimostravano di amare la vita.

[461] *Dal Blog di Giuliano Guzzo. https://giulianoguzzo.com*

Nel 2009 rimase incinta ma dalle ecografie fu diagnosticato al feto una grave anencefalia. Chiara e Enrico accolsero la figlia e l' accompagnarono nella sua vita terrena per solo per 30 minuti; poi, Maria Grazia Letizia, morì.
Una seconda gravidanza. Dalle ecografie i genitori appresero feto era privo di gambe ed affetto da malformazioni viscerali incompatibilità con la vita. "Accompagnarono" anche il piccolo Davide Giovanni, così l'avevano chiamato, per il breve periodo che visse.
Infine una nuova gravidanza. Feto forte e sano ma al quinto mese a Chiara fu diagnosticato un carcinoma alla lingua. La gravidanza proseguì, anche se il rischio per la vita della mamma era notevole, però solo dopo il parto si sottopone all' intervento chirurgico e a cicli di chemioterapia. Chiara non ce l'ha fatta. Morì il 14 giugno 2012 quando Francesco aveva compiuto da poco un anno.
"Alle mamme vorrei dire che conta il fatto di avere avuto il dono del figlio non il tempo che ci è riservato di stare con lui" (Chiara).
"Nel matrimonio il Signore ha voluto donarci dei figli speciali: ma ci ha chiesto di accompagnarli soltanto fino alla nascita, ci ha permesso di abbracciarli, battezzarli e consegnarli nelle mani del Padre in una serenità e in una gioia sconvolgente" (Chiara).
Trascorsi sei anni dalla morte di Chiara, la diocesi di Roma nel luglio 2018 ha avviato il processo di beatificazione.

Exursus 2 - I nati prematuri

Nel maggio 2007 all'Azienda Ospedaliera-Universitaria Careggi di Firenze fu praticato ad una donna alla 22° settimana di gravidanza, un aborto indotto. Pochi giorni prima, conclusa un'ecografia, i medici avevano comunicato alla futura mamma che il nascituro, probabilmente, era affetto da atresia dell' esofago. I sanitari la invitarono a sottoporsi ad altri accertamenti, ma la donna rifiutò ed abortì supportata "dalla compiacenza" di uno psichiatra che gli fornì il certificato. Inseguito, si verificò l'assenza della presunta malformazione[462].
Il piccolo, chiamato Tommaso, nacque vivo e pesava 500 grammi. Dai giornali, abbiamo appreso che le cure furono prestate trascorsi venti minuti dalla nascita. "Siamo stati chiamati dall'ostetrica 20 minuti dopo la nascita del bambino e solo allora siamo intervenuti. Il piccolo fino a quel momento era rimasto privo di assistenza. Forse se non avessimo tardato sarebbe potuto sopravvivere", dichiarò il professor F. Rubaltelli, primario del reparto di terapia intensiva neonatale del Careggi[463].
Un episodio analogo si verificò anche all'Ospedale Civile SS. Annunziata di Cosenza. Un corpicino affetto da labiopalatoschisi sinistra (labbro leporino) fu abbandonato privo di assistenza in una stanza adiacente alla sala parto. A seguito della segnalazione del cappellano, i sanitari si attivarono ad assisterlo, ma dopo poco tempo morì per grave asfissia perinatale.

[462] L' atresia dell' esofago è una malformazione che colpisce 1 bambino su 3.500 con gravità variabile. Si sospetta la presenza della patologia quando nell' ecografia non è visibile lo stomaco; ma questo organo è poco distinguibile in 1 feto su 100.
[463] Dichiarazione al CORRIERE DELLA SERA, 17 maggio 2007.

Questi ingiustificabili episodi ci impongono di trattare la tematica dei "nati prematuri", sopravvissuti all'aborto, che in vari Paesi europei, forse anche in Italia, sono spesso abbandonati come "scarti", scorando che ogni "nato vivo" ha diritto al totale rispetto della sua vita e alle cure, qualunque siano le circostanze della sua nascita. Ovviamente, molti "nati prematuri", non hanno nessun collegamento con un aborto.

Conosciamoli meglio.

Alla "sedicesima settimana" (quattro mesi) il corpicino del futuro neonato "è perfetto" e il feto si muove con agilità nel mondo acquatico del sacco amniotico e alla "ventesima settimana" (quinto mese) perfeziona i movimenti e gli impulsi dei nervi. Ad esempio, quando il pollice si avvicina alla bocca, immediatamente le labbra lo afferrano e la lingua pratica i movimenti di suzione. Inoltre, percepisce sensazioni sensoriali e fisiche come dimostrato dal neonatologo C. Bellieni nel testo: "Sento, dunque sono"[464]. Quindi, un eventuale aborto, gli procurerà un'immensa sofferenza, intuendo che colei che reputava la sua futura mamma lo sta per uccidere.

Quando il personale sanitario ha di fronte feti nati vivi, l'articolo 7 della legge 194 obbliga il medico a adottare ogni idonea misura per salvaguardare la vita del neonato qualora sussista la possibilità di vita autonoma.

I progressi della medicina consentono oggi al feto una vita autonoma in anticipo rispetto al passato; per questo, la legge 194 dovrebbe essere "aggiornata", anticipando il termine ultimo dell'aborto terapeutico dalla 26° settimana alla 23°o 22°.

Il parto che avviene prima del termine della 37° settimana dall'ultimo ciclo mestruale è definito a "pre-termine" ed il neonato "pre-maturo", anche se è complesso accertare la corretta età del feto. Ovviamente, più breve è la durata della gravidanza, più piccolo e più fragile sarà il neonato e con maggiori rischi sia a breve che a lungo termine.

La prima possibilità di vita autonoma la riscontriamo alla 22° settimana nella percentuale del 10% con un alto rischio di disabilità. Le probabilità di sopravvivenza aumentano al 23% nella 23° settimana, al 39% nella 24°, al 52% nella 25° e ad oltre il 75% nella 26°.

Comunque, in ogni situazione, il neonato va rianimato, evitando però l'accanimento terapeutico. La decisione sulla tipologia delle cure o sulla loro sospensione, spetta al medico nel maggior interesse del neonato.

Nel mondo, ogni anno, nascono 13milioni di bambini prematuri. In Italia 50mila, spesso a causa dell'età avanzata della madre, o a seguito della Procreazione Medicalmente Assistita che avendo maggiori percentuali di parti gemellari, aumenta il rischio di venire alla luce prematuri.

Questa situazione comporta settimane di ansia per i genitori poiché al momento della nascita non esiste nessuna sicurezza sulla sopravvivenza.

Per questo voglio concludere con un messaggio di fiducia con la testimonianza di Francesca.

"Mi chiamo Francesca, sono nata alla 24° settimana di gestazione a causa di una brutta infezione al liquido amniotico. Una notte, la mia mamma, cominciò a sentire

[464] Ed. Cantagalli, Siena 2011.

le contrazioni e si recò subito al pronto soccorso ginecologico. Le fu diagnosticata una dilatazione di circa un dito e le dissero che sarebbe stato molto difficile fermare il travaglio che era già in corso. La ricoverarono e le somministrarono subito Vasosuprina, per far cessare le contrazioni. I medici dissero che avrebbe partorito a breve e vista la mia bassa età gestazionale non sarei sopravvissuta.
La mia mamma strinse i denti e riuscì a resistere alle contrazioni per due giorni in modo da permettere al Celestone (un corticosteroide che permette la maturazione dei polmoni dei bimbi) di fare il suo effetto. Quando i medici e gli infermieri uscivano dalla stanza, la mia mamma aumentava fino a due/tre volte il flusso della flebo con la Vasosuprina, rischiando la tachicardia, ma riuscendo a resistere minuto dopo minuto, per due giorni. Così venni al mondo, con la mia mamma spezzata da due giorni di dolori lancinanti; ero un ragnetto di 690 grammi tutto bluastro, mi portarono via dalla sala parto di corsa, non respiravo e non piangevo. L'unica cosa che funzionava, appena appena, era il cuore. Così mi ritrovai in un'incubatrice con una cannuccia nel naso che mi permetteva di respirare, con un ago in vena che mi nutriva e una serie di sonde che monitoravano il mio stato di salute. Il giorno dopo il primario disse ai miei genitori, che, nonostante le iniezioni di surfattanti, i polmoni non reagivano, e che essendo un caso di prematurità così spinto, se avessi continuato ancora per un po' di tempo così, sarebbe stato molto difficile salvarmi. Le mie condizioni sembravano disperate, ma il giorno seguente i polmoni cominciarono a dare segni di funzionamento. Il mio peso scese fino a 550 grammi; respiravo con l'aiuto della macchina. Mi si era perforato l'intestino a causa della NEC (Enterocolite Necrotizzante), una patologia tipica dei prematuri che è causata dalla scarsa vascolarizzazione dell'intestino e mi misero un drenaggio per sfogare i gas nella pancia". Tralasciando altri mille problemi che Francesca dovette affrontare e superare, giungiamo alla conclusione.
"La mia degenza durò 133 giorni, di cui 50 intubati, il mio peso passò da 690 grammi alla nascita a 2.180 grammi alle dimissioni. Ho affrontato veramente di tutto, ma ce l'ho fatta".
E infine l'augurio di Francesca, una bella ragazza con i capelli biondi che oggi ha dodici anni, sta bene ed è felice di vivere: "Mi auguro che la mia storia possa servire a qualcuno... Spero che questo possa aiutare a sperare perché la luce in fondo al tunnel è sempre accesa"[465].

Exursus 3 - La testimonianza di Aurora: "Ero sola contro gli adulti, in difesa del mio bambino"

"Far nascere questo figlio sarebbe la tua rovina, la tua vita finirebbe qua". Stefano era alto 7 centimetri e già era un pericolo pubblico, insomma, da annientare prima che combinasse danni irreversibili. Ma sveglio com'era (era l'agosto del 2011 quando lo scoprirono rannicchiato nel piccolo utero di sua madre) sfoderò il primo dei suoi assi nella manica: "Per settimane non ci accorgemmo che ero incinta, perché al primo mese ebbi ugualmente il ciclo", spiega Aurora Leoni, "così io e nonna Valentina lo scoprimmo con un mese di ritardo. Vivevo con lei da sempre,

[465] *www.ventiquattrosettimane.it*

perché mia mamma se n'era andata quando avevo un anno e mio padre non l'ho mai conosciuto, per questo ero sotto i servizi sociali di Forlì e ovviamente ci rivolgemmo a loro: avevo 12 anni, ero una bambina e aspettavo un figlio. Tutto il mondo degli adulti si mosse per 'aiutarmi', ma aiutarmi ad abortire, invece quel fagiolino era già mio e io non avevo mai provato la felicità che sentivo da quando lo avevo dentro".

Matura come una madre e acerba come l'adolescente che è, Aurora (oggi 19 anni) oscilla tra le sue due anime e prova ad armonizzarle, certa soltanto di una cosa: "Allora ero ribelle e trasgressiva, un colpo di testa dopo l'altro… ma il mio bambino è stato il colpo in testa mandato dal Cielo per salvarmi. Senza di lui oggi sarei sicuramente alla rovina".

L'esatto opposto di quanto le diceva l'assistente sociale che provava a farla ragionare: "Se lo tieni cosa dirà la gente? Anche i giornali ne parleranno".

Come da copione, pure il padre del bambino trovava saggio eliminare il problema alla radice, anche se in questo caso - bisogna ammetterlo - con l'attenuante dell'età (solo due anni più di Aurora). Motivo per cui quando la bambina raggiante di gioia gli rivela la notizia, la sua sola preoccupazione è "non dirlo a mia mamma", pretesa impossibile. Persino nonna Valentina, pur contraria all'aborto e affezionata alla nipote, sa che non c'è alternativa e attorno ad Aurora il cerchio si stringe.

A 12 anni si è in grado di generare la vita ma non si ha voce in capitolo, la legge per lei non prevede il diritto di scelta, così in quattro e quattr'otto i servizi sociali prenotano le visite al consultorio pubblico e la data per l'aborto è fissata. Ma Stefano ha quell'asso nella manica e ribalta la situazione: "Il ginecologo ha scoperto che era già di tre mesi e mezzo, i termini di legge per abortire erano già scaduti. Lui era seccato, io felicissima. Se non che la legge 194 prevede che per gravissimi problemi a livello psichico si può interrompere la gravidanza anche dopo, così mi portarono di corsa da un neuropsichiatra infantile, che ci desse lui la soluzione". Ma niente da fare neanche lì: rimasta da sola a colloquio con lui, Aurora sfodera la prima delle sue due anime, quella della madre già matura, ripete che quel figlio è suo e lei lo vuole… E Stefano si avvia indenne verso gli 8 centimetri di lunghezza.

I servizi sociali a questo punto chiedono almeno ad Aurora di entrare in comunità, e lei per la gravidanza approda al Cav di Forlì, il Centro di Aiuto alla Vita, dove tuttora vive.

"È difficile perché non è come a casa tua, ci sono delle regole, orari da rispettare, vivi in mezzo a tanti bambini", racconta oggi, ma anche dove "ho trovato la mia famiglia e la mia seconda mamma, quella che mi è sempre stata vicina e tuttora lo è", Angela Fabbri, attivissima presidente del Cav e da 30 anni responsabile della Casa d'accoglienza 'La Tenda'.

È lì che i due bambini, mamma e figlio, crescono uniti, immersi in quel condensato di vita vera che è la casa famiglia, dove altri sette bambini non sono fortunati come Stefano: "Io so bene cosa vuol dire da piccoli non avere la mamma, per questo in casa do una mano a operatori e volontari, anche se di giorno faccio il servizio civile in una scuola elementare a sostegno degli scolari problematici - racconta Aurora -. Di notte invece studio per l'ultimo anno di

odontotecnico".
Con la stessa forza con cui ha lottato perché Stefano nascesse, ha subito chiarito che non lo avrebbe affidato a nessuno, "non volevo fare con lui lo stesso errore che mia madre aveva fatto con me. Io sono figlia di una donna che ha dato alla luce otto figli da quattro padri diversi, Stefano invece dovrà sempre sapere che lui è la mia priorità, tutto il mondo viene dopo di lui".
Per questo non le importa che il padre non lo abbia riconosciuto e che dopo il primo anno e mezzo abbia anche smesso di venirlo a trovare, "gli alimenti? non li ho mai chiesti e non so che farmene, io ho Stefano e quindi ho tutto", spalanca gli occhi azzurri sotto il caschetto rosso. Il suo bambino, stessi occhi ma capelli d'oro, in sei anni ha già cambiato tre cognomi, il primo scelto dall'ostetrica al parto, il secondo dall'anagrafe, "finalmente a 16 anni la legge mi ha consentito di dargli il mio. E a 18 ho subito iniziato a testimoniare: le donne devono sapere la verità, non è umano ingannarle, si deve dire che abortire significa uccidere tuo figlio. La legge parla chiaro, gli assistenti sociali dovrebbero aiutare la maternità quando è difficile, non farti credere che l'aborto sia una cosa normale. Il giorno in cui ho fatto la prima ecografia l'ho visto, era piccolissimo ma così bello, era il mio dolce maschietto già amato e desiderato. Se avessi dato retta agli adulti oggi andrei in discoteca e sarei libera, ma la mia vita sarebbe disperata: allora frequentavo una compagnia poco bella e vedo come sono finiti male gli altri, come sono angosciate le mie amiche che hanno abortito. Quella piccola cosina dentro di me mi ha salvata". L'assistente sociale di una volta è stata la prima a portare un regalo a Stefano quando è nato. E oggi uno dei medici del consultorio ogni volta che mi incontra con lui mi dice: "Guarda cosa stavi per perderti"[466].

Parte Terza

[466] LUCIA BELLASPIGA, *Avvenire.it*, 2 febbraio 2018

LE FASI DELLA VITA

Cap. 8. L'UOMO UNITA' DI CORPO, PSICHE E SPIRITO

Nel primo capitolo della terza parte di questo Manuale ci poniamo la domanda fondamentale per ogni tipologia di professione sanitaria: **Chi è l'uomo?**
Dalla risposta che ognuno fornirà deriverà il "rapporto terapeutico" che terrà con il fragile e il sofferente che incontra nello svolgimento del suo lavoro, cioè nell'esercizio di una originale professione che autorizza l'operatore sanitario all'accesso al corpo altrui per formulare sentenze di vita o di morte.

Questo interrogativo importantissimo ogni volta che discutiamo sulla persona, nella storia se lo sono posti in molti; simbolico è l'aneddoto del filosofo Diogene che con la lanterna vagava in pieno giorno nelle strade di Atene e in modo folle e spregiudicato gridava: "cerco l'uomo".
Pochi, però, nelle varie epoche hanno fornito risposte esaurienti che possiamo riassumere in due posizioni opposte: "l'uomo è il suo corpo", oppure, "l'uomo è la sua anima".

Di fronte alla difficoltà del quesito ripercorreremo alcune tappe che possano aiutare il lettore a rispondere personalmente all'interrogativo, affinché il "concetto di uomo", per quanto riguarda la sua unicità e dignità, non rimanga a livello teorico ma si concretizzi nel quotidiano della prassi diagnostica e terapeutica ma anche nelle discussioni, nei dibattiti e nei confronti. A tutto ciò, premettiamo come premessa, alcune osservazioni sull'origine del cosmo e dell'uomo.

1.L'origine del cosmo e dell'uomo

Alcuni modelli cosmologici si propongono l'arduo compito di illustrare l'origine dell'universo e dell'uomo rispondendo a numerosi interrogativi: Come si è costituita la vita? Mediante la creazione diretta da parte di Dio oppure attraverso una legge iscritta nel cuore della materia? E l'uomo, quale genesi ha seguito?
Due le tesi più rilevanti: quella evoluzionista e quella creazionista.

1.1.TESI EVOLUZIONISTA

La tesi evoluzionista che ebbe origine nel XIX secolo in un clima culturale caratterizzato dal positivismo è il caposaldo della moderna biologia. Interpreta l'universo come l'effetto e la conseguenza di un processo di sviluppo naturale.

"Padre" dell'evoluzionismo fu C. Darwin (1809-1882), autore del trattato: "L'origine delle specie", nel quale illustrò che le specie viventi, compreso l'uomo, scaturirono l'una dall'altra; le più complesse dalle meno complesse, mediante processi di trasformazione innestati dal mutamento naturale.

Qual'è l'opinione della Chiesa cattolica?
Ci poniamo questo interrogativo per superare una convinzione alquanto diffusa: che il pensiero religioso sia inconciliabile con quello scientifico, scordando, ad esempio, che la teoria del "Big Bang" fu formulata nel 1927 dal sacerdote belga

G. E. Lemaître (1894-1966) che parlò di "ipotesi dell'atomo primigenio"[467]. Solo venti anni dopo, lo scienziato F. Hoyle (1915-2001) diede a questa teoria scientifica il nome di "Big Bang", col quale oggi è nota[468].

A seguito di decenni di discussioni e di confronti, l'opinione attuale della Chiesa cattolica è riassunta da G. De Rosa: "Il 'fatto' dell'evoluzione della vita sul pianeta terra - cioè il passaggio per evoluzione, vale a dire per trasformazione degli organismi gli uni negli altri, nel corso dei tempi geologici - sembra scientificamente accertato, tanto che oggi non si qualifica più l'evoluzione dei viventi come semplice 'ipotesi', che deve essere confermata o convalidata, ma si parla di 'teoria dell'evoluzione biologica' "[469].

Rimane però carente, tra i ricercatori, la consonanza sulle spiegazioni delle cause e dei meccanismi.

La dottrina cattolica, consapevole della scorrettezza di fare asserire alla scienza o alla fede ciò che non possono affermare non rientrando nel loro orizzonte conoscitivo, ammette l'ipotesi evoluzionista, purché si attesti che l'uomo non è "un prodotto del caso" ma desiderato dal Creatore a sua immagine e somiglianza.

Così si pronunciò san Giovanni Paolo II, il 22 ottobre 1996: "Nella sua enciclica Humani Generis (1950), il mio predecessore Pio XII aveva già affermato non esservi opposizione tra evoluzione e dottrina della fede perché non si perdessero di vista alcuni punti fermi. Occorre definire bene il senso della Scrittura, scartando le interpretazioni indotte che le fanno dire ciò che non è nella sua intenzione di dire. La 'Humani Generis' considera la teoria dell'evoluzione un'ipotesi seria. Dopo circa mezzo secolo, nuove conoscenze inducono a non considerarla più una mera ipotesi. E' degno di nota che questa teoria si imposta all'attenzione dei ricercatori a seguito di una serie di scoperte fatte nelle diverse discipline del sapere. La convergenza non ricercata né provocata dei risultati dei lavori condotti indipendentemente gli uni dagli altri, costituisce di per sé un argomento a favore di questa teoria"[470].

Papa Francesco, il 28 ottobre 2014, parlando alla Pontificia Accademia delle Scienze fu ancora più esplicito: " Il Big-Bang, che oggi si pone all'origine del mondo, non contraddice l'intervento creatore divino ma lo esige. L'evoluzione nella natura non contrasta con la nozione di Creazione, perché l'evoluzione presuppone la creazione degli esseri che si evolvono".

Dunque, la Chiesa cattolica, malgrado i "distinguo" evidenziati, ammette l'evoluzionismo.

1.2.TESI CREAZIONISTA

La tesi creazionista, approvata per secoli, e oggi supportata dall'impressione che il procedere scientifico riporti continuamente a Dio come ricordato da papa

[467] Cfr.: G. LEMAÎTRE, *Un Univers homogène de masse constante et de rayon croissant rendant compte de la vitesse radiale des nébuleuses extra-galactiques* in *Annales de la Société Scientifique de Bruxelles*, vol. 47, aprile 1927, pg 49.

[468] Cfr.: F. HOYLE 1948 Monthly Notices of the Royal Astronomical Society 108, 1948, pg. 372.

[469] G. DE ROSA, *L'origine dell'uomo. Evoluzione e creazione,* Civiltà Cattolica, 2 aprile 2005, pg.12.

[470] GIOVANNI PAOLO II, *Discorso al Seminario per il 60° anniversario della rifondazione della Pontificia Accademia delle Scienze*, 22 ottobre 1996.

Francesco, si fonda sul concetto teologico della creazione “dal nulla” e “nel tempo”, affermando con queste espressioni la totale ed esclusiva subordinazione dell'Universo dal Dio creatore, come dichiarato nel credo Niceo-Costantinopolitano: “Credo in Dio Padre onnipotente, creatore del cielo e della terra”.

Dunque, l’universo e l’uomo, sono doni della libera iniziativa di Dio poichè nulla preesisteva all’atto del Creatore, neppure l’uomo, che in forza della peculiarità spirituale che lo caratterizza, non può provenire da esseri inferiori. Anche l’evoluzione cosmica e biologica si sono sviluppate seguendo un “disegno superiore”.

Per questo, il Catechismo della Chiesa Cattolica, afferma: “Noi crediamo che il mondo è stato creato da Dio secondo la sua sapienza. Non è il prodotto di una qualsivoglia necessità, di un destino cieco o del caso” (295). “La creazione è destinata, indirizzata all’uomo, immagine di Dio (…). La creazione, infatti, è voluta da Dio come un dono fatto all’uomo, come un’eredità a lui destinata ed affidata” (296).

Ma la tesi creazionista ha destato ideologiche e strumentali polemiche nei fautori più intransigenti e radicali, riconoscibili nella posizione del Parlamento Europeo del 4 ottobre 2007. “L’Assemblea Parlamentare è preoccupata per i possibili effetti deleteri della diffusione delle teorie creazioniste nell’ambito del nostro sistema d’istruzione e intorno alle conseguenze che potrebbero avere per le nostre democrazie. Se non stiamo attenti, il creazionismo potrebbe diventare una minaccia per i diritti umani, che per il Consiglio d’Europa costituiscono una questione chiave” (Risoluzione 1580). Il Parlamento Europeo condizionò in questo caso, inopportunamente, una discussione scientifica, filosofica e teologica.

Rileviamo, infine, che alcuni fautori dell’evoluzionismo, senza rinnegare il loro pensiero, si convertirono al cristianesimo abbandonando l’ateismo.

A.Wallace (1823-1913), naturalista e bio-geografo gallese, ritenuto da Darwin il co-fondatore della teoria dell’evoluzione, approdò alla fede mediante gli studi di naturalista presso la Royal Society e scrisse alcuni testi sull’anima.

R. Flew, docente di filosofia all’Università di Reading (Gran Bretagna), che per tutta la carriera accademica sostenne come follia irrazionale ed offesa all’uomo ragionevole l’esistenza di un Essere Superiore o di un Dio creatore come rivelato dalla Bibbia, modificò inaspettatamente la sua opinione. Dalla Nota dell’ “Associated Press” del 9 dicembre 2004, apprendiamo: “In un simposio sponsorizzato dall’Università di New York, il professor R. Flew ha dichiarato che gli sviluppi della scienza moderna lo hanno condotto a convincersi dell’intervento di una Mente Intelligente nella creazione del mondo”.

A. Gray (1810-1888), il maggiore darwinista americano, medico e botanico; C. Lyell (1797-1875) geologo scozzese, amico personale di Darwin e F. W. Herschel (1738-1822), astronomo e fisico britannico, furono credenti, rifiutando le interpretazioni ideologiche dell’evoluzionismo.

Dunque, la Chiesa cattolica, riconosce la teoria evoluzionista; la rifiuta tuttavia nell’ interpretazione che mostra la creazione dell’uomo unicamente come “frutto di un processo casuale”, perché “noi non siamo il prodotto casuale e senza senso

dell'evoluzionismo. Ciascuno di noi è frutto di un pensiero di Dio"[471]. All'uomo, ricordava papa Francesco, "Dio dà un'altra autonomia, un'autonomia diversa da quella della natura, che è la libertà. E dice all'uomo di dare il nome a tutte le cose e di andare avanti nel corso della storia. Lo rende responsabile della creazione, anche perché domini il Creato, perché lo sviluppi e così fino alla fine dei tempi"[472].

Concludendo: "Nell'apparizione dell'uomo, il processo evolutivo si è incontrato, per così dire, con l'atto divino creativo dell'anima umana. Come ciò sia avvenuto è impossibile dirlo, trattandosi di un atto propriamente divino e trascendente che va, quindi, al di là di quanto la scienza e la ragione possono percepire. Mostra tuttavia un fatto molto importante: che tra evoluzione e creazione non c'è né contrasto né opposizione"[473].

2.Concezioni riguardanti l'uomo

Tre sono le concezioni riguardanti l'uomo che esamineremo: monistica, dualistica, personalistica.

2.1.CONCEZIONE MONISTICA (o unidimensionale)

Trae origine principalmente dall'epicureismo (IV secolo a. C.) che riteneva "la materia" l' elemento fondante l' uomo e la sua realizzazione.

L'idea, ripresa più volte nella storia, ebbe ampia risonanza nei secoli scorsi; prima con C. Marx, in seguito con il neo-marxismo di J. P. Sartre e di H. Marcuse.

Marx, non solo rinnegò ogni riferimento trascendente della persona, ma persuaso che per "valorizzare" l' uomo fosse indispensabile "ripudiare Dio", propose concezioni filosofiche che indirizzassero l' individuo esclusivamente alle categorie dell'azione e del lavoro. Di conseguenza, per Marx, la religione era "il sospiro della creatura oppressa, il cuore di un mondo spietato…, l'oppio del popolo"[474], il prodotto di un'umanità alienata e sofferente che cercava illusoriamente nell'aldilà ciò che le era negato nell'aldiquà. Quindi, era fondamentale eliminarla, distruggendo le strutture sociali che la producevano e la sostenevano.

Questo mostra che Marx intese l'uomo costituito unicamente dalla "dimensione materiale", gestore autonomo dell'esistenza, ed esaltò il corpo come il luogo privilegiato per la sua realizzazione, in grado di esaurire i desideri della persona. Il suo pensiero fu così riassunto da A. Gramsci: "L'uomo può dominare il proprio destino, può farsi, può crearsi una vita. Diciamo dunque che l'uomo è un processo e precisamente il processo dei suoi atti"[475]. Questo fu anche il modello di riferimento dei regimi marxisti e leninisti del XX secolo che subirono una catastrofica disfatta negli anni '90 del XX secolo con la conclusione delle dittature comuniste nei Paesi dell' Est europeo.

Anche il processo di secolarizzazione galoppante in vari Paesi, fondati su

[471] PAPA FRANCESCO, *Discorso alla Pontificia Accademia delle Scienze,* 28 ottobre 2014.
[472] *Discorso alla Pontificia Accademia delle Scienze,* op. cit.
[473] *L'origine dell'uomo. Evoluzione e creazione,* op. cit.
[474] K. MARX, *Introduzione alla critica della filosofia hegeliana del diritto pubblico,* 1844.
[475] AA. VV, *Il pensiero di Gramsci,* Editori Riuniti, Roma 1972, pg. 73.

processi culturali che più volte papa Benedetto XVI ha denominato “dittatura del relativismo” ricopiano in modo accentuato la concezione monistica.

2.2.CONCEZIONE DUALISTICA (o bidimensionale)

Il dualismo è una concezione filosofica e teologica che vede nell’uomo la presenza di due essenze o principi opposti e inconciliabili; esaminiamo alcuni passaggi del suo sviluppo.

A livello filosofico.

Collegandosi all’interpretazione orfico-pitagorica Platone (427-347 a.C.) sviluppò una teoria che reputava l' anima e il corpo due sostanze eterogenee, unite accidentalmente. Convinto che l'anima fosse l'autentica realtà dell' uomo, il centro della vita intellettiva ed etica della persona, giudicò il corpo “un carcere” e un ostacolo al pensiero e alla virtù. L'anima, infatti, decaduta dalla sua condizione iniziale di perfezione è prigioniera in un'entità corruttibile e mortale[476], anche se continuerà la sua esistenza anche dopo la morte del corpo.

Con Aristotele, (384-322 a.C.) la concezione dualistica si indebolì ma non scomparve, influenzato dall'orientamento cosmocentrico dominante nel mondo greco. Per questo filosofo, le due entità (anima e corpo), non sono separate ma costituiscono “elementi separabili” di un'unica sostanza. L'anima è la vita che possiede in potenza un corpo che, però, non è un semplice strumento dell'anima avendo “in se stesso il principio del movimento e della quiete”[477]; cioè quelle capacità che consentono all’organismo di vivere.

A livello religioso.

Lo gnosticismo[478] disprezzando, in contrasto con il cristianesimo, la corporeità e la risurrezione dei corpi, seguì il filone dualistico che rimase rilevante fino alla Scolastica[479].

Ma pure nella Chiesa dei primi secoli, talvolta prevalse un'antropologia che privilegiò l'anima a discapito del corpo; per questo, si riscontrava in alcuni “una fuga” dalla società e il disprezzo delle realtà materiali e temporali. Pure nell'impegno ascetico e mistico, in taluni casi, si giudicava il corpo un ostacolo al perfezionamento dell'anima.

Tralasciando vari passaggi storici e filosofici intermedi, giungiamo a san Tommaso d’ Aquino (1221-1274) che definì il corpo indispensabile per una compiutezza non altrimenti raggiungibile. Dimostrò, in altre parole, l' unità radicale e sostanziale tra anima e corpo: "L'anima comunica alla materia corporale l'atto di essere per cui essa stessa sussiste; da tale materia corporale e dall'anima intellettiva risulta un unico soggetto, poiché l'essere del composto è il medesimo essere dell'anima"[480]. Ma l’Aquinate parla pure dell’autonoma sussistenza dell’anima stessa: "tutta la natura corporea è sottoposta all'anima e compie rispetto a essa una funzione in quanto non si esercita per mezzo di un organo

[476] Cfr. PLATONE, *Fedone*, 66b.
[477] Cfr. ARISTOTELE, *L'anima*, II, 1, 412b, 16
[478] Concezione religiosa-filosofica cui si riferivano alcune sette eretiche nei primi tempi del cristianesimo.
[479] Filosofia cristiana medioevale che tentò di conciliare la fede cristiana con un sistema di pensiero razionale, specialmente quello della filosofia greca.
[480] TOMMASO D’AQUINO, *Summa theologiae*, I, q. 76, a. 1.

corporale: questa è l'attività dell'anima razionale"[481].

Continuando in questo breve excursus non possiamo tralasciare il “dualismo della filosofia cartesiana” nell'epoca del trionfo del razionalismo[482] e dell'idealismo[483] che ripropose corpo e anima come “due sostanze” con valore ed essenza differenti. Ad esempio, per Cartesio, la persona umana è un insieme di anima e di corpo, entità però separate e di natura indipendente. L’anima immateriale è la persona vera e propria che comunica con il corpo mediante la ghiandola pineale (epifisi), una struttura rudimentale posta alla base del cervello umano[484].

Riferendosi a questa concezione ma anche a quella positivistica, allo scientismo e al pragmatismo, la persona nel corso degli ultimi secoli, venne sempre più accostata mediante criteri oggettivizzanti, mostrando la primaria importanza al corpo.

Questa visione è spesso assunta dalla medicina moderna che considera la natura biologica accidentale, facendo propria la concezione organicistica-funzionale che cura, il più delle volte, unicamente un organo, cioè una patologia, trascurando le altre sfere della persona. Di conseguenza, è sempre più arduo, fornire significative risposte globali ai bisogni e alle attese del sofferente.

2.3.CONCEZIONE PERSONALISTICA (o tridimensionale)

È il criterio che proponiamo nel curare, accostare e visitare il malato oppure quando di discute sull’uomo.

Questa concezione è riassunta nel salmo VIII che così descrive l’uomo rivolgendosi a Dio:

“*Hai fatto (l’uomo) poco meno degli angeli, di gloria e di onore lo hai coronato: gli hai dato potere sulle opere delle tue mani; tutto hai posto sotto i suoi piedi, tutti i greggi e gli armenti, tutte le bestie della campagna, gli uccelli del cielo e i pesci che percorrono le vie del mare*" (vv. 8,4-9). E, al termine, il salmista proclama: "*O Signore, nostro Dio, quanto è grande il tuo nome su tutta la terra: sopra i cieli si innalza la tua magnificenza*” (vv. 10).

Nel salmo osserviamo che l' uomo è il centro della creazione, “partner di Dio” nel governo della terra, finalizzata unicamente a lui.

Di conseguenza, possiamo affermare con certezza, che la realizzazione e la felicità dell'uomo erano gli obiettivi primordiali di Dio, e questi consistevano nella comunione totale con il Creatore.

Questo “criterio base” della visione cristiana dell'uomo è ben evidenziato da sant’Ireneo: "Gloria Dei vivens homo" (L’uomo vivente è la gloria di Dio) e riassunto dalla Costituzione Pastorale “Gaudium et spes” del Concilio Vaticano II: “anima et corpore unus”[485].

E’ il concetto fondamentale dell'immutabile antropologia cristiana!

---

[481] *Summa theologiae*, op. cit., I, q. 84, a. 2.

[482] Corrente filosofica che vede nella ragione umana la fonte di ogni conoscenza.

[483] Visione del mondo che riconduce totalmente l'essere al pensiero, negando esistenza autonoma alla realtà fenomenica, ritenuta il riflesso di un'attività interna al soggetto.

[484] Cfr.: R. DESCARTES, *Les passions de l’ame,* in C. ADAM – P. TANNERY (a cura di), *Oeuvres de Descartes*, Parigi 1974, pp. 351-353.

[485] CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et spes*, n. 14.

La giustificazione la riscontriamo nei primi capitoli del Libro della Genesi dove notiamo che Dio riserva all'uomo attenzioni e privilegi particolari.

La Bibbia descrive l'uomo primariamente con alcuni vocaboli: corpo, psiche e spirito da intendersi non come elementi autonomi, ma parti di un'unitotalità concreta e indivisibile. Ne consegue che il corpo e la psiche non sono estranei all'aspetto spirituale, essendo l'antropologia biblica profondamente unitaria. Da notare che "nell'Antico Testamento non si riscontra, come oggi, una netta distinzione tra anima, spirito e psiche ma sovente l' anima e lo spirito sono intesi come 'totalità psico-fisica' che a volte significa l' intera realtà fisica dell'uomo, a volte una specie di principio psichico, a volte 'se stesso' o la coscienza. L'Antico Testamento non distingue nettamente questi vari concetti"[486].

Per comprende "la grandezza" dell'uomo esamineremo "la sua origine" con alcuni "quadretti" presenti nei primi capitoli del Libro della Genesi.

Il "primo" riguarda la narrazione della creazione dell'uomo: "Allora, il Signore Dio, plasmò l'uomo con polvere del suolo e soffiò nelle sue narici un alito di vita e l'uomo divenne un essere vivente"(Gen. 2,7). L'uomo, plasmato dal fango, non è in continuità con un dinamismo biologico inferiore ma acquisisce dal soffio divino l' anima, la superiorità sulle altre creature e la capacità d'introspezione mediante il dono della libertà.

Il "secondo" riguarda il rapporto tra l'uomo e le creature: "Allora il Signore Dio plasmò dal suolo ogni sorta di bestie selvatiche e tutti gli uccelli del cielo e li condusse all'uomo per vedere come li avrebbe chiamati: in qualunque modo l'uomo avesse chiamato ognuno degli esseri viventi, quello doveva essere il suo nome"(Gen. 2,19). In questa descrizione notiamo il contatto dell'uomo con il cosmo ed è delegato ad attribuire il nome alle varie creature. E' l'avvio dell' avventura della scienza, della tecnica e del lavoro. Ma, è opportuno puntualizzare: "Poiché immagine di Dio, e quindi collaboratore di Dio, l'uomo non è l'arbitro insindacabile o il padrone assoluto del creato: è unicamente 'l'economo di Dio' "[487]. "Tremenda responsabilità" dell'uomo nei confronti del creato ha affermato papa Francesco![488].

Il "terzo" riguarda l'entrata in scena della donna creatura con pari dignità dell'uomo: "Poi il Signore Dio disse: 'Non è bene che l'uomo sia solo: gli voglio fare un aiuto che gli sia simile' "(Gen. 2,18). Tra Adamo ed Eva si stabilisce immediatamente una "omogeneità totale" che raggiunge il vertice nell'atto che li trasforma in "una carne sola" (cfr. Gen. 2,24), pur mantenendo ognuno la propria singolarità e originalità. La donna simboleggia anche il prossimo e la società e l'annullamento della solitudine, essendo l'uomo "costituito per la relazione"; quindi, da quel momento, amore, gioia e dolore si trasfonderanno nell'altro e viceversa.

Il "quarto" riguarda le libertà che evidenzia nuovamente l'unicità dell'uomo. Una libertà che sarà da Dio sempre rispettata. Mediante l'uso della libertà, positivamente o negativamente, l' uomo sarà "responsabile del suo futuro".

---

[486]B. MAGGIONI, *Termine "uomo",* in Dizionario Biblico, Assisi 1981, pg. 1017.

[487] D. TETTAMANZI, *L'uomo immagine di Dio. Linee fondamentali di morale cristiana,* Piemme, Casale Monferrato (Al) 1992, pg. 45.

[488] Cfr. PAPA FRANCESCO, Enciclica *Laudato sìi* , n. 66.

Il “quinto” riguarda il cattivo uso della libertà. Purtroppo, la comunione personale con il Creatore, fu offuscata dal “peccato originale” quando l'uomo si lasciò plagiare dall'invito tentatore: "Sarete come Dio”(cfr. Gen. 3,4-5). Vale a dire: “Sarete indipendenti da Dio; potrete decidere voi cos'è bene e cos’ è male; diventerete gli arbitri della morale". In quel momento I' essere umano si sottrasse all'Amore, ricercando unicamente in sé la propria identità.

Emarginato Dio, l’ esistenza dell’uomo si trasformò in una tragedia, abbassando il livello della sua dignità e incrinando “i rapporti”. I “rapporti con la donna”: la relazione d'amore fu compromessa, ridotta, a volte, a pulsioni violente: “Verso tuo marito sarà il tuo istinto, ma egli ti dominerà”(Gen. 3,16°). Pure il parto comporterà dolore: "Moltiplicherò i tuoi dolori e le tue gravidanze, con dolore partorirai figli”(Gen. 3,16b). La gravidanza, fonte di vita e di gioia, si trasformò in percorso di sofferenza. I “rapporti con il cosmo”: s'instaurò la conflittualità con la terra che si presentò avara di prodotti e il lavoro si mostrò duro e alienante: "Maledetto sia il suolo per causa tua! Con dolore ne trarrai il cibo per tutti i giorni della tua vita” (Gen. 3,17) e "con il sudore del tuo volto mangerai il pane"(Gen. 3,18). I “rapporti con Dio”: l'uomo fu cacciato dal giardino dell'Edem essendosi ormai infranta la comunione con il creatore (Cfr. Gen. 3,20). E immediatamente la violenza dilagò. Un esempio è il primo omicidio della storia, quello perpetrato da Caino nei confronti di Abele, simbolo del sangue che attraverserà nei secoli l 'umanità (Gen. 3,23).

Per l'uomo iniziò il tempo delle limitatezze; il corpo si mutò in un peso, sopraffatto dalle sofferenze e dalle concupiscenze, e dovrà affrontare la tragica esperienza della morte.

Non essendo questo un trattato di teologia o di spiritualità, terminiamo ricordando che il Creatore promise all’uomo di non abbandonarlo; il suo amore e la sua fedeltà si manifesteranno nel corso della storia del Popolo d’Israele e soprattutto con la nascita di Gesù Cristo, il Figlio di Dio. Mentre I' umanità viveva la tragedia della disperazione, il Messia proclamò l'attuazione della salvezza; infatti, con la morte in croce del Cristo, ma soprattutto con la sua risurrezione, fu ridata all’uomo una speranza eterna che non sarà mai delusa.

Dunque, la Sacra Scrittura, mostra che I' uomo, nonostante la sua fragilità, è al vertice della creazione, superiore a tutte le creature terrestri e inferiore unicamente agli spiriti celesti, perché con l’ “intelligenza” può scrutare, dominare e trasformare I' universo; con la “libera volontà” può assoggettare a sè le creature; mediante i “sensi” può gustare la bellezza e I' armonia delle cose; per mezzo delle “mani” può trasformare la realtà fisica in ciò che pensa e desidera. Ma l’uomo, è pure mediocre, per le conseguenze del peccato originale.

La centralità dell’uomo come valore assoluto, e di conseguenza, l’approccio integrale alla persona, sta alla base della corrente di pensiero denominata “personalismo ontologico”. Esponenti di rilievo furono E. Mounier, J. Maritain e A. Rosmini.

Mounier affermava: “Il personalismo è uno sforzo integrale per comprendere e per superare la crisi dell’uomo nella sua totalità”[489]. “Uomo”, inteso come “una tensione fra le sue tre dimensioni: quella che sale dal basso e l’incarna in un

[489] E. MOUNIER, *Il Rinascimento,* Esprit 1 (1932) 12.

corpo; quella che è diretta verso l'alto e la solleva ad un universale; quella che è diretta verso il largo e la porta verso una comunione. Vocazione, incarnazione, comunione sono le tre dimensioni della persona"[490].
Per il modello personalista ontologico "la dignità" è il fattore costitutivo della persona, quindi un valore da rispettare pienamente in tutta l'esistenza: dal concepimento alla morte naturale.
La "dignità", è inoltre, un valore universale e il legame che unisce tutti gli esseri umani. Tommaso d'Aquino sosteneva che la persona umana rappresenta "l'essere più perfetto della natura"[491]; perciò, ledendola, s'infligge una grave ferita alla società nelle sue radici e nel suo vertice.

Concludendo. La società ha origine dall'uomo ed è al suo servizio; di conseguenza, la difesa del valore primario e inalienabile dell'individuo è il presupposto di ogni autentico progresso.
Per concretizzare l' argomento proponiamo alcune riflessioni.

2.3.1.LA SUPREMAZIA DELL'UOMO NEL COSMO

Il canone della "supremazia dell'uomo", oggi, in diverse situazioni, appare capovolto. Molti, ad esempio, s'impegnano meritoriamente nella difesa degli animali ma rimangono indifferenti nei confronti di ogni situazione negativa che l'uomo deve affrontare, dimenticando che ogni creatura terrestre è finalizzata unicamente al benessere della persona che non può essere trasformata, da nessuno, in strumento. Si pensi ad esempio all'indifferenza di fronte al crimine dell'aborto o alle strumentali proteste per le sperimentazioni cliniche sugli animali.

Inoltre, gli abusi perpetrati da taluni regimi, quali il nazismo, il fascismo, il comunismo marxista-leninista hanno manipolato e umiliato l' uomo e, talora, strutturato la comunità prevalentemente sull' "utopia della burocrazia".

E, "la burocrazia", è un gravoso problema anche della nostra società, quando ci si scorda che la finalità primaria delle Istituzioni pubbliche e private è il "benessere del cittadino" e, di conseguenza, il rispetto dei suoi "diritti fondamentali" anche tramite il superamento di alcune rigidità spesso disumane. La burocrazia, della quale siamo ostaggi, potrebbe anche uccidere! Indicativa è la storia di Angela, 26 anni di Casal Velino, al quinto mese di gravidanza, soffriva dolorosi mal di testa; la diagnosi fu drammatica: tumore al cervello. Doveva essere operata d'urgenza, oppure sottoporsi a trattamenti di chemioterapia e, di conseguenza, interrompere la gravidanza. Immediatamente la giovane donna affermò: "No, non se ne parla. Preferisco morire".
Scrisse pure a Papa Francesco: "Non si può chiedere a una madre di salvarsi ammazzando sua figlia". La, Angela, non si arrese al destino, e dopo alcune ricerche scoprì l'esistenza di un robot, il "cyberknife" che esegue interventi di radiochirurgia alla clinica "Mater Dei" di Bari. Questa nuova metodologia, già utilizzata in varie nazioni, non causerebbe danni al feto. Il "cyberknife" è guidato da un computer in grado di orientare alte dosi di radiazioni in modo molto mirato. Ma, per inspiegabili motivazioni burocratiche, il macchinario già collaudato non poteva essere utilizzato. Da vari giornali apprendiamo che in molti si diedero da

[490] E. MOUNIER, *Le personnalisme*, Presses Universitaires de France, Paris 1950.
[491] *Summa Theologiae*, op. cit., I, q.29, a, 3g.

fare affinché “cyberknife” potesse operare Angela, ma la burocrazia s’impantanò nelle secche dell’indolenza. Angela, quindi decise di farsi operare ad Atene, dove l’intervento riuscì perfettamente e la piccola Francesca Pia nacque nei tempi stabiliti da una mamma “coraggio”.
Quella di Angela fu è una storia terminata positivamente nonostante i vari ostacoli posti da una burocrazia ottusa, perversa e inefficiente ma, molti sofferenti, sono quotidianamente schiavi di questo “squallido malcostume”.

L’antropologia ci invita a modificare la burocrazia, fornendogli un “volto umano”. Il punto di partenza è la sconfitta della tendenza ad esprimersi in “termini generali”: umanità, classi, ceti, categorie, pazienti, utenti…, per “riconoscere la persona” che, con un nome ed un volto, sta di fronte in quel momento, con il suo problema.

L'esempio eccellente è offerto da Dio, che come ricorda un autore, è Colui che "sa contare solo fino a uno". Nell'Antico Testamento si parla maggiormente di “uomo” che di “umanità”, e Dio “chiama per nome” coloro cui affida una missione. Anche per Gesù Cristo era assente “la classe” dei bisognosi o quella dei malati o dei fragili…; per Lui, in quel momento, era presente “unicamente” quel lebbroso, quel cieco, quel paralitico, quella donna vedova che seppelliva il figlio…

Questi esempi divini ci mostrano come concretizzare la pedagogia dell'incontro “da persona a persona” e ci invitano a rinnegare la convinzione, a volte trasformata in idolatria, che unicamente sofisticate riforme possano rispondere più efficientemente ed efficacemente alle esigenze dei sofferenti. Questa visione è di preoccupante attualità nel contesto socio-sanitario dove le riforme, il più delle volte, accrescono l'aspetto burocratico: quello da “persona a struttura”, svantaggiando il rapporto “da soggetto a soggetto”.

2.3.2.QUALITÀ, DIGNITÀ E SACRALITÀ DELLA VITA UMANA

La bioetica cattolica come precedentemente affermato ha come fondamento assoluto, universale e irrinunciabile la dignità e la sacralità della vita umana dal concepimento alla morte naturale.

Questa persuasione si fonda sulla creaturalità dell’uomo: “ogni persona è stata voluta da Dio per se stessa ad immagine e somiglianza del Dio vivente e santo”[492]. Un’essenza, questa, che offre all’uomo la più alta dignità rispetto alle creature terrene, e rende la vita di ogni persona non disponibile a nessuna situazione o atto che possanuocerla o sopprimerla.

Per la grandezza che l’uomo possiede agli occhi di Dio, ogni vita, anche quella con grave handicap fisico o ritardo mentale, o vissuta in stato vegetativo permanente, è sempre un valore immenso e, come tale, “un bene” sul quale, solo il Creatore, può deciderne la conclusione. Concetto evidenziato dalla “Congregazione della Dottrina della Fede” affermando: “Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente”[493], e da san Giovanni Paolo: “di questa vita (…) Dio è l’unico signore: l’uomo non può

[492] CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA n. 2319.
[493] CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Donum vitae*, Introduzione, n. 4.

disporne”[494].

Di fronte a situazioni di sofferenza e di fragilità particolarmente gravi, molti si chiedono: dobbiamo salvaguardare la “qualità” o la “dignità” del sofferente? E’ un interrogativo fondamentale abitando una società che tende principalmente alla “qualità” a scapito della “dignità”, dove molti agiscono pavlovianamente indotti dai massmedia.

La nostra risposta è: “dobbiamo proteggere entrambi”; qualità, dignità, e aggiungiamo “sacralità” che s’intersecano, essendo l’uomo, come affermato precedentemente, un “essere unitario”.

La dicitura “qualità della vita” è d’uso comune coinvolgendo la sfera societaria e personale ed estendendosi dalla salute al desiderio di autodeterminazione. La “qualità della vita” percepita unicamente in termini di beni, d’efficienza e di piacere… diverge notevolmente dalla nozione cristiana di “dignità e sacralità della vita”, poichè chi non consegue a causa della fragilità, un livello minimale o affronta situazioni di completa compromissione, senza opportunità di recupero, smarrirebbe il significato dell’esistenza. Di conseguenza, come reputare gli handicappati gravi o mentali, gli affetti da alzheimer, i malati terminali o in stato vegetativo persistente? Decantare la qualità della vita equivale, come già rilevato, a valorizzare unicamente la porzione di esistenza riferibile alla materialità, tralasciando le dimensioni percepibili dai sensi (relazioni affettive, amore, amicizia, mutualità, solidarietà…) e l’aspetto spirituale. E’ irrinunciabile identificare “parametri alternativi” per dimostrare che ogni vita, anche se immersa nella sofferenza, può ottenere una rilevante e accettabile qualità. Questa coincide con l’adattamento alle limitazioni esistenziali, con l’accoglienza positiva delle trasformazioni che una patologia comporta, con il significato attribuito a quel determinato periodo dell’esistenza. E’ opportuno, quindi, riappropriarsi della “cultura della malattia” per procurare significato al soffrire e valore di esperienza pienamente umana al morire.

Quella proposta, è la semplice teoria di un sano, o corrisponde all’esperienza di alcuni sofferenti? E’ la testimonianza di san Giovanni Paolo II che sperimentò lunghi periodi di dolore fisico, per questo denominò i sofferenti “tesori” per la Chiesa e per l’umanità. E’ “la voce” di molti malati che incontro quotidianamente da cappellano ospedaliero. E’ l’esperienza del cardinale A. Comastri, già arcivescovo di Loreto, che ci offre una testimonianza più significativa che mille ragionamenti. “Una sera al termine della preghiera nella basilica di Loreto, piena di malati, mi avvicino ad una culletta sostenuta dalle braccia robuste di un barelliere, ma dentro non vedo un bambino bensì una donna adulta: un piccolissimo corpo (58 centimetri) con un volto splendidamente sorridente. Tendo la mano per salutare, ma l'ammalata con gentilezza mi risponde: ‘Padre non posso darle la mano, perché potrebbe frantumarmi le dita: io soffro di osteogenesi imperfetta e le mie ossa sono fragilissime. Voglia scusarmi’. Ovviamente non c'era nulla da scusare, ma rimasi affascinato dalla serenità e dalla dolcezza dell' ammalata e volevo sapere qualcosa in più della sua vita. Mi prevenne e mi disse: ‘Padre, sotto il cuscino della mia culletta c'è un piccolo diario è la mia storia. Se ha tempo, può leggerla’. Presi i fogli lessi il titolo: ‘Felice di vivere’. Io la riguardai

[494] Enciclica *Evangelium vitae,* op. cit., n. 39.

e domandai: ‘Perché sei felice di vivere? Puoi anticiparmi qualcosa di quello che hai scritto?’. L'ammalata mi disse: ‘Padre, lei vede le mie condizioni, ma la cosa più triste è la mia storia! Potrei intitolarla così: abbandono! Eppure sono felice, perché ho capito qual è la mia vocazione. Sì, la mia vocazione! Io, per un disegno d'amore del Signore, esisto per gridare a chi ha il dono della salute: ‘Non avete diritto di tenerla per voi, la dovete donare a chi non ce l'ha, altrimenti la salute marcirà nell'egoismo e non vi darà la felicità’. Io esisto per gridare a coloro che si annoiano: ‘Le ore in cui voi vi annoiate mancano a qualcuno che ha bisogno di affetto, di cure, di premure, di compagnia; se non regalerete quelle ore, esse marciranno e non vi daranno felicità’. Io esisto per gridare a coloro che vivono di notte e corrono da una discoteca all'altra: ‘Quelle notti, sappiatelo, mancano drammaticamente, mancano a tanti ammalati, a tanti anziani, a tante persone sole che aspettano una mano che asciughi una lacrima: quelle lacrime mancano anche a voi, perché esse sono il seme della gioia vera! Se non cambierete vita, non sarete mai felici!’ Io guardavo questa ammalata e non osavo commentare e fu lei che aggiunse: ‘Padre, non bella la mia vocazione?’” [495]. L’orgoglio di affermare: “Padre non è bella la mia vocazione?”, racchiude l’esperienza di una donna che aveva conseguito una degna qualità di vita, convivendo con le proprie limitazioni.

Conclusione

Chi è l'uomo? Ci siamo chiesti all'inizio di questo capitolo.

Scriveva il filosofo Pascal: "L'uomo non è che una canna, l'essere più debole della natura, ma una canna pesante. Non è necessario che l'intero universo si armi per schiacciarlo: un po' di fumo, una goccia d'acqua basta per ucciderlo. Ma, quando pure l'universo lo schiacciasse, l'uomo sarebbe ancora più nobile di chi lo uccide, perché egli sa di morire e conosce il vantaggio che l'universo ha su di lui; l'universo invece non sa nulla"[496].

E' un pensiero fondamentale per la professione sanitaria e per chi visita il malato ma anche per la nostra quotidianità, quando dal mattino alla sera accostiamo gli altri, essendo ognuno “custode” della dignità, del rispetto e della felicità di tutti.

All'inizio della storia, Dio, nel libro della Genesi, all'uomo non solo proibì di versare il sangue di un altro uomo rischiando una punizione esemplare, ma pose a Caino una domanda impegnativa: "Dov'è Abele tuo fratello?”. Cioè significa che ogni vita umana è affidata alla premura, alla cura e alla sollecitudine dell'altro. E Caino rispose: "Sono forse io il custode di mio fratello?”. “Sì”, ogni uomo è guardiano di suo fratello, soprattutto chi svolge una professione sanitaria o incontri i sofferenti per portargli compassione e consolazione. Custode “del fratello”, quindi di tutti gli uomini, perché mentre gli amici ce li scegliamo i fratelli ce li troviamo.

Ne vale sempre la pena? Per l’uomo a volte no, per Dio presente nell’uomo, sempre e comunque, qualunque siano i costi e i sacrifici. Onorare e rispettare l’uomo equivale a venerare il Creatore che ha impresso in ogni persona la propria immagine soprattutto nei fratelli sofferenti, fragili e bisognosi d’aiuto.

---

[495] Dalla relazione: “*Il malato e il giorno del Signore*”, tenuta a Chianciano Terme il 22 giugno 2004.
[496] *Pensieri 287.*

CAP.9 - LA TEORIA DEL GENDER

Alla maggioranza delle persone è oscuro cos'è il "gender" o "'ideologia di genere", e di conseguenza le modifiche agli orientamenti antropologici e sessuali che questa dottrina intende apportare nelle società, estinguendo la plurimillenaria "concezione personalista di uomo" ricordata nel precedente capitolo essendo reputata demodé e la "famiglia fondata sul matrimonio di un uomo e di una donna", giudicata obsoleta.

E' questa un'ideologia che non coinvolge unicamente il mondo accademico o alcuni specialisti ma che potrebbe avere tragiche ricadute sul concetto di persona e, di conseguenza, sugli adolescenti e i giovani, sulla famiglia e sulle nazioni.

L' "ideologia di genere", come tutte le ideologie, è una palese distorsione della realtà, per questo menzognera e ingannevole nei principi che afferma, volendo estrapolare e sganciare la persona da un'essenza biologica incontrovertibile.

Di fronte a un "tsunami" ormai mondiale che si manifesta con modalità assai aggressive, pilotato da selezionate e ristette élites politiche e accademiche e da potenti e influenti lobbies LGBT[497] che si prefiggono l'obiettivo del trionfo del desiderio soggettivo e individuale come diritto a livello globale, abbiamo il dovere di destarci per affermare l'assurdità e l'inaccettabilità della visione dell'uomo scisso dal bio-logico, cioè dalla natura.

Da quanto affermato e che approfondiremo inseguito, comprendiamo la gravità e la pericolosità di questo inquietante capovolgimento della realtà, già accaduto nel passato con le dittature politiche. Ma, "questa dittatura", è più brutale essendo "ideologica", e avendo come finalità l'abolizione del concetto di natura, e di conseguenza di ogni fondamento antropologico.

1."Identità sessuale" e "Identità di genere"

La "teoria del gender" dissocia l'*"identità sessuale*" o "sesso biologico" dall' "*identità di genere*" ritenuta il prodotto di retaggi storici, convenzioni sociali o mode culturali. Per questo Dale O' Leary definisce il gender: "Ruolo socio-psicologico intercambiabile a volontà"[498] fino ad identificarsi anche in un' "identità neutra"[499]. Ma, se "sesso" e "genere" non coincidono, il processo di definizione dell'identità diviene complesso e tortuoso.

Approfondiamo i due "concetti".

L' *identità sessuale* è l'appartenere al sesso biologico maschile o femminile e, questa peculiarità, è definita dalle caratteristiche sessuali e biologiche iscritte nel DNA di ogni persona nel momento del concepimento.

L' *identità di genere,* locuzione coniata dallo psicologo e sessuologo neozelandese John Money (1921-2006), dalla psicologa statunitense Evelyn

[497] **L.** Lesbiche, **G.** Gay, **B.** Bisessuali **T**.Transgender.

[498] D. O'LEARY, *Maschi o femmine? La guerra del genere*, Rubbettino, Soveria Mannelli (CZ) 2006, pg. 23.

[499] "Il significato che noi attribuiamo al termine 'genere' è circoscritto alle due categorie grammaticali di maschile e di femminile. Tuttavia nelle lingue indo-europee accanto a queste due categorie abbiamo, come in latino, anche il genere neutro volto ad indicare vegetali ed oggetti inanimati. Da qui l'utilizzo di un terzo termine per sottolineare la variabilità delle possibili tendenze sessuali dell'individuo" (R. DE MATTEI, *Gender diktat. Origini e conseguenze di una ideologia totalitaria*, Solfanelli, Chieti 2015, pg. 8).

Hooker (1907-1996) e dallo psichiatra e psicoanalista americano Robert Stoller (1925-1992), afferma che la differenziazione uomo-donna è il risultato dei modelli educativi condizionati dall'ambiente, dal contesto societario e dalla cultura.
In altre parole, eliminato il fondamento naturale dell'identità sessuale, il dato corporeo smarrisce ogni significato, perciò può essere modificato a piacimento, negando, tra l'altro, l'unitotalità della persona. Separando il sesso biologico da quello psicologico e sociale non esistono più tra uomini e donne differenze iscritte nella natura, ma le diversità riguardano "l'identificarsi", "caratterizzato da una costellazione di aspetti psicologici, interessi, valori e attitudini associati ai generi in base ad aspettative, valori e norme culturali di riferimento"[500].

La "teoria del gender" nacque "ufficialmente" negli anni '70 del XX secolo negli Stati Uniti nel corso della cosiddetta "rivoluzione sessuale" e investì la ricerca antropologica, psicologica, sociologica, filosofica e politica.
Molti furono i personaggi di spicco. Oltre i già citati Money, Hooker e Stoller, troviamo la scrittrice e filosofa francese, teorica principale del femminismo S. De Beauvoir (1908-1986), il filosofo francese omosessuale M. Foucault (1926-1964), il sessuologo statunitense pedofilo A. Kinsey (1894-1956) che lanciò una nuova visione di sessualità e un sistema di classificazione degli orientamenti sessuali: la pseudo-scientifica "Kinsey Scale".

Fermiamo la nostra attenzione su Money e sulla De Beauvoir.

Money, pediatra presso la Johns Hopkins University di Baltimora, fu il fondatore e il responsabile della "Gender Identity Clinic" della stessa università occupandosi di dimorfismo sessuale. In breve tempo divenne famoso per le sue idee eversive: dal matrimonio "allargato" al nudismo, ma è ricordato principalmente per un brutale esperimento sul piccolo Bruce Reimer che scosse l'opinione pubblica americana. Bruce nacque affetto da fimosi del pene e fu sottoposto nell'aprile 1966 a un banale intervento di circoncisione, ma per un fatale errore i suoi organi genitali rimasero irrimediabilmente compromessi. I genitori disperati si rivolsero al dottor Money che decise di sfruttare il piccolo per sperimentare la sua "pazzia", cioè che l'identità della persona non si fonda sui dati biologici ma sugli influssi dell'ambiente circostante. E così, nel luglio 1967, con un intervento sui genitali convertì Bruce in Brenda. Però, nonostante gli sforzi eroici dei genitori a educare il figlio divenuto figlia al mondo femminile, Brenda non ne volle sapere. Proseguì a comportarsi da maschio, e a sedici anni volle tornare al suo sesso biologico originale con il nome di David. Il percorso fu drammatico: iniezioni di testosterone, due interventi, due tentativi di suicidio… E, infine, le nozze con Jane, una ragazza madre che partorì tre figli da tre uomini diversi. Per David, però, la vita divenne insostenibile; si diede alle droghe e all'alcool fino al suicidio avvenuto nel 2002. Stessa fine fece il gemello Brian accorgendosi di essere stato usato da Money come strumento di confronto. Il medico, ormai illustre, proponeva ai suoi pazienti aberranti pratiche sessuali, fino a dichiarare che anche un'esperienza di pedofilia "non aveva un influsso negativo sui bambini". Ma, il fallimento del suo esperimento, fu reso pubblico alcuni anni dopo dallo psichiatra Paul McHughr, e Money dopo essere stato acclamato e osannato, concluse miseramente la sua

[500] V. ZAMMUNER, Voce: *Identità di genere e ruoli sessuali*, in S. BONINO (a cura di), *Dizionario di psicologia dello sviluppo*, Einaudi, Milano 2000, pg. 339.

obbrobriosa carriera.

A livello culturale troviamo come capostipite di questa teoria *S. De Beauvoir* che di fronte alla presunta subordinazione della donna all'uomo, pronunciò la famosa la frase: "Donna non si nasce, lo si diventa", così spiegata: "Nessun destino biologico, psichico ed economico definisce l'aspetto che riveste in seno alla società la femmina dell'uomo: è l'insieme della storia e della civiltà a elaborare quel prodotto intermedio tra il maschio e il castrato che chiamiamo donna"[501].

Oggi, negli Stati Uniti e in vari Paesi, questa ideologia è un sistema di pensiero e di azione. Un importante contributo fu fornito anche dal "Movimento Femminista Americano" al quale non furono sufficienti le conquiste acquisite e le emancipazioni raggiunte che inneggiavano a un atteggiamento antagonista e competitivo della donna nei confronti dell'uomo, al carattere mutevole del corpo e alla negazione della sessualità come intrinsecamente procreativa, ma si pose come obiettivo l' "irrilevanza biologica", puntando sull'identità psico-sociale e civile[502].

Questo percorso, non ancora concluso, pone criticità che ora approfondiremo

LA SFIDA AL LIMITE

Una colonna portante dell' "ideologia di genere" è la sfida al limite.

Lo costatiamo osservando il rapporto stabilito dall'uomo contemporaneo con l'ambiente, non più ritenuto una realtà da contemplare con meraviglia e riverenza ma un giacimento da sfruttare e saccheggiare con il conseguente rischio della devastazione e della distruzione del pianeta. E, come ricordato da papa Francesco nell'Enciclica "Laudato sii", la terra, cioè la nostra casa comune, protesta "per il male che le provochiamo a causa dell'uso irresponsabile e dell'abuso dei beni che Dio ha posto in lei" (n. 2).

Uguale atteggiamento è assunto nei confronti della "vita umana": le tecniche di procreazione medicalmente assistita, l'ambizione di giungere alla clonazione anche umana, lo sviluppo delle bio-tecnologie, l'intelligenza artificiale, la robotica… sono alcuni atti che mirano a superare l'ostacolo del limite. Ma pure il "fine vita" è interessato nel determinare con il suicidio assistito o l'eutanasia il tempo del morire, stabilendo quando un'esistenza può essere ancora "degna di essere vissuta".

Nessun limite è più riconosciuto ma tutto deve essere gestito dalla "libertà" della persona che si vorrebbe, come impone l'ideologia di genere, svincolata dalla natura e da vincoli per realizzare pienamente e autonomamente il proprio benessere, spesso identificato nelle emozioni. Una libertà, dunque, "senza anticipazione di senso" che consenta di espletare ciò che maggiormente gratifica.

LA SFIDA DELLA NATURA

Ogni individuo è inserito in uno splendido progetto da realizzare. E, il cristianesimo, aggiunge: essendo l'uomo e la donna creati a immagine e somiglianza di Dio (Cfr. Gen. 1,26-27; 5,1-2). Qualunque vita, dunque, è "un dono

[501] S. DE BEAUVOIR, *Il secondo sesso*, Il Saggiatore, Milano 2008, pg. 325.

[502] Cfr. L. ELLENA, *Spazi e frontiere della storia dei movimenti delle donne* in AA VV, QUADERNI DI STORIA CONTEMPORANEA, Numero monografico: *Storie di genere*, n. 40, 2006.

di Dio" che si origina dall'amore del Creatore mediante la collaborazione indispensabile e responsabile dell'uomo e della donna. Da ciò si deduce che la proposta gender è una rivoluzione antropologica contro Dio e contro la natura, poiché "l'essere uomo o donna" corrisponde al disegno divino che si concretizza, appunto, mediante la natura.

Ciò è confermato anche dal dato biologico conoscibile mediante la scienza, in particolare la genetica, indicando che i cromosomi sessuali XX originano il femminile e i cromosomi XY il maschile, costituendo un corpo con caratteristiche fenotipiche "coercitive", inseparabili dal patrimonio genetico iscritto in ogni singola cellula. E, in questa strutturazione, notiamo "particolari caratteristiche" proprie di un determinato sesso.

Questo significa che prescindere dal naturale e dal biologico, focalizzando l'attenzione unicamente sull'opinione che la persona ha di sé è un errore grossolano, poiché la realtà esiste oggettivamente al di là dei nostri convincimenti, essendo questa verità né mutevole, né variabile, poiché nessuno "si determina" maschio o femmina, essendo un evento che si compie indipendentemente dalla volontà del singolo. Pertanto è una situazione unicamente da accettare e da rispettare!

LA VISIONE DELLA DONNA

Per illustrare il realistico ruolo della donna, onorando la sua dignità in contrapposizione con la visione femminista descritta precedentemente, riportiamo una citazione di san Giovanni Paolo II presente nella Lettera Apostolica "Mulieris Dignitatem". "La donna è il complemento dell'uomo come l'uomo è il complemento della donna: donna e uomo sono tra loro complementari. La 'femminilità' realizza quanto la 'mascolinità' questa complementarietà sia pure con modulazione diversa. E' soltanto grazie alla dualità del 'maschile' e del 'femminile' che l'umano si realizza appieno. Sia l'uomo che la donna hanno, fin dall'inizio, uguale responsabilità. A questa 'unità dei due' è affidata da Dio non solo l'opera della procreazione, ma la costruzione stessa della storia" (n.9).

Pertanto, uomo e donna, detengono "eguale dignità" e "caratteristiche comuni", ma anche si distinguono per alcune diversità che apprezzate e valorizzate, arricchiscono entrambi. Riconoscere e accogliere l' identità sessuale femminile, cioè "la ricchezza della femminilità che ella ricevette nel giorno della creazione" (n.7), è inoltre imprescindibile per l'equilibrio della donna e, di conseguenza, della famiglia e della società.

"COMPLEMENTARIETA"' DEL MASCHILE E DEL FEMMINILE

Approfondiamo il concetto già introdotto da san Giovanni Paolo II con questa riflessione di Papa Benedetto XVI che il 21 dicembre 2012, rivolgendosi alla Curia Romana in occasione degli auguri natalizi condannò la teoria gender, definendola "profondamente erronea" poiché nega, tra l'altro, la complementarietà maschio-femmina.

"L'uomo contesta di avere una natura precostituita dalla sua corporeità che caratterizza l'essere umano. Nega la propria natura e decide che essa non gli è data come fatto precostituito, ma che è lui stesso a crearsela. Secondo il racconto

biblico della creazione, appartiene all'essenza della creatura umana di essere stata creata da Dio come maschio e come femmina. Questa dualità è essenziale per l'essere umano, così come Dio l'ha data. Proprio questa dualità come dato di partenza viene contestata. Non è più valido ciò che si legge nel racconto della creazione: 'Maschio e femmina Egli li creò' (Gen. 1,27). No, adesso vale che non è stato Lui a crearli maschio e femmina ma è stata la società a determinarlo e adesso siamo noi stessi a decidere su questo. Maschio e femmina come realtà della creazione, come natura della persona umana non esistono più. L'uomo contesta la propria natura. Egli è ormai solo spirito e volontà. La manipolazione della natura, che oggi deploriamo per quanto riguarda l'ambiente, diventa qui la scelta di fondo dell'uomo nei confronti di se stesso".

2.La colonizzazione planetaria

E mentre molti banalizzano il problema e pochi tentano di comprenderlo, la "colonizzazione ideologica" procede celermente a livello planetario.
Riportiamo alcuni casi per dimostrare la diffusione del fenomeno: la maggioranza degli episodi sono preoccupanti, altri invece grotteschi[503].
A *New York***,** dal 1 gennaio 2019, per decisione del City Council (Consiglio Comunale), i genitori dei neonati possono apporre sul certificato di nascita anche il genere neutro "X", cioè definire il loro bambino/a "sessualmente neutro". Sarà poi questa creatura a definire con il trascorrere degli anni il sesso di appartenenza. Questa non è una novità, essendo tale scelta già ammessa in alcuni Stati USA (California, Oregon, Montana…) e in vari Paesi: Olanda (2015), Austria (2018) e Germania (2018). Per i sostenitori di questa follia, la decisione dei genitori di confermare, come è naturale, il sesso maschile o il sesso femminile dei figli condizionerebbe negativamente il loro futuro.
In *Danimarca, Irlanda, Malta, Norvegia, Portogallo e Svezia* chi ha compiuto 16 anni può ottenere la sostituzione di nome e di sesso sui registri civili senza presentare la diagnosi medica di disforia di genere. Una normativa commentata con toni trionfalistici dalla deputata portoghese Sandra Cunha: "Nessuno ha bisogno di terzi per sapere se è un uomo o una donna, un ragazzo o una ragazza". Ma, all' avanguardia, troviamo *l'Argentina* dove un bambino di sei anni può richiedere il cambio di sesso. In *Cile* la decisione può essere adottata a quattordici anni.
In Svezia il professor Gerund Hesslow (con un dottorato in neuroscienze dal 1987), docente di Neurofisiologia all' "Università di Lund", fu accusato di transfobia e antifemminismo poiché affermò che le differenze tra maschio e femmina sono "biologicamente fondate". La stessa sorte di Hesslow l'hanno subita anche altri accademici o professionisti nel settore. Il professore emerito di Filosofia del Diritto presso l' "Università di Oxford", John Finnis, fu accusato di "omofobia" poiché il suo insegnamento aveva come fondamento la morale naturale[504]. Nel Paese scandinavo, l'educazione gender, inizia dalla scuola

[503] Per approfondire l'argomento: G. M. COMOLLI, *Gender. La silenziosa "peste" che si sta diffondendo nel XXI secolo. Solo se la conosci ti puoi difendere,* Youcanprint, Lecce 2019, pp. 28-42.
[504] John Finnis, classe 1940, a 22 anni si convertì dall'anglicanesimo al cattolicesimo. Fu membro della

materna. Ne sono esempio gli asili di Egalia e di Nicolaigarden che adottano il pronome neutro "hen" per evitare di influenzare i bambini nella scelta del loro genere, come pure i giocattoli e le fiabe sono neutri, cioè aperti a ogni tipo di orientamento sessuale e, dai bagni, è stata tolta la scritta: "femminile" e "maschile". La psichiatra svedese David Eberhad ha affermato: "E' una sorta di lavaggio del cervello che funziona molto bene su bambini in tenera età ed a cui loro si adattano molto rapidamente, ma i problemi si pongono quando questi bambini arrivano a frequentare le scuole normali e si accorgono di avere praticamente vissuto in una setta che non ha nulla a che vedere con la realtà".
In Gran Bretagna, David Mackereth, medico da ventisei anni al "National Health Service" (NHS), fu licenziato *essendosi* rifiutato di usare pronomi maschili o femminili corrispondenti alla "nuova condizione transessuale*"*. Il NHS dichiarò tale condotta "una molestia" come definito dall' "Equality Act", una legge che tutela i transessuali. "Non sto attaccando il movimento transgender. Ma sto difendendo il mio diritto alla libertà di parola e alla libertà di credo", dichiarò Mackereth al "Telegraph". E concluse. "Non si è più autorizzati a dire che si crede che sesso e genere sono la stessa cosa e sono determinati alla nascita. Tutti quelli che sostengono le mie opinioni possono essere licenziati in base a questa legge. Non sono un caso isolato". *In Scozia* il "Lgbti teaching" ("Insegnamento di Lgbti") *è* obbligatorio nel curriculum scolastico dalle scuole elementari*.* E, dal 2020, tutti i bambini inglesi della scuola primaria e secondaria saranno sottoposti a corsi obbligatori riguardo le "relazioni gay e trans". Nella "Tavistock Clinic" di Londra, secondo il Daily Mail a dei bambini che mostravano evidenti segni di autismo, furono somministrati farmaci per bloccare la pubertà. I medici si giustificarono affermando la difficoltà a distinguere i tratti dell'autismo dai disturbi di disforia di genere. In *Canada* con la "Legge Trudeau" approvata nel 2017 che introdusse una protezione specifica per "identità di genere e espressione di genere", sono previste multe e carcere per i trasgressori. Inoltre, in alcuni Paesi a seguito dell'introduzione delle "unioni omosessuali" si sono modificati anche i "Codici civili".

Accanto a situazioni inquietanti sono presenti altre che sfiorano "il grottesco". Nel *Regno Unito* varie istituti scolastici obbligano le ragazze ad indossare i pantaloni abolendo la gonna dalla scuola. "Educate & Celebrate", una delle organizzazioni LGBT che ha sponsorizzato questa buffonata ha dichiarato: "Stiamo semplicemente assicurando che tutti gli studenti siano rappresentati, compresi i giovani che non s'identificano come maschi o femmine".
Anche i giocattoli sono nel mirino con la campagna "Let Toys Be Toys" ("Lasciate i giocattoli essere giocattoli") che si prefigge il superamento della distinzione tra giocattoli "maschili" e giocattoli "femminili". Famose catene commerciali da *The Entertainer* a *Tesco*, da *Boots* a *Marrisons* hanno aderirono riorganizzando la logistica dei negozi, poiché "i bambini devono sentirsi liberi di giocare con i giocattoli che stimolato maggiormente il loro interesse"[505].
La "peste" gender ha contagiato pure la *moda* da *Hennes & Mauritz* (H&M) e *NUNUNU* a *Chanel* con "*Boy de Chanel*", la prima linea di make-up maschile

Pontificia Accademia per la Vita e della Commissione Teologica Internazionale.
[505] Dal sito internet di "Let Toys Be Toys".

composta da fondotinta, balsamo labbra e matita per sopracciglie. E le multinazionali da *Ikea* a *Starbucks* non vogliono essere da meno. Inoltre chi viaggia con *Airlines for America*, la più grande associazione di compagnie aeree statunitense, nella procedura per prenotare il volo può selezionare l' identità di genere in cui maggiormente s'identifica avendo a disposizione tre opzioni: "maschio", "femmina" e "non specificato".
Infine, in Inghilterra, nello stadio del Manchester United, un tifoso transessuale sollecitò l'installazione *di bagni gender free,* ossia bagni solo per transessuali. E, la direzione, prese in seria considerazione la richiesta, mentre Google aveva già collocato questi servizi igienici nella nuova sede di Kings Cross a Londra, offrendo per primo un innovativo "servizio".

Quelle citate sono "carnevalate". Ciò che deve preoccuparci è il ruolo dei mass media e le trasformazioni linguistiche.

RUOLO DEI MASSMEDIA

Vari mezzi di comunicazione stanno imponendo il "gender diktat global" sedimentando questo messaggio ideologico nella mente di migliaia di persone avvalendosi dei film, dei cartoni animati, delle Play Station e, in più in generale, dei social network.
I *film* che propongono "naturale" l'amore tra due persone dello stesso sesso. I *cartoni animati* con la *Walt Disney* che ha abbracciato totalmente "la causa". Esempio emblematico è il *Pride Monts* organizzato nel parco Disneyland Paris, dove nel mese di giugno 2019 accanto ai personaggi delle favole disney come Topolino, Minni, Cenerentola erano presenti attivisti LGBT. E, nel comunicato stampa si leggeva: "L'orgoglio lgbt+ sarà celebrato come mai prima d'ora: ad alta voce, con orgoglio e la vibrante presenza di tutti i colori dell'arcobaleno". Anche la *Marvel*, la leggendaria casa di produzione di fumetti americana, ha dichiarato recentemente che è arrivato il momento di avere un supereroe dichiaratamente gay. Terminiamo con *J. K. Rowling, la "mamma" di Harry Potter,* ambientalista e sostenitrice delle associazioni LGBT. La sua affinità gay-friendly la notiamo nell' omosessuale mago Silente o in Charlie Weasley, studioso di draghi e fratello del migliore amico di Harry, o nel professor Remus Lupin. Opinioni personali? Non certamente, basti guardare il film del regista David Yates "Animali Fantastici, i crimini di Grindelwald", che narra il secondo capitolo di un testo della Rowling[506]. E' presentato un giovane mago Silente in lotta contro il criminale Gellert Grindelwald che ambisce a governare il mondo. Alla fine, tra i due, s'instaura un'amicizia che si trasforma in una storia d'amore. Una relazione che si svilupperà nel corso dei cinque film previsti. L'ambiguità della Rowling l'aveva intuita, già nel marzo 2003, il cardinale J. Ratzinger che scrivendo alla sociologa tedesca Gabriele Kuby, autrice del libro "Harry Potter: buono o cattivo?"[507] ringraziandola per il testo inviatogli, affermava: "È una buona cosa che lei chiarisca il caso di Harry Potter, perché contiene delle sottili seduzioni che agiscono in profondità e con grande effetto, e che corrompono i giovani

[506] J. K. ROWLING, *Animali fantastici. I crimini di Grindelwald*, Salani-Editori, Firenze 2018.
[507] G. KUBY, *Harry Potter, Gut oder Boese?*, Paperback, 2003.

nell'anima, ancor prima che questa sia completamente formata"[508].
Non possiamo scordare infine il nefasto ruolo del *social network.* In centinaia di forum al femminile o al maschile cogliamo l'attrazione di ragazzi, adolescenti e giovani verso l'omosessualità o la bi-sessualità.

TRASFORMAZIONI LINGUISTICHE

Nell'epoca del gender diktat alcuni termini vanno banditi essendo discriminatori o politically incorrect.

Lo possiamo notare dall'elenco del *Gender-neutral language* ("lingua neutra rispetto al genere" o "lingua inclusiva di genere") pubblicato nel 2015 dal *The Writing Center* dell'University of North Carolina e revisionato nel 2016. I vocaboli non possono riferirsi al sesso del professionista o del lavoratore. Quindi, non più "poliziotto" o "poliziotta" ma "agente di polizia" (police officer); non più "postino" o "postina" ma "trasportatore di posta" (mail carrier); non più "steward di volo" o "hostess di volo" ma "assistente di volo" (flight attendant); non più "donna delle pulizie" ma "personale domestico o di custodia" (domestic staff).

Inoltre, è di pessimo gusto, pronunciare "marito" o "moglie" sostituito da "coniuge", oppure "papà" o "mamma" rimpiazzati da "genitore 1" e "genitore 2", poiché i vocaboli non possono discriminare unioni dello stesso sesso.
Infine un episodio comico. In Svizzera nel Cantone di Berna "fu censurato" anche l'attraversamento pedonale sostituendo "Fussugangerstreifen" (passaggio per pedoni) giudicato troppo maschile o troppo femminile con un sostantivo neutro "Zebrastreifen" (strisce zerbate).

3. I ripetuti tentativi "GENDER" nella società italiana

Il primo baluardo che gli ideologi del gender intendono conquistare è la scuola, introducendo machiavellicamente corsi, progetti e proposte nella programmazione scolastica e nella formazione degli insegnanti. E i genitori, il più delle volte, ignorano tutto ciò.

Complici dal 2013 sono l'UNAR (Ufficio Antidiscriminazione Razziale del Dipartimento per le Pari Opportunità) e il MIUR (Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca).

L'UNAR, sollecitato dal Ministro del Lavoro con delega per le "Pari Opportunità", Elsa Fornero, il 30 aprile 2013 pubblicò il testo: "Strategia nazionale per la prevenzione e il contrasto delle discriminazioni basato sull'orientamento sessuale e l'identità di genere (2013-2015)"[509]. Da chi fu predisposto? Da un "Gruppo Nazionale di Lavoro" composto unicamente da rappresentanti delle associazioni LGBT. Quattro i settori d'intervento: Educazione e istruzione, Lavoro, Sicurezza e carceri, Comunicazione e media. Nel documento si evidenziava la carenza in Italia di leggi che puniscano i reati di omofobia e transfobia e si richiedeva il riconoscimento del matrimonio per le coppie dello stesso sesso. Il progetto si attuò nel febbraio 2014 nelle scuole con la distribuzione, poi sospesa per le

[508] La lettera fu pubblicata sul sito della scrittrice tedesca: www.gabriele-kuby.de/harry_potter.html
[509]http://www.unar.it/wp-content/uploads/2017/12/LGBT-strategia-unar-17_24.pdf

proteste di alcune associazioni dei genitori, di tre libretti dal titolo: “Educare alla diversità di genere”.

Il MIUR fece la propria parte con due progetti. Il primo. “Linee di orientamento per azioni di prevenzione e di contrasto al bullismo e al cyberbullismo” (aprile 2015). Si trattava di varie iniziative per prevenire e combattere il bullismo a scuola e in rete, poiché per il MIUR la prima vittima del bullismo è l’adolescente omosessuale o transessuale. Ovviamente, è doveroso contrastare e condannare ogni violenza contro il ragazzo/adolescente che si definisce omosessuale, ma era inaccettabile la presentazione dell’omosessualità e della transessualità come orientamenti normali da promuovere.

Il secondo. “Promuovere l’avanzamento della condizione femminile e prevenire e contrastare la violenza e la discriminazione di genere mediante un corretto percorso formativo in ambito scolastico” (aprile 2016). Dieci moduli per docenti tenuti in venti province. Finalità: “Favorire la consapevolezza del ruolo docente nella formazione dell’identità di genere delle giovani generazioni allo scopo di rendere più agevole il loro percorso verso la costruzione d’identità libere e consapevoli”.

Un ampio contributo (alla causa) fu offerto pure dalla “Rete Nazionale: Educare alle Differenze” che con centinaia di incontri tenuti nel nostro Paese s’impegnò, tra l’altro, a “contrastare gli stereotipi legati a genere e orientamento sessuale” come “alternativa a chi in Italia alimenta focolai d’intolleranza, clericalismo, sessismo e omofobia”[510].

Infine, il cosiddetto “Disegno di Legge Fedeli”, depositato in Senato dal Ministro Valeria Fedeli e mai discusso, che aveva come obiettivo l’introduzione dell’ “educazione di genere” nelle attività e nel materiale didattico delle scuole e delle università.

Vi ricordate quando il ministro Fedeli parlò di “truffa culturale” in riferimento all’introduzione nelle scuole pubbliche d’insegnamenti LGBT? Dal materiale recuperato riguardante corsi svolti nelle scuole, partendo dall’età infantile fino all’adolescenza, con lo specifico obiettivo di manipolare le coscienze, osiamo affermare che quel ministro mentiva[511]. E, lo stesso ministro, varando le linee guida per l'attuazione del comma 16 della riforma della scuola (legge 107 del 2015), aveva dichiarato: “Tra le conoscenze da trasmettere non rientrano in nessun modo le ideologie gender”.

Noi presentiamo come esempio solo alcuni corsi mentre tutti gli altri possono essere visionati nel testo citato dalla nota precedente anche se non è esaustivo, poiché ogni giorno giungono nuove segnalazioni.

Febbraio 2009. Liceo classico “M. Minghetti” di Bologna. *Percorso laboratoriale: “Questioni di genere”.* Parte del percorso ebbe come oggetto le “identità in transito” e fu incluso anche un confronto con il vicepresidente del “Movimento Identità Transessuale” del capoluogo emiliano, e la visione film “Mery per sempre”[512]/[513]/[514].

[510] Dalla Conferenza Stampa tenuta il 16 maggio 2015 presso Montecitorio.

[511] Cfr. *Gender. La silenziosa “peste” che si sta diffondendo nel XXI secolo,* op. cit, sono riportati decine di corsi tenuti a migliaia di studenti italiani, pp. 44-61.

[512] http://genereedintorni.wordpress.com/

[513] L’iniziativa fu finanziata dal Progetto “Concessione di finanziamenti a favore di Istituti di istruzione

Gennaio 2014. *Progetto: "Lecosecambiano@Roma",* promosso e finanziato da "Assessorato alla Scuola, Infanzia, Giovani e Pari Opportunità di Roma Capitale", con la collaborazione dell'Università La Sapienza e dell' editrice ISBN. I corsi furono rivolti alle scuole secondarie di primo grado per "sensibilizzare la popolazione scolastica capitolina al rispetto e alla valorizzazione delle differenze, contribuendo così a contrastare il bullismo omofobico". L'iniziativa terminò con un evento il 17 maggio 2014 alla presenza, tra gli altri, di Dacia Maraini, Maria Sole Rognazzi, Umberto Veronesi, Roberto Vecchioni accompagnato dalla figlia Francesca che aveva partorito due gemelle con la procreazione medicalmente assistita eterologa poiché unita civilmente con una donna[515].

Marzo 2015 Friuli Venezia Giulia. Interessate quarantacinque scuole dell'infanzia della provincia di Trieste. *Giornata ludica:* "*Gioco del rispetto – Pari e dispari"*; dove i bambini dovettero vestirsi con abiti tipici dell'altro sesso. Finalità: "Verificare le conoscenze e le credenze di bambini e bambine su cosa significa essere maschi o femmine, rilevare la presenza di stereotipi di genere e attuare un primo intervento che permetta di esplicitare e riorganizzare i loro pensieri"[516].

A queste maestre, e a quelle che tentano di "ideologizzare i piccoli", va ricordato che il compito che la scuola gli consegna è unicamente quello di "educare" i bambini in una fase fondamentale della crescita, valorizzando le loro identità sessuali maschili o femminili. Inoltre, uno studio del professore Trond Diseth, direttore del dipartimento di psichiatria infantile dell'Oslo University Hospital, mostrò l'inutilità e l'inefficacia di queste iniziative. "Abbiamo stabilito 10 giochi differenti - ha affermato Diseth - 4 giochi per femmina, 4 per maschi e 2 giochi definiti 'neutrali'. Il risultato? I maschi hanno optato per i giochi da maschio e le femmine da femmina". La conclusione del professore: "Il gender è una teoria scientificamente infondata"[517].

Nel 2015 fu distribuito a docenti e studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado dell'Emilia Romagna per iniziativa delle Asl locali, finanziato dalla Regione, *l'opuscolo* "*Viva l'amore"* che trattava dalla masturbazione alla contraccezione, dall'aborto alla promozione dell'omosessualità. "E se rimani incinta? Nessun problema, c'è l'aborto" (pg. 31). "Cos'è la masturbazione? È uno dei modi per conoscere il proprio corpo e provare piacere"(pg. 98). "Cos'è l'amore? Provare un sentimento forte per una persona e desiderare stare sempre con lei. Spesso ci vuole un po' di tempo per capire se si è attratti dai ragazzi o dalle ragazze o da entrambi" (pg. 27). La conclusione: "Pensavo che per crescere bene servissero un padre e una madre. Invece ho amici con genitori separati, single o addirittura omosessuali! Quello che conta è volersi bene" (pg. 102)[518].

---

secondaria di II grado per la progettazione e realizzazione di moduli didattici sulle differenze di genere" che la Presidenza del Consiglio - Dipartimento per le Pari Opportunità - ha attuato attraverso il Formez PA (Centro servizi, assistenza, studi e formazione per l'ammodernamento delle P.A.**)**.

[514] Mery è un "travestito" diciassettenne che si trova nel carcere minorile "Malaspina" di Palermo per aver gravemente ferito un cliente.

[515]http://lecosecambiano.roma.it/

[516]Cfr.http://www.triesteprima.it/cronaca/esperimenti-hot-all-asilo-toccamenti-e-scambi-d-abito-per-i-bambini.html

[517]Cfr.http://it.zenit.org/articles/ideologia-gender-il-paradosso-norvegese/

[518]http://www.ilgiornale.it/news/politica/ultima-follia-scuolaentra-nel-programma-loraautoerotismo-1107203.html

7 luglio 2018. Nella Scuola di infanzia: "Meridiana" di Casalecchio (BO) si svolse, all'insaputa dei genitori, *un "piccolo gay pride" dove i volti dei bimbi furono dipinti con i colori dell'arcobaleno, predisposti cartelloni a tema e letto fiabe omosessuali*. I genitori indignati affermarono: "Un vero e proprio indottrinamento gender (…). Un inquinare la loro educazione, la loro innocenza, la loro identità e il bagaglio di insegnamenti che i genitori sono chiamati a dare in libertà ai propri figli. Siamo giunti davvero oltre ogni limite"[519].

Pure l'Università "collabora" nella diffusione del gender.

A Milano, l'Università degli Studi e l'Università Bicocca, esposero nel settembre 2018 per una settimana la "bandiera arcobaleno". E, entrambi gli atenei, hanno introdotto nel "libretto universitario" accanto al sesso maschile e femminile quello di "trans" per gli studenti che stanno "transitando" da un sesso all'altro, oltre l' "identità alias". Il Rettore della Bicocca giustificò le scelte con un comunicato alquanto sibillino[520].

Il Centro di Ricerca sulla Sessualità "PoliTeSse" dell'Università degli Studi di Verona, promosse ad ottobre 2018 un ciclo di seminari sul poliamore dal titolo: "Porte Aperte"[521]. Nel primo incontro fu presentato il testo "*Più cuori ed una capanna. Il poliamore come istituzione*" (a cura di E. Grande e L. Pes)[522]. Lo stesso lancio avvenne il 3 ottobre 2018 a Torino al Circolo dei Lettori. A presentarlo il presidente dell'Arcigay di Torino che richiamò che il poliamore sia una delle molte identità sessuali.

Dalla scuola alla società

[519] http://www.nonsitoccalafamiglia.org/news/208-comunicatostampa-13-07-2018-protestadei-genitori-presso-l-asilonido-meridiana-dicasalecchio-bo.html

[520] "Care studentesse e cari studenti, l'Università Milano-Bicocca partecipa attivamente allo sviluppo della società attraverso la promozione culturale e civile della persona e l'elaborazione di una cultura fondata sui valori universali dei diritti umani, della pace e della solidarietà. Ripudiamo ogni atto di violenza, odio e discriminazione. Affermiamo il diritto all'autodeterminazione di ogni persona e crediamo che una società veramente civile non debba impedire alle persone di realizzarsi pienamente in ogni aspetto della vita. Per questa ragione, quest'anno, il nostro ateneo ha accolto la proposta dell'associazione studentesca B. Rain-Bicocca Rainbow di esporre per una settimana una bandiera arcobaleno segno della comunità LGBT tra le bandiere di P.za dell'Ateneo Nuovo".

[521] Si leggeva nel post posato sulla pagina Facebook di PoliTeSse: "Per l'anno accademico 2018/2019, il centro di ricerca PoliTeSse propone il ciclo di seminari 'Porte Aperte', una serie di incontri destinati al tempo stesso al pubblico universitario e alla cittadinanza, in cui autric*, ricercatric*, espert* presenteranno e discuteranno ricerche e volumi attinenti alle tematiche della sessualità nelle loro molteplici implicazioni teoriche (filosofiche, politiche, culturali ecc.) e all'impatto che queste hanno sulla vita materiale delle persone. L'intenzione di 'Porte Aperte' è quella di superare i confini dell'accademia e di far uscire i dati e le conoscenze che lì nascono, nella convinzione che la ricerca non termini con la produzione di un libro, di un articolo o di un rapporto di ricerca, ma che proprio nell'interlocuzione con professionist*, portator* di interesse, cittadin* si compia il senso del lavoro scientifico di ogni studios*. Da ottobre a giugno ci distribuiremo tra aule universitarie, librerie e luoghi della città per confrontarci su temi che verranno affrontati di volta in volta dal punto di vista teorico, applicativo, del dibattito sociale, etico e politico che accendono".

[522] Il testo fu pubblicato dall' editore Giappichelli che così lo presenta: "La 'famiglia' come istituzione giuridica costituisce l'esito di una complessa traduzione di pratiche affettive e relazionali. Tali pratiche, molteplici e mutevoli nel tempo, sono da sempre oggetto di regolamentazione normativa e insieme luogo privilegiato di osservazione delle trasformazioni sociali in atto. Il poliamore rappresenta oggi la nuova frontiera affettiva e relazionale, che chiede di diventare fonte di diritti e di doveri. L'attuale prevalente riconoscimento giuridico dei matrimoni LGBT nel mondo occidentale sembra infatti costituire l'anticamera di nuove trasformazioni nella direzione del riconoscimento di matrimoni plurimi" (https://www.giappichelli.it/piu-cuori-e-una-capanna).

I Gay Pride, riservano spazi specifici ai minori, a *Venezia*, nella "*Mostra Internazionale d'Arte Cinematografica",* dal 2013 si assegna *la targa "Queer Lion"*, cioè il "Leone d'oro" per il migliore film a tematiche LGBT, il *Comune di Trieste*, l'11 maggio 2015, precettò i propri dipendenti *per "una giornata di educazione all'ideologia gende*r" in collaborazione con Arcigay e Arcigay Arcobaleno. A *Bologna* dal 24 ottobre al 3 novembre 2018 si tenne il *16° "Gender bender"* con oltre cento eventi[523]/[524]. Da ottobre a dicembre 2018, *Firenze* ospitò la seconda edizione del "*Festival dei diritti*" per "sensibilizzare contro la violenza sulle donne, gli stereotipi di genere e le discriminazioni LGBT"[525].

E che dire della "*Deomofobina*", cioè "la medicina che cura gli omofobi", "venduta" nelle farmacie di Torino tra integratori alimentari e dietetici? Fu l' ennesima buffonata ideata nel maggio 2018 da Fiorfood Coop della Galleria S. Federico da Geco, dal Coordinamento Torino-Pride con il patrocinio del Comune di Torino e della Regione Piemonte. Cosa trovavi nella confezione? Non un blister di compresse ma unicamente "un bugiardino" realizzato dalla psicoterapeuta Margherita Graglia che spiegava la finalità di questo originale prodotto: "contro gli stati di disinformazione acuta, i disturbi legati al pregiudizio, all'omofobia e alle discriminazioni basate sull'identità sessuale".

Ma, mentre alle associazioni LGBT "tutto è permesso", a chi dichiara idee contrarie è vietato esprimersi. Esempio emblematico fu la campagna lanciata a Roma da Pro-Vita e Generazione Famiglia nei confronti delle unioni omosessuali. Furono affissi per la città manifesti che raffiguravano due uomini con un carrello e all'interno un bambino in lacrime. E la frase: "*Due uomini non fanno una madre. #Stoputeroinaffitto#*". In ventiquattro ore il sindaco V. Raggi li fece rimuovere. Di parere opposto fu l' "Istituto di Autodisciplina Pubblicitaria", che dopo alcune settimane affermò che i manifesti non "offendevano nessuno", e la campagna delle due associazioni, non violavano il codice etico dell'Istituto.

Anche la televisione fa la sua parte. Ricordiamo la "lezione" tenuta a dei ragazzi da Vladimir Luxuria nella trasmissione *"Alla lavagna"* in onda sabato 19 gennaio 2019 su Rai 3. Di cosa parlò il signor Guadagno? Di omosessualità, di cambio di sesso e di transgenderismo, ovviamente!

4.Il mondo accademico e scientifico

Come sta reagendo il mondo accademico e scientifico a questa "follia"?

Tra i molti punti di vista ne riportiamo tre: l'appello di cinquanta accademici di vari Paesi che denunciarono l'odierno "gender diktat" come enorme ostacolo agli studi riguardanti la sessualità umana; due ricerche che evidenziano le indubbie differenze biologiche tra maschi e femmine; il pensiero del professor Alberto Oliverio, il più importante psicobiologo italiano.

[523] "Gender Bender - si legge nella presentazione - è il festival internazionale che presenta gli immaginari prodotti dalla cultura contemporanea legati alle nuove rappresentazioni del corpo, delle identità di genere e di orientamento sessuale"

[524]http://www.genderbender.it/

[525]https://portalegiovani.comune.fi.it/pogio/news_publish/primopiano_ dettaglio.php?ID_REC=16397

I CINQUANTA ACCADEMICI

Cinquanta accademici di tutto il mondo pubblicarono il 16 ottobre 2018 sul quotidiano inglese "The Guardian" un articolo intitolato: "Academics are being harassed over their research into transgender issues"[526] ("Gli accademici sono minacciati nella loro ricerca in problemi di transgender").

I Cinquanta affermarono di appartenere a "molteplici aree tematiche". "Le nostre aree tematiche comprendono: sociologia, filosofia, diritto, criminologia, politica, medicina, psicologia, educazione, storia, lavoro sociale, informatica, scienze cognitive, antropologia, scienze politiche, economia e storia dell'arte".

Non minimizzarono di aver subito minacce, censure e tentativi di licenziamento. "I membri del nostro gruppo hanno subito proteste nei campus, richieste di licenziamento da parte della stampa, molestie, complotti per provocare licenziamenti, no-platforming e tentativi di censurare la ricerca e le pubblicazioni accademiche. Tali attacchi non sono in linea con la ricezione ordinaria di idee critiche delle accademie, dove è normalmente accettato che il disaccordo sia ragionevole e persino produttivo".

Da qui la loro preoccupazione: "per la soppressione di un'adeguata analisi accademica e discussione del fenomeno sociale del transgenderismo e delle sue molteplici cause ed effetti".

Infine, la denuncia, che in molte università sono presenti lobbies LGBT che, oltre ad influenzare e orientare le politiche di studio, ambiscono a formare una nuova "classe dirigente accademica", perfettamente allineata al nuovo diktat, tradendo la libertà di ricerca. "Molte delle nostre università hanno stretti legami con organizzazioni LGBT che forniscono 'formazione' di accademici e dirigenti e che, è ragionevole supporre, influenzano la politica universitaria attraverso questi collegamenti (…). Le definizioni utilizzate da queste organizzazioni per ciò che viene giudicato 'transfobico' possono essere pericolosamente onnicomprensive e andare ben oltre ciò che una legge ragionevole potrebbe descrivere. Non sopportano analisi accademiche, riducono la libertà accademica e censurano il lavoro accademico"[527].

STUDI RIGUARDANTI IL CERVELLO

Due studi, tra i molti, riguardanti il cervello si oppongono all'ideologia di genere.

Il primo: "Sex differences in the structural connectome of the human brain", del 2013, fu condotto su 949 soggetti (428 maschi e 521 femmine) di età compresa tra gli 8 e i 22 anni da un'équipe guidata da Ragini Verma dell'University of

[526] http://www.theguardian.com/society/2018/oct/16/academics-are-being-harassed-over-their-research-into-transgender-issues

[527] Per comprendere l'importanza dell'appello citiamo le Università dove operano questi accademici. University of London, University College London, London School of Hygiene and Tropical Medicine, King's College London, University of Roehampton di London, London School of Economics, University of Bath, University of Brighton, University of Cambridge, Birmingham City University, University of Liverpool, University of Manchester, University of York, University of Nottingham, University of Oxford, All Souls College di Oxford, University of East Anglia, University of Exeter, University of Leeds, University of Lisbon, University of Melbourne, University of Plymouth, University of Reading, University of Vienna, University of Warwick, University of Texas at Austin, Bath Spa University, Coventry University, De Montfort University, Leeds Beckett University, Massachusetts Institute of Technology, Open University, Royal Holloway The George Washington University Law School, Keele University.

Pennsylvania a Philadelphia, concludendo che "le connessioni celebrali maschili e femminili sono diversamente distribuite" [528/ 529].

Il secondo è di Simon Baron-Coehn, professore di psichiatria presso l'Università di Cambridge, ed ebbe come soggetti i neonati esaminando due aspetti: la capacità di empatia e la capacità di sistematizzazione. Lo studio dimostrò significative differenze tra i cervelli dei neonati e delle neonate, determinando che nelle femmine è molto più accentuata l'empatia e nei maschi la sistematizzazione[530].

IL PARERE DEL PROFESSOR ALBERTO OLIVERIO[531]

"Per fare chiarezza cominciamo dalle ovvie diversità di natura biologica che fanno parte del cosiddetto dimorfismo sessuale. Le caratteristiche dei due sessi dipendono da fattori genetici e cromosomici e non interessano soltanto gli organi genitali ma anche la struttura del corpo e del cervello.

Per quanto riguarda il sistema nervoso esiste un dimorfismo (diversità tra i sessi) che riguarda sia le strutture, sia alcuni aspetti delle strutture celebrali. Vi sono caratteristiche delle emozioni, dei comportamenti aggressivi, delle capacità spaziali eccetera che sono diverse nei due sessi sia in quanto esistono differenze a livello celebrale, sia in quanto gli ormoni, maschili e femminili, agiscono sul nostro comportamento. E' ben noto che gli androgeni (gli ormoni sessuali maschili) potenziano l'aggressività e fanno si che, in genere, i ragazzi siano più violenti delle ragazze. Queste differenze non sono omogenee come ogni aspetto della biologia: esistono forti differenze individuali che possono essere potenziate o indebolite dalla cultura ma è semplicistico negare che esse siano inizialmente un fatto biologico (…).

Le diversità tra i due sessi esistono anche a livello celebrale e comportano differenze comportamentali e della personalità che non sono dettate soltanto dal modo in cui siamo allevati"[532].

La sua conclusione. "Imboccare la strada secondo cui la parità sarebbe negata dal riconoscere che esistono differenze biologiche, come sostengono numerosi fautori delle teorie del 'gender', è un corto circuito che va evitato. Educare alla parità non implica necessariamente negare le differenze"[533].

---

[528] http://www.uphs.upenn.edu/news/News_Releases/2013/12/verma/

[529] I risultati furono pubblicati sulla rivista scientifica PROCEEDINGS OF NATIONAL ACADEMY OF SCIENCE. Per approfondimenti: http://www.pnas.org/content/111/2/823/

[530] Cfr. S. BARON-COEHN, *L'autisme: une forme extreme du cerveau masculin?* IN TERAIN, n. 42, marzo 2004, pp. 221ss.

[531] ALBERTO OLIVERIO è professore emerito di psicobiologia all'Università Sapienza di Roma e attualmente insegna Neuroscienze presso l'Ateneo Salesiano di Roma. Ha lavorato in numerosi istituti di ricerca internazionali tra cui il Karolinska di Stoccolma, il Brain Research Institute dell'UCLA a Los Angeles, il Jackson Laboratory nel Maine, il Center for Neurobiology of Learning and Memory dell'Università di California a Irvine. Dal 1976 al 2002 ha diretto l'Istituto di Psicobiologia e Psicofarmacologia del Consiglio Nazionale delle Ricerche. È presidente della Società Italiana di Neuroetica (http://www.giunti.it/autori/alberto-oliverio/).

[532] A. OLIVERIO, *Gender & neuroscienze: la differenza esiste,* in Avvenire 24 giugno 2015 (http://www.avvenire.it/agora/pagine/gender-e-neuroscienze-olivierio).

[533] *Gender & neuroscienze: la differenza esiste*, op. cit.

5.Le preoccupazioni di Papa Francesco e della Chiesa Cattolica

PAPA FRANCESCO

Papa Francesco ha manifestato più volte l'insidiante e evastante pericolosità del Gender. Lo ha fatto in molteplici interventi di cui riportiamo alcuni testi.

DISCORSI

11 aprile 2014: al BICE (Ufficio Internazionale Cattolico dell'Infanzia)

"Vorrei manifestare il mio rifiuto per ogni tipo di sperimentazione educativa con i bambini. Con i bambini e i giovani non si può sperimentare**.** Non sono cavie da laboratorio! Gli orrori della manipolazione educativa che abbiamo vissuto nelle grandi dittature genocide del secolo XX non sono spariti; conservano la loro attualità sotto vesti diverse e proposte che, con pretesa di modernità, spingono i bambini e i giovani a camminare sulla strada dittatoriale del 'pensiero unico'. Mi diceva, poco più di una settimana fa, un grande educatore: 'A volte, non si sa se con questi progetti – riferendosi a progetti concreti di educazione – si mandi un bambino a scuola o in un campo di rieducazione' ".

17 novembre 2014: ai partecipanti al Colloquio Internazionale sulla complementarietà tra uomo e donna

"I bambini hanno il diritto di crescere in una famiglia, con un papà e una mamma, capaci di creare un ambiente idoneo al loro sviluppo e alla loro maturazione affettiva. Non dobbiamo cadere nella trappola di essere qualificati con concetti ideologici. La famiglia è un fatto antropologico, e conseguentemente un fatto sociale e di cultura. Noi non possiamo qualificarla con concetti di natura ideologica, che hanno forza soltanto in un momento della storia e poi decadono. Non si può parlare oggi di famiglia conservatrice o famiglia progressista: la famiglia è famiglia! Non lasciatevi qualificare da questo o da altri concetti di natura ideologica. La famiglia ha una forza in sé".

16 gennaio 2015: incontro con le famiglie a Manila

"Stiamo attenti alle nuove colonizzazioni ideologiche. Esistono colonizzazioni ideologiche che cercano di distruggere la famiglia. Non nascono dal sogno, dalla preghiera, dall'incontro con Dio, dalla missione che Dio ci dà, vengono da fuori e per questo dico che sono colonizzazioni. Non perdiamo la libertà della missione che Dio ci dà, la missione della famiglia. E così come i nostri popoli, in un momento della loro storia, arrivarono alla maturità di dire 'no' a qualsiasi colonizzazione politica, come famiglie dobbiamo essere molto molto sagaci, molto abili, molto forti, per dire 'no' a qualsiasi tentativo di colonizzazione ideologica della famiglia, e chiedere a san Giuseppe, che è amico dell'Angelo, che ci mandi l'ispirazione di sapere quando possiamo dire 'sì' e quando dobbiamo dire 'no' ".

21 marzo 2015: ai giovani di Napoli

"Poi ci sono le colonizzazioni ideologiche sulle famiglie, modalità e proposte che ci sono in Europa e vengono anche da Oltreoceano. Poi quello sbaglio della mente umana che è la teoria del gender, che crea tanta confusione. Così la famiglia è sotto attacco".

15 aprile 2015: Udienza Generale

“La cultura moderna e contemporanea ha aperto nuovi spazi, nuove libertà e nuove profondità per l’arricchimento della comprensione di questa differenza. Ma ha introdotto anche molti dubbi e molto scetticismo. Per esempio, io mi domando, se la cosiddetta teoria del gender non sia anche espressione di una frustrazione e di una rassegnazione che mira a cancellare la differenza sessuale perché non sa più confrontarsi con essa. Sì, rischiamo di fare un passo indietro. La rimozione della differenza, infatti, è il problema, non la soluzione. Per risolvere i loro problemi di relazione, l’uomo e la donna devono invece parlarsi di più, ascoltarsi di più, conoscersi di più, volersi bene di più”.

8 giugno 2015: ai Vescovi di Porto Rico

“La complementarità tra l’uomo e la donna, vertice della creazione divina, è oggi messa in discussione dalla cosiddetta ideologia di genere, in nome di una società più libera e più giusta. Le differenze tra uomo e donna non sono per la contrapposizione o la subordinazione, ma per la comunione e la generazione, sempre a ‘immagine e somiglianza’ di Dio. Senza la reciproca dedizione, nessuno dei due può comprendere nemmeno se stesso in profondità”.

14 giugno 2015: discorso di apertura del Convegno Ecclesiale della diocesi di Roma

“I nostri ragazzi incominciano a sentire queste idee strane, queste colonizzazioni ideologiche che avvelenano l’anima e la famiglia: si deve agire contro questo. Mi diceva, due settimane fa, una persona, un uomo molto cattolico, bravo, giovane, che i suoi ragazzini andavano in prima e seconda elementare e che la sera, lui e sua moglie tante volte dovevano ‘ri-catechizzare’ i loro ragazzi, per quello che riportavano da alcuni professori della scuola o per quello che dicevano i libri che davano lì. Queste colonizzazioni ideologiche fanno tanto male e distruggono una società, un Paese, una famiglia. E per questo abbiamo bisogno di una vera e propria rinascita morale e spirituale”.

27 Luglio 2016: ai Vescovi della Polonia

“Noi stiamo vivendo un momento di annientamento dell’uomo come immagine di Dio. E qui vorrei concludere con questo aspetto, perché dietro a questo ci sono le ideologie. In Europa, in America, in America Latina, in Africa, in alcuni Paesi dell’Asia, ci sono vere colonizzazioni ideologiche. E una di queste – lo dico chiaramente con ‘nome e cognome’ – è il gender! Oggi ai bambini a scuola si insegna questo: che il sesso ognuno lo può scegliere. E perché insegnano questo? Perché i libri sono quelli delle persone e delle istituzioni che ti danno i soldi. Sono le colonizzazioni ideologiche, sostenute anche da Paesi molto influenti. E questo è terribile. Parlando con Papa Benedetto, che sta bene e ha un pensiero chiaro, mi diceva: ‘Santità, questa è l’epoca del peccato contro Dio Creatore!’. Dio ha creato l’uomo e la donna; Dio ha creato il mondo così, così, così…, e noi stiamo facendo il contrario. Dio ci ha dato uno stato ‘incolto’, perché noi lo facessimo diventare cultura; e poi, con questa cultura, facciamo cose che ci riportano allo stato ‘incolto’! Quello che ha detto Papa Benedetto dobbiamo pensarlo: ‘E’ l’epoca del peccato contro Dio Creatore!’. E questo ci aiuterà”.

16 Settembre 2015: Udienza Generale

“Proprio la famiglia è all’inizio, alla base di questa cultura mondiale che ci salva; ci

salva da tanti attacchi, tante distruzioni, da tante colonizzazioni, come quella del denaro o delle colonizzazioni ideologiche che minacciano tanto il mondo. La famiglia è la base per difendersi!".

1 ottobre 2016: ai sacerdoti della Georgia

(Rispondendo a una domanda). "Tu hai menzionato un grande nemico del matrimonio, oggi: la teoria del gender. Oggi c'è una guerra mondiale per distruggere il matrimonio. Oggi ci sono colonizzazioni ideologiche che distruggono, ma non si distrugge con le armi, si distrugge con le idee".

5 ottobre 2017: ai partecipanti alla XXIII Assemblea Generale della Pontificia Accademia per la Vita

"L'ipotesi recentemente avanzata di riaprire la strada per la dignità della persona neutralizzando radicalmente la differenza sessuale e, quindi, l'intesa dell'uomo e della donna, non è giusta. Invece di contrastare le interpretazioni negative della differenza sessuale che mortificano la sua irriducibile valenza per la dignità umana, si vuole cancellare di fatto tale differenza, proponendo tecniche e pratiche che la rendano irrilevante per lo sviluppo della persona e per le relazioni umane. Ma l'utopia del 'neutro' rimuove ad un tempo sia la dignità umana della costituzione sessualmente differente, sia la qualità personale della trasmissione generativa della vita. La manipolazione biologica e psichica della differenza sessuale che la tecnologia biomedica lascia intravvedere come completamente disponibile alla scelta della libertà - mentre non lo è! -, rischia così di smantellare la fonte di energia che alimenta l'alleanza dell'uomo e della donna e la rende creativa e feconda".

INTERVISTE

19 gennaio 2015: ai giornalisti nel viaggio di ritorno dalle Filippine

"La colonizzazione ideologica: dirò soltanto un esempio, che ho visto io. Vent'anni fa, nel 1995, un Ministro dell'Istruzione Pubblica aveva chiesto un grosso prestito per costruire scuole per i poveri. Le hanno dato il prestito a condizione che nelle scuole ci fosse un libro per i bambini di un certo grado di scuola. Era un libro di scuola, un libro preparato bene didatticamente, dove si insegnava la teoria del gender**.** Questa donna aveva bisogno dei soldi del prestito, ma quella era la condizione. Furba, ha detto di sì e ha fatto fare anche un altro libro e li ha dati tutti e due, e così è riuscita nel suo progetto. Questa è la colonizzazione ideologica: entrano in un popolo con un'idea che non ha niente a che fare col popolo; con gruppi del popolo sì, ma non col popolo, e colonizzano il popolo con un'idea che cambia o vuol cambiare una mentalità o una struttura. Durante il Sinodo i vescovi africani si lamentavano di questo: per certi prestiti s'impongano certe condizioni. Io dico soltanto questo caso che io ho visto. Perché dico 'colonizzazione ideologica'? Perché prendono proprio il bisogno di un popolo o l'opportunità di entrare e rafforzarsi per mezzo dei bambini. Ma non è una novità questa. Lo stesso hanno fatto le dittature del secolo scorso. Sono entrate con la loro dottrina. Pensate ai 'Balilla', pensate alla 'Gioventù Hitleriana'… Hanno colonizzato il popolo, volevano farlo. Ma quanta sofferenza! I popoli non devono perdere la libertà. Il popolo ha la sua cultura, la sua storia; ogni popolo ha la sua cultura. Ma quando vengono condizioni imposte dagli imperi colonizzatori, cercano di far

perdere ai popoli la loro identità e creare uniformità".

2 ottobre 2016: ai giornalisti nel viaggio di ritorno dalla Georgia e dall'Azerbaijan

"Quello che io ho detto riguarda quella cattiveria che oggi si fa con l'indottrinamento della teoria del gender. Mi raccontava un papà francese che a tavola parlava con i figli - cattolico lui, cattolica la moglie, i figli cattolici all'acqua di rose ma cattolici - e ha domandato al ragazzo di dieci anni: 'E tu che cosa voi fare quando diventi grande?' 'La ragazza'. E il papà si è accorto che nei libri di scuola s'insegnava la teoria del gender. E questo è contro le cose naturali. Una cosa è che una persona abbia questa tendenza, questa opzione, e c'è anche chi cambia il sesso. E un'altra cosa è fare l'insegnamento nelle scuole su questa linea per cambiare la mentalità. Queste io le chiamo 'colonizzazioni ideologiche' ".

DOCUMENTI E LIBRI

Enciclica Laudato sii, n. 155

"Anche apprezzare il proprio corpo nella sua femminilità o mascolinità è necessario per riconoscere sé stessi nell'incontro con l'altro diverso da sé. In tal modo è possibile accettare con gioia il dono specifico dell'altro o dell'altra, opera di Dio creatore, e arricchirsi reciprocamente. Pertanto, non è sano un atteggiamento che pretenda di cancellare la differenza sessuale perché non sa più confrontarsi con essa".

Esortazione Post Sinodale Amoris laetitia, n. 56

"Un'altra sfida emerge è l'ideologia genericamente chiamata gender, che nega la differenza e la reciprocità naturale di uomo e donna. Essa prospetta una società senza differenze di sesso, e svuota la base antropologica della famiglia. Questa ideologia induce progetti educativi e orientamenti legislativi che promuovono un'identità personale e un'intimità affettiva radicalmente svincolate dalla diversità biologica fra maschio e femmina. L'identità umana viene consegnata a un'opzione individualistica, anche mutevole nel tempo.

E' inquietante che alcune ideologie di questo tipo, che pretendono di rispondere a certe aspirazioni a volte incomprensibili, cerchino di imporsi come un pensiero unico che determini anche l'educazione dei bambini. Non si deve ignorare che 'sesso biologico (*sex*) e ruolo sociale-culturale del sesso (*gender*), si possono distinguere, ma non separare'(**…).** Una cosa è comprendere la fragilità umana o la complessità della vita, altra cosa è accettare ideologie che pretendono di dividere in due gli aspetti inseparabili della realtà".

Libro: "Quest'economia uccide. Con un intervista esclusiva su capitalismo e giustizia sociale", pg. 39

"Pensiamo alle armi atomiche, alla possibilità di annientare in pochi istanti un numero molto alto di esseri umani. Pensiamo anche alle manipolazioni genetiche, alla manipolazione della vita o alla teoria gender che non riconoscono l'ordine del creato. Con questa attitudine l'uomo commette un nuovo peccato contro Dio il Creatore".

"MASCHIO E FEMMINA LI CREO'. PER UNA VIA DI DIALOGO SULLA QUESTIONE DEL GENDER NELL'EDUCAZIONE

Il 10 giugno 2019 è stato pubblicato dalla Congregazione per l'Educazione

Cattolica (CEC), il testo “Maschio e femmina li creò. Per una via di dialogo sulla questione del *gender* nell’educazione”.

“Nell’ultima decade i Vescovi hanno mostrato sempre più attenzione alla cosiddetta *questione del gender*, ponendo quesiti alla Congregazione per l’Educazione Cattolica per quanto concerne le scuole e le università cattoliche. Durante i lavori dell’Assemblea Plenaria della Congregazione, svoltasi nel febbraio 2017, è affiorata l’emergenza dell’*ideologia del gender* in ambito educativo ed è stata presa la decisione comune di intervenire con uno scritto su tale delicato tema per aiutare quanti hanno a cuore l’educazione cattolica.

Al riguardo, l’Ufficio Scuole ha predisposto un’agenda di lavoro e ha chiesto la collaborazione di esperti nelle diverse discipline (pedagogia, scienze dell’educazione, filosofia, diritto, didattica, …) al fine di redigere una bozza del testo in cui si potessero condividere alcune riflessioni e orientamenti che, pur richiamando la sostanza del dibattito circa la sessualità umana, indicassero principalmente il *metodo di intervento* di quanti sono impegnati nell’educazione delle nuove generazioni. In tale modo si intendeva superare ogni inconcludente contrapposizione polemica.

Il documento “*Maschio e femmina li creò” Per una via di dialogo sulla questione del gender nell’educazione*, ora pubblicato dopo la consultazione dei competenti Dicasteri della Santa Sede, invita ad affrontare la *questione del gender* con un *approccio dialogico*. In questa materia in cui è alto il rischio di fraintendimenti e conflitti ideologici, risultano opportuni tre atteggiamenti: *ascoltare, ragionare e proporre*.

In primo luogo, quindi, è necessario fare una distinzione tra ideologia e studi sul gender. Mentre l’ideologia pretende, come riscontra Papa Francesco, “di rispondere a certe aspirazioni a volte comprensibili”, ma cerca “di imporsi come un pensiero unico che determini anche l’educazione dei bambini” e quindi preclude l’incontro, non mancano delle ricerche sul *gender* che cercano di approfondire adeguatamente il modo in cui si vive nelle diverse culture la differenza sessuale tra uomo e donna. In relazione a questi studi è possibile aprirsi all’ascolto, al ragionamento e alle proposte. Pertanto il documento ripercorre la storia, focalizza i punti di incontro ragionevoli e propone la visione antropologica cristiana.

Nel breve itinerario storico appaiono chiaramente alcune criticità alla base di un disorientamento antropologico con la tendenza a cancellare le differenze tra uomo e donna, considerate come semplici effetti di un condizionamento storico-culturale. L’ideologia del gender «nega la differenza e la reciprocità naturale di uomo e donna. Essa prospetta una società senza differenze di sesso, e svuota la base antropologica della famiglia. Questa ideologia induce progetti educativi e orientamenti legislativi che promuovono un’identità personale e un’intimità affettiva radicalmente svincolate dalla diversità biologica fra maschio e femmina. L’identità umana viene consegnata ad un’opzione individualistica, anche mutevole nel tempo» (Papa Francesco, *Amoris laetitia*, 2016, n. 56).

Ci sono, tuttavia, alcuni elementi di ragionevole condivisione, come il rispetto di *ogni persona* nella sua peculiare e differente condizione, affinché nessuno, a causa delle proprie condizioni personali (disabilità, razza, religione, tendenze

affettive, ecc.), possa diventare oggetto di bullismo, violenze, insulti e discriminazioni ingiuste. Un altro aspetto di convergenza sono *i valori della femminilità*. Nella donna, infatti, la "capacità dell'altro" favorisce una lettura più realistica e matura delle situazioni contingenti, sviluppando "il senso e il rispetto del concreto, che si oppone ad astrazioni spesso letali per l'esistenza degli individui e della società" (Congregazione per la Dottrina della Fede, *Lettera ai vescovi*, 2004, n.13).

Si tratta di un apporto che arricchisce le relazioni umane e i valori dello spirito "a partire dai rapporti quotidiani tra le persone". Per questo, la società è in larga parte debitrice alle donne che sono "impegnate nei più diversi settori dell'attività educativa, ben oltre la famiglia: asili, scuole, università, istituti di assistenza, parrocchie, associazioni e movimenti" (Giovanni Paolo II, *Lettera alle donne*, 1995, n. 9).

Ispirandosi principalmente al documento *Orientamenti educativi sull'amore umano. Lineamenti di educazione sessuale* – pubblicato dalla Congregazione per l'Educazione Cattolica il 1° novembre 1983 – il nuovo testo ripropone la *visione antropologica cristiana* che vede nella sessualità una componente sostanziale della personalità, un suo modo di essere, di manifestarsi, di comunicare con gli altri, di sentire, di esprimere e di vivere l'amore umano. Pertanto, essa è parte integrante dello sviluppo della personalità e del suo processo educativo: "Dal sesso, infatti, la persona umana deriva le caratteristiche che, sul piano biologico, psicologico e spirituale, la fanno uomo o donna, condizionando così grandemente l'iter del suo sviluppo verso la maturità e il suo inserimento nella società" (Congregazione per la Dottrina della Fede, *Persona humana*, 1975, n. 1).

Il testo viene ora affidato ai Presidenti delle Conferenze Episcopali con la volontà di farlo giungere a quanti hanno a cuore l'educazione, in particolare alle comunità educative delle scuole cattoliche e a quanti, animati dalla visione cristiana della vita, operano nelle altre scuole, ai genitori, agli alunni, ai dirigenti e al personale, nonché ai Vescovi, agli Istituti religiosi, ai Movimenti, alle Associazioni di fedeli e ad altri organismi del settore"[534].

Excursus - Uso della "triptorelina" nei casi di IPOTETICA disforia di genere

LA SITUAZIONE GENERALE

Gli effetti della ideologia gender si stanno ripercuotendo drammaticamente sulle nuove generazioni; un caso emblematico è la "disforia di genere".

Discutendo di disforia di genere dobbiamo chiarire che non stiamo occupandoci di patologie degli organi genitali non pienamente sviluppati, o ambigui, o con gravi difetti nello sviluppo anatomico (1 su 5000), quindi che comportano delle condizioni patologiche collegate a fattori di geni o di cromosomi, come avviene ad esempio nella "Sindrome di Turner", ma trattiamo di una notevole e persistente

[534] Presentazione del cardinale Giuseppe Versaldi, Prefetto della Congregazione per l'Educazione Cattolica (http://www.educatio.va/content/cec/it/congregazione-per-l-educazione-cattolica/attivita/-maschio-e-femmina-li-creo--per-una-via-di-dialogo-sulla-questio.html).

identificazione nell'età puerile o adolescenziale con il sesso opposto, dove "le persone si ritengono vittime di una sorta di 'incidente biologico' che le ha imprigionate in un corpo incompatibile con l'identità di genere che vivono soggettivamente. I soggetti con la forma più estrema di disforia di genere possono essere descritti come transessuali"[535].

Due sono le visioni di questo stato.

Il "Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali" (DSM-V)[536] nella versione del 2013 annovera la disforia di genere nell'ampio panorama dei disturbi mentali. Dello stesso parere è il "Collegio Americano dei Pediatri" che in un documento intitolato: "L'ideologia gender danneggia i bambini", al n. 3 affermano: "La convinzione di una persona di essere qualcosa che in realtà non è costituisce, nella migliore delle ipotesi, il segno di un pensiero confuso. Quando un ragazzo altrimenti sano crede di essere una ragazza esiste un problema oggettivo che sta nella testa, non nel corpo, e dovrebbe essere trattato come tale"[537].

Al contrario, la dottoressa Johanna Olson del Children's Hospital di Los Angeles, esclude che questa situazione derivi da disturbi psichiatrici congeniti, evidenziando che il problema è causato dal mondo esterno e da come questo risponde ai ragazzi e agli adolescenti "confusi". Alle stesse conclusioni giunse una ricerca "boicottata" di Lisa Littman della Brown University di Rhode Island[538]. Noi propendiamo, per la maggioranza dei casi, per questa seconda ipotesi, anche perché il 76-80% di adolescenti che accusano un ipotetica disforia di genere "guariscono da sé", recuperano naturalmente e spontaneamente l'accettazione del proprio sesso biologico se non gli sono somministrati farmaci "blocca-pubertà". Ciò significa che su dieci adolescenti cui è diagnosticata un ipotetica disforia di genere, diagnosi complessa e a volte controversa, sette o otto risolveranno il "disturbo" terminata l'età dello sviluppo. Due o tre, invece, continueranno a "sentirsi ingabbiati" in un sesso biologico che ritengono contrario rispetto alla loro presunta identità psicologica.

E' questo un "disturbo" in veloce e costante aumento nei bambini, ragazzi e adolescenti prevalentemente nei Paesi Occidentali e Nord Americani.

Caso emblematico è il Regno Unito, dove nell'anno 2010 si contavano 97 casi (56 maschi - 41 femmine) di ipotetica disforia di genere aumentati nel 2017 a 2510 (704 maschi -1806 femmine); 45 sotto i 6 anni. Ogni settimana, inoltre, circa cinquanta fra bambini/ragazzi dai 4 agli 11 anni sono accompagnati dai genitori in centri specialistici. Nel 2018, i ragazzi/adolescenti sottoposti a iniezioni per arrestare la pubertà sono stati 800: alcuni avevano solo dieci anni. Ad altri sono stati somministrati ormoni per intraprendere il percorso di cambio di sesso. A detta del quotidiano inglese "The Daily Telegraph" la colpa è della propaganda degli adulti. "Alcuni educatori sono convinti che la promozione delle tematiche transgender nelle scuole ha seminato confusione nella mente dei ragazzi

[535]http://www.msdmanuals.com/it-it/professionale/disturbi-psichiatrici /sessualit%C3%A0,-disforia-di-genere-e-parafilie/disforia-di-genere-e-transessualismo/

[536] Diagnostic and Statistic Manual of the American Psychiatric Association (DSM-V).

[537] *Gender Ideology Harms Children*, Originally published March 2016 - Updated September 2017 (http://www.acpeds.org/the-college-speaks/position-statements/gender-ideology-harms-children).

[538] *Brown criticized for removing article on transgender study* (Cfr. https://www.nbcnews.com/feature/nbc-out/brown-university-criticized-over-removal-transgender-study-n906741).

incoraggiandoli a dubitare sulla loro identità; tutto ciò è divenuto un'industria".

In vari Paesi di fronte a ragazzi/e o adolescenti con presunta disforia di genere si adottano tre provvedimenti. Bloccare lo sviluppo puberale con farmaci; esaminare le loro condizioni psicologiche analizzando i fondamenti delle loro percezioni, supportandoli con trattamenti ormonali. Infine, in determinati casi, si procede alle modifiche chirurgiche dell'apparato genitale maschile o femminile con enorme problematiche non unicamente anatomiche e strutturali ma anche funzionali. Questo percorso si chiama "transazione" o "riassegnazione sessuale".

Ma attenzione: questi sono passaggi medici e chirurgici che modificano l'esteriorità del soggetto, però "l'interiorità" resterà per sempre maschile o femminile, poiché il maschio, come già affermato, conserva in tutte le cellule del suo corpo i cromosomi XY e la femmina XX. Per questo è inattuabile la mutazione dell'identità biologica costituendo la pietra fondante e strutturale delle caratteristiche somatiche e funzionali di ogni donna e di ogni uomo.

LA SITUAZIONE ITALIANA

In Italia, un ragazzo/adolescente su 9mila, è affetto da ipotetica disforia di genere, e al termine dell'adolescenza, il problema persiste a circa il 18% con accentuate diversità tra maschi e femmine. Un numero in aumento anche nel nostro Paese come ricorda il professor Maurizio Bini, ginecologo e andrologo che da molti anni dirige l'ambulatorio per la "transizione di genere" del Grande Ospedale Metropolitano "Niguarda" di Milano. "Ieri - afferma - si trattavano poche decine di casi l'anno; oggi le richieste sono decuplicate in tutti i centri dal Nord al Sud".

Dai dati forniti al Congresso: "La popolazione transgender e gender non conforming" organizzato a Napoli presso l'Università Federico II nel 2018, si apprende che nella città partenopea dal 2005, quando si registrò in un anno un unico caso, siamo passati a trentacinque nel 2017. E, nel 2013, l'Azienda Ospedaliera Universitaria "Careggi" di Firenze chiese l'autorizzazione all'Agenzia Italiana per il Farmaco (AIFA) per l'uso "off-label"[539] della "triptorelina", che inibisce la secrezione ipofisaria delle gonadotropine quali l'ormone luteinizzante (LH) e l'ormone follicolo-stimolante (FSH), ritardando di conseguenza lo sviluppo puberale dei ragazzi/e che soffrono di un eventuale disforia di genere.

Nell'aprile 2018 l'AIFA per superare lo scoglio dell' "off-label" e autorizzare l'inserimento della triptorelina per questo uso tra i medicinali a carico del Sistema Sanitario Nazionale, chiese un parere al Comitato Nazionale di Bioetica (CNB).

Il 23 luglio 2018 fu comunicato il parere del CNB dal titolo: "In merito alla richiesta di AIFA sulla eticità dell'uso del farmaco triptorelina per il trattamento di adolescenti con disforia di genere (DG)"[540].

L'uso del medicinale fu approvato dalla maggioranza dei membri; si astennero unicamente i rappresentanti dell'Istituto Superiore di Sanità e del Consiglio Superiore di Sanità, votò contro Assuntina Morresi, professore associato di

[539] "Off-label" è l'uso nella pratica clinica di farmaci al di fuori delle condizioni autorizzate per patologia o per posologia. La Triptorelina è un farmaco autorizzato per curare il cancro alla prostata o alla mammella o per specifici problemi ormonali.

[540] http://bioetica.governo.it/media/3450/p132_2018_triptorelina-per-adolescenti-con-disforia-di-genere.pdf

Chimica Fisica presso il Dipartimento di Chimica, Biologia e Biotecnologie dell'Università degli Studi di Perugia.

OSSERVAZIONI SUL PARERE DEL COMITATO NAZIONALE DI BIOETICA

Si legge nell'Abstract. "Il documento dopo avere delineato in sintesi i benefici e i rischi dell'uso, senza entrare nel merito della ricostruzione storico-sociologica e della discussione filosofica del gender, avanza alcune raccomandazioni, ispirate alla cautela e alla valutazione caso per caso, richiamando la necessità che la diagnosi e la proposta di trattamento provengano da un'équipe multidisciplinare e specialistica, che il trattamento sia limitato a casi ove gli altri interventi psichiatrici e psicoterapeutici siano risultati inefficaci, che il trattamento preveda un consenso espresso in modo libero e volontario e con la consapevolezza delle informazioni ricevute nelle specifiche condizioni fisiche e psichiche dell'adolescente. Il Comitato inoltre rileva l'importanza di un'adeguata formazione del pediatra, della rete socio-sanitaria di base e delle istituzioni scolastiche coinvolte su questi temi e raccomanda la predisposizione di studi di sicurezza, efficacia e follow-up fisico-psichico sui casi trattati e la previsione di una politica di accesso equo e omogeneo alla triptorelina. Infine il Comitato raccomanda ad AIFA di disciplinare le particolari condizioni di somministrazione del farmaco nella diagnosi della DG in adolescenza".

Dall'Abstract notiamo che il parere favorevole è infarcito da numerosi inviti alla prudenza: il farmaco potrà essere utilizzato unicamente da un team multidisciplinare…, non potrà essere accordato in modo generalista ma unicamente dopo l'approfondito esame del singolo caso…, l'avvio di un follow up per ogni paziente trattato…

Ma, nonostante le precauzioni, rimane un "trattamento pericoloso", e allora perché il CNB ha fornito parere positivo?

Esaminare alcune motivazioni.

Il CNB bloccando la pubertà dell'adolescente con una terapia ormonale sembra voler "prendere tempo" per maggiori approfondimenti prima che questo/a giunga alla decisione definitiva del cambio del sesso. I componenti del CNB appaiono convinti che il blocco dello sviluppo sessuale serva a una "maturazione di consapevolezza". Però, in molti, si interrogano sull'adeguatezza e sul vantaggio di questa convinzione.

Studi internazionali dimostrano che il più delle volte il blocco ormonale non ha modificato il convincimento del singolo. Di più: spesso il blocco della pubertà non solo peggiora i sintomi distonici creando in futuro delle serie difficoltà d'integrazione sociale rispetto agli adolescenti dello stesso sesso. Inoltre, non possiamo scordare che il 40% di chi soffre di distonia presenta anche dei sintomi psichiatrici: dall'autismo all'ansia, dalla depressione all' autolesionismo. Ha scritto Assuntina Morresi spiegando il motivo del suo voto negativo: "Fino a quattro anni di 'sospensione' fisica, ma lo sviluppo cognitivo non si può fermare, e quindi c'è una persona fisicamente bambina ma che cognitivamente continua a crescere, anche se le emozioni e i sentimenti sono alterati: se si sopprime la spinta degli ormoni nativi, cosa avviene nelle relazioni con gli altri, in una pubertà così volutamente manipolata? (…). Con un corpo bambino e una 'mente' più adulta,

per anni, confusi di per sé e fuori dall'evoluzione fisiologica ormonale: come possono questi ragazzi non sentirsi sempre più diversi dai compagni di banco?"[541].

Come abbiamo affermato la triptorelina provoca nel soggetto uno sconvolgimento fisico-psicologico-somatico di cui possediamo scarsi dati soprattutto nel lungo periodo, possedendo pochi studi a livello internazionale. E' interessante, però, una ricerca svoltasi in Svezia con un follow up della durata di trent'anni (1973-2003) da dove apprendiamo una mortalità dei soggetti che hanno seguito completamente l'iter per la "riassegnazione sessuale" che giunge anche al 50% maggiore della popolazione comune, e ciò è dovuto all'uso di sostante stupefacenti, oppure per aver contratto l'infezione HIV, oppure per gravi malattie cardio-vascolari. Inoltre, in questi individui, anche il tasso suicidario è maggiore del 20%.

Da un articolo pubblicato nel luglio 2018 dalla rivista "The Atlantic"[542]sui cosiddetti "detransitioner", apprendiamo inoltre che gli adolescenti con disforia di genere cui fu bloccato lo sviluppo sessuale, e che poi sono "tornati indietro", hanno subito anche loro rilevanti problemi psicologici.

Il CNB richiede, inoltre, un consenso informato al minorenne prima dell'avvio del trattamento. Si domandano "Scienza&Vita" e il "Centro Studi Livatino": "Un minore in età prepuberale che si trovi in 'condizione frequentemente accompagnata da patologie psichiatriche, disturbi dell'emotività e del comportamento' può esprimere un consenso? In che modo i professionisti del settore possono garantire che il consenso di un preadolescente affetto da ipotetica disforia di genere sia 'libero e volontario'?"[543].E, A. Morresi, aggiunge: "Ma veramente pensiamo che un dodicenne, o un sedicenne, specie in queste condizioni, sia consapevole di cosa significhi cambiare genere e non poter avere bambini in futuro? O che, forse, potrebbe congelare i suoi gameti, per essere poi madre biologica e padre sociale al tempo stesso, o viceversa?"[544]

LE CONCLUSIONI DI ALCUNI ESPERTI DEL SETTORE

Afferma il professor Maurizio Bini: "Lavoro in questo settore da trent'anni e ho trattato migliaia di casi. Ebbene, in una sola occasione ho ritenuto in coscienza di fare ricorso a questo farmaco. L'utilizzo della triptorelina è così delicato che, con i direttori degli altri tre centri lombardi di interesse nazionale abbiamo deciso di farvi ricorso solo dopo un consulto comune. Nessuno può prendersi da solo la responsabilità di bloccare lo sviluppo sessuale di un adolescente se non per motivi davvero gravi e importanti"[545].

Il Centro Studi Livatino[546]: "I pareri del CNB si sono sempre distinti per rigore

[541] A. MORRESI, *Così avremo corpi bambini e menti adulte. Troppi rischi* (https://www.avvenire.it/attualita/pagine/cos-avremo-corpi-bambini-e-menti-adulte-troppi-rischi).

[542] When Children Say They're Trans - https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2018/07/when-a-child-says-shes-trans/561749/

[543] Comunicato congiunto di Scienza&Vita e del Centro Studi Livatino del 6 agosto 2018.

[544] *Così avremo corpi bambini e menti adulte. Troppi rischi*. op. cit.

[545] L. MOIA, *Gratuito il "farmaco gender" che blocca la pubertà,*(https://www.avvenire.it/famiglia-e-vita / pagine/ il-caso-gratuito-il-farma co-gender-che-blocca-la-pubert).

[546] Il "Centro Studi Rosario Livatino", costituitosi nel 2015, a 25 anni dal sacrificio del giudice siciliano, è un gruppo di giuristi, magistrati, avvocati, docenti universitari, notai che traendo esempio dal magistrato

scientifico e sono stati un riferimento autorevole per le tematiche bioetiche. In questo caso invece il CNB ha avallato un farmaco per un'indicazione che, come lo stesso comitato riconosce, non ha evidenze scientifiche a sostegno (l'astensione dei due rappresentanti dell'Istituto Superiore di Sanità e del Consiglio Superiore di Sanità è significativa al riguardo), e mostra una serie di gravi controindicazioni, che comunque emergono dal documento. Esse, avrebbero dovuto far concludere per un 'no' a un percorso controverso e potenzialmente pericoloso per la salute fisica e psichica dei minori coinvolti. La cautela all'uso del prodotto esposta nelle 'raccomandazioni' somiglia troppo alla tecnica adoperata in talune leggi - per tutte, la 194/1978 - che, prospettando deroghe in 'casi particolari', in realtà introduce un cambio di regime con immediata applicazione a chiunque, in violazione del principio di precauzione"[547].

Di fronte a ciò che abbiamo affermato scaturisce un ultimo interrogativo: perché il CNB non ha seguito "le cautele" che richiedono le "Linea Guida di Buona Pratica Clinica" per i protocolli in età pediatrica?

Con Determina del 25 febbraio 2019, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale del 2 marzo 2019, il dirigente dell'area pre-autorizzazioni dell'AIFA ha inserito la molecola triptorelina fra i medicinali erogabili a carico del Servizio Sanitario Nazionale. La molecola TRP potrà essere somministrata ad adolescenti affetti da ipotetica disforia di genere allo scopo di procurare loro un "blocco temporaneo" dello sviluppo puberale, con l'ipotesi che ciò "alleggerisca", in qualche modo, il "percorso di definizione della loro identità di genere".

La scelta della "riassegnazione sessuale" investe aspetti fisici, psicologici, etici e religiosi, oltre che sovvertire la natura dell'essere creato da Dio e non auto-creato. Comporta, inoltre, un complesso percorso straripante di sofferenze che coinvolgono anche la famiglia e gli ambiti amicali. *Ma tutto ciò porterà il soggetto alla felicità?*

CAP. 10 - L'AIDS

AIDS, droga e alcolismo non conoscono confini geografici né barriere ideologiche, e colpiscono soprattutto i giovani, mietendo migliaia di vittime.
Queste drammatiche situazioni interpellano i "modelli" proposti dalla cultura contemporanee "che porta a dubitare del valore della persona umana, del significato stesso della verità e del bene, in ultima analisi della 'bontà della vita' "[548]. Per questo, come rammentava H. Kung: "L'etica che nella modernità era considerata in misura crescente come una questione privata, nella post-modernità – per il bene dell'uomo e la sopravvivenza dell'umanità – deve tornare ad essere un' esigenza pubblica di primaria importanza". Dunque, "l'umanità post moderna

agrigentino ucciso per mano mafiosa nel 1990, studia temi riguardanti in prevalenza il diritto alla vita, la famiglia e la libertà religiosa in un'ottica di coerenza col diritto naturale.
[547] Comunicato del 6 agosto 2018.
[548] BENEDETTO XVI, *Lettera alla diocesi di Roma sul compito urgente dell'educazione,* 21 gennaio 2008.

richiede valori, fini e ideali"[549].

Inoltre l'AIDS, la droga e l'alcolismo sfruttando la fragilità della condizione umana non attengono unicamente alla patologia fisica ma anche a quella psichica e spirituale, spegnendo nel cuore delle vittima le motivazioni esistenziali e le prospettive più profonde di speranza.

Questo capitolo e il seguente si prefiggono l'ostico obiettivo di offrire indicazioni di speranza affidabile che dia fiducia nella vita, soprattutto alle generazioni più giovani per non lasciarsi "incatenare" da schiavitù che portano alla disperazione e in alcuni casi alla morte, convinti che nessuno è irrecuperabile se "ripartirà" nella ricostruzione della personalità dalle potenzialità presenti in lui. Il malato di AIDS, il tossicodipendete e l'alcolista sono fragili da fortificare, impauriti da rassicurare, immaturi da emancipare. Ricordava P. Devlin: "per nessun uomo vale la pena di modificare la propria condotta solo sul criterio di poter sfuggire alla punizione, per questo ogni società degna di questo nome crea per i suoi membri dei criteri superiori a quelli della legge"[550]. Di conseguenza, la lotta all'AIDS, alla droga e all'alcol si vinceranno unicamente nel "campo valoriale".

1.Storia della malattia e del contagio

L'AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome o Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) è una malattia infettiva del "sistema immunitario"[551], trasmissibile e ad elevata mortalità. E' causata dal virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) che producendo l'immunodeficienza[552] distrugge progressivamente gli anticorpi, quelli difendono l'uomo da "agenti estranei" infesti, rendendo le persone più vulnerabili alle infezioni. Il virus causa un ampio spettro di manifestazioni che vanno dalle infezioni acute alle gravi patologie opportunistiche e neoplastiche che caratterizzano il quadro dell'AIDS conclamata.

La patologia fu identificata dal "Center for Disease Control and Prevention" (CDC)[553] il 5 giugno 1981 quando si registrarono a Los Angeles, in cinque persone omosessuali casi sospetti di polmonite da "pneumocystis carinii pneumonia"[554]. Il fatto stupì, poiché questa malattia colpisce solitamente soggetti affetti da morbi del sistema immunologico. Il "Center for Disease Contro" responsabile della vigilanza epidemiologica degli USA affermò: "E' una malattia indicatrice di una deficienza sottesa dell'immunità cellulare in persone che non mostrano deficienza cellulare"[555].

Il virus, però, fu isolato ufficialmente solo nel 1985 a seguito della morte dell'attore statunitense omosessuale Rock Hunson, ma si era già diffuso, "silenziosamente", in tutto il mondo[556].

---

[549] H. KUNG, *Progetto per un'etica mondiale,* (1990), trad. it. di G. MORETTO, Rizzoli, Milano 1991, pg. 23.
[550] P. DEVLIN, *The enforcement of morals*, Oxford University Press 1965, pg. 121.
[551] Insieme di cellule dell'organismo che intervengono nella difesa delle infezioni o contro la penetrazione di qualsiasi elemento estraneo al corpo.
[552] Condizione nella quale è menomata l'efficienza delle difese immunitarie.
[553] Scopritori furono R. Gallo e L. Montagnier con i rispettivi gruppi di ricerca.
[554] Microorganismo tra quelli più comunemente presenti nelle infezioni in soggetti immunodepressi.
[555] R. NAJERA, in AA VV, *Sida, un problema de salud pubblica*, Diaz de Santos, Madrid 1987, pg. 82.
[556] Per approfondire l'argomento: M. GRMEK, *Storia di una epidemia attuale*, Laterza, Roma-Bari 1989.

Con oltre 35 milioni di morti dal 1985, e l'infezione continua anche attualmente a uccidere due milioni di persone ogni anno, l'Aids è una delle maggiori e più aggressive pandemie della storia ed è lontana dall'essere debellata. In Italia, ad esempio, secondo i dati forniti nel 2018 in occasione della Giornata Mondiale (1 dicembre) le nuove diagnosi di infezione da Hiv ogni anno sono tra le 3.500 e le 4.000 con un incremento registrato nella fascia d'età tra i 25 e i 29 anni, nella quale l'incidenza è più alta: 15,9 nuovi casi ogni 100.000 residenti.

Nei primi mesi del 2014, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), lanciò un nuovo allarme poichè l'infezione in calo fra la "popolazione generale", dilagava ampiamente fra le persone omosessuali. G. Hirnschall, capo dipartimento HIV presso l'OMS, rilevò che il rischio di contagio tra le persone omosessuali è 19 volte più alto che nel resto della popolazione e i transessuali rischiano 50 volte di più, rispetto agli eterosessuale, di essere contagiati.

Esclusi i Paesi occidentali, la maggioranza di questi malati sono poveri, poichè anche l'AIDS, come la maggioranza delle epidemie nuoce vittime fra le categorie più fragili, gli "scarti" delle società, emarginandoli e in alcuni casi privandoli di cure adeguate.

Così fu definita l'AIDS dalla "Commissione Nazionale per la lotta all'AIDS" del Ministero della Sanità nella seduta del 22 gennaio 1987: "L'AIDS (Sindrome da Immunodeficienza Acquisita) è una malattia infettiva trasmissibile ad elevata mortalità causata dal virus HIV (Human Immunodeficiency Virus) che preferibilmente colpisce le cellule del sistema immunitario, esponendo l'individuo a contrarre molteplici infezioni ed alcuni tipi di tumore. Lo stesso virus causa un'infezione che può essere responsabile di diversi quadri clinici (che possono precedere l'AIDS) o non dar luogo ad alcuna sintomatologia (portatore asintomatico). La sorgente dell'infezione è costituita non solo dai malati ma anche da portatori asintomatici".

Quattro le "vie" di contagio.

1.Il contagio sessuale.

La trasmissione della malattia avviene per "via sessuale" mediante rapporti tra soggetti omosessuali[557] e eterosessuali infetti[558]/[559].

Di conseguenza, un alto numero di rapporti sessuali occasionali o un eccessivo numero di partner sessuali ampliano le percentuali di rischio. E il virus è trasmesso mediante lo sperma e altri liquidi biologici.

---

[557] "Per 'omosessualità' intendiamo la condizione umana di una persona che a livello di sessualità, è caratterizzata dalla peculiarità di sentirsi costituzionalmente condizionata ad esprimersi sessualmente solo con un partner dello stesso sesso (…). Per omosessualità non intendiamo quindi direttamente ed esclusivamente i comportamenti omosessuali, ma la condizione omosessuale di una persona che, attraverso i comportamenti cerca la propria realizzazione (…). Infine, la condizione omosessuale non comporta di per sé nessun contenuto patologico dal punto di vista somatico o psichico" (J. C. BERMEJO, Voce *AIDS,* in AA. VV, *Dizionario di Teologia Pastorale Sanitaria,* Camilliane, Torino 1997, pg. 26).

[558] "E' stato chiarito che nel rapporto fisico tra omosessuali, le uniche pratiche sicuramente a rischio (in particolare per il soggetto passivo) sono rappresentate dai traumatismi che quasi sempre precedono il coito anale" (G. VISCO- E. GIRARDI, *AIDS, epidemia del secolo? Il punto sulla situazione in Italia e nel mondo,* Editori riuniti, Roma 1989, pg. 9.

[559] "Nei rapporti etero sessuali le ricerche hanno suggerito che i rapporti vaginali costituiscono un canale di trasmissione e confermano altresì l'esistenza del contagio da uomo a donna e da donna a uomo" (C. DE SIMONE -a cura di, *Affrontare l'AIDS. Indicazione per la sanità pubblica, la salute del singolo e la ricerca,* Sigma-Tau, Roma 1987, pg. 70.

2.Il contagio parenterale (o trascutanea).
La trasmissione della malattia avviene mediante l'uso di siringhe o di aghi contaminati con sangue infetto in persone assuefatte alle droghe. "Tra l'ago e la siringa, dopo l'uso, resta sempre un po' di sangue (circa un microlitro), e quando il materiale è usato di nuovo, soprattutto se più volte e da più soggetti il rischio di iniettare una carica infettante del virus diviene elevatissimo"[560].
A rischio è pure chi è costretto a ricevere emoderivati per tutta la vita; particolarmente gli emofilitici.
3.Il contagio da madre a figlio.
La trasmissione dell'infezione da HIV può avvenire anche da madri che infettano il concepito durante la gravidanza nell' utero attraverso il cordone ombelicale, o nel parto essendo il corpo del bambino esposto al sangue della madre, oppure con l'allattamento materno.
4.Il contagio di altre categorie.
Altre fonti di trasmissione dell'infezione sono i trapianti d'organo e la procreazione medicalmente assistita.

Dunque, il virus, si diffonde con il contatto diretto con il liquido biologico infetto o con il contatto con il sangue di una persona portatrice della patologia.
Non si sono registrati casi di trasmissione a seguito di "convivenze" (uso dello stesso appartamento o di oggetti utilizzati da persone già infette…), oppure per vie "indirette" (saliva, lacrime, sudore, aria, acqua, animali…), o mediante baci. Anche il rischio d'infezione per gli operatori sanitari derivanti da motivi professionali è molto basso.

Il trascorrere del tempo e l'approfondimento scientifico della patologia, identificarono le modalità di trasmissione mostrando che l'epidemia possedeva configurazioni difformi rispetto alle precedenti. In particolare, l'intersecarsi dell'aspetto medico e culturale correlato alla trasformazione dei costumi sessuali e all'uso e abuso della sessualità per finalità edonistiche. Per questo, era opportuno, coordinare l'aspetto sanitario con quello educativo, poiché il profilattico, proposto come soluzione privilegiata, non avrebbe arginato la strage.
L'AIDS esige una riflessione etica e sociale particolare, essendo questa patologia una questione non unicamente personale ma societaria, come pure è una problematica di giustizia poichè "le vittime spesso non hanno voce essendo i tossicodipendenti di New York, di Madrid, di Milano o di San Juan; le minoranze afro-americane o ispaniche negli Stati Uniti, le masse impoverite dell'Africa nera o del sudest asiatico" [561].

Pur essendo l'AIDS causata nella maggioranza dei casi da comportamenti trasgressivi e promiscui che l'emarginazione, la povertà e lo sfruttamento accrescono, e frequentemente questi malati sono tossicodipendenti o omosessuali, non possiamo però ridurre il discorso unicamente ai settori etici-morali come affermò il cardinale K. Lehmann: "Non possiamo ridurre il nostro messaggio ad alcuni e pochi ristretti quesiti di teologia morale, come ad esempio la valutazione della omosessualità, il controllo dei concepimenti e i rapporti

[560] *AIDS, epidemia del secolo? Il punto sulla situazione in Italia e nel mondo*, op. cit., pp. 46-47.
[561] J.J. FERRER, *Sida y bioetica: de la autonomia a la justicia,* Universidad Pontificia de Comillas, Madrid 1997, pg. 284.

sessuali tra i malati di AIDS. Tali problemi hanno la loro importanza nella giusta sede, ma in ultima analisi possono essere risolti in modo convincente soltanto prendendo in considerazione l'insieme del messaggio cristiano di salvezza. Se predichiamo veramente 'la speranza contro ogni speranza' (cfr. Rom. 4,18), i problemi etici di coloro che rispondono a tale invito si risolvono quasi da sé"[562]. Come pure è importante, ma non è sufficiente, unicamente la risposta assistenziale, ma è fondamentale porre accanto a questa anche quella che A. Autiero definisce "carità di tipo intellettuale"[563] sia nei confronti dei malati che dei sani, a livello preventivo, con l'obiettivo di supportare la persona a superare la "precarietà esistenziale e culturale" in cui spesso vive.

Da questa breve introduzione comprendiamo che l'AIDS è una malattia che per la sua natura specifica solleva problematiche assai complesse intrecciandosi tematiche medico-scientifiche, culturali ed etico-morali che esamineremo di seguito. E' quindi errato focalizzare l'attenzione sul morbo, trascurando la globalità dell'uomo!

2.Aspetti scientifici

Con il trascorrere del tempo, il mondo scientifico ha costatato che il virus HIV, appartiene alla famiglia dei "retrovirus" del genere dei "lentivirus" e origina infezioni croniche precedute da cinque/dieci anni d'incubazione colpendo il centro del sistema immunitario, cioè la cellula "T helper", quella che dispone l'equilibrio del sistema immunitario e regola la sintesi degli anticorpi.

Negli ultimi anni, la patologia, è stata variamente classificata.

-Classificazione pazienti affetti da HIV-1 secondo l' OMS (prima versione 1990, seconda versione 2005)[564]*.*

Stadio	**Descrizione**
Infezione da HIV primaria	Può essere asintomatica o associata a sindrome retrovirale.
Stadio 1	L'infezione da HIV è asintomatica con la conta delle cellule CD4 superiore a 500/µl. Può includere anche l'ingrossamento generalizzato dei linfonodi.
Stadio 2	Lievi sintomi che possono includere minori manifestazioni mucocutanee e ricorrenti infezioni del tratto respiratorio superiore. Una conta di CD4 inferiore a 500/µl.
Stadio 3	Avanzamento dei sintomi che

[562] K. LEHMANN, *La pastorale della speranza,* in "Dolentium Hominum" 13 (1990), pg. 224.
[563] Cfr.: A. AUTIERO, *Quale sfida per l'etica?* In "Rivista di Teologia Morale", 80 (1988), pp. 14-15.
[564] Cfr.: WOORLD HEALTH ORGANIZATION (1990), *Interim proposal for a WHO staging system for HIV infection and disease,*. WHO Wkly Epidem. Rec. 65 (29): 221–228. PMID 1974812.

	possono includere inspiegabili diarree croniche per oltre un mese, gravi infezioni batteriche tra cui la tubercolosi polmonare e una conta CD4 inferiore a 350/µl.
Stadio 4 o AIDS	Sintomi gravi che includono toxoplasmosi del cervello, candidosi dell'esofago, della trachea, dei bronchi o dei polmoni e sarcoma di Kaposi. Una conta di CD4 inferiore a 200/µl.

-Classificazione pazienti affetti da HIV 1 secondo i "Centers for Disease Control and Prevention"(CDC)[565]*.*

Questo metodo classifica l' infezione in base alla conta dei linfociti CD4+ e ai sintomi clinici caratterizzanti la condizione del paziente.

A secondo dell'attività replicativa dell'HIV con la conta dei linfociti CD4+ si nota anche la velocità con cui l'infezione si trasforma in AIDS.

Stadio	**Descrizione**
Stadio 1	CD 4≤ 500/µl e senza condizioni che definiscono l'AIDS.
Stadio 2	CD 4≤ 200-500/µl e senza condizioni che definiscono l'AIDS.
Stadio 3	CD 4≤ 200/µl con condizioni che definiscono l'AIDS.
Sconosciuto	Se i dati disponibili non sono sufficienti per una classificazione.

I dati riportati sono riassunti da "tre stadi" che solitamente la malattia segue.

-La prima manifestazione è la LAS (Lympho-Adenopathy Syndrome) caratterizzata dalla comparsa di due linfonodi in parti diverse del corpo. Il soggetto, per il momento, non presenta né sintomi, né disturbi.

-La seconda manifestazione è l' ARC (Aids Related Complex) contrassegnata da elevata replicazione virale e conseguente distruzione dei linfociti CD4+. Troviamo inoltre la comparsa di almeno due sintomi poiché l'organismo non riesce a difendersi da una serie di microrganismi.

-Il terzo momento è la "fase acuta", cioè l'AIDS conclamata che spesso porta alla morte.

Alcune delle patologie che possono manifestarsi in questi soggetti: neurologiche: encefaliti e meningiti; occhi: retiniti; polmoni: pneumocistosi, tubercolosi (sistemina), tumori; pelle: tumori; gastrointestinali: esofagiti, diarrea cronica,

[565] E. SCHNEIDER - S. WHITMORE – KM. GLYNN – K. DOMINGUEZ – A. MITSCH – MT. MCKENNA (dicembre 2008), *Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents, and children aged 18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to 13 year,* -United States, 2008, MMWR Recomm Rep 57 (RR-10): 1-12, PMID 19052530.

tumori.

Due sono i ceppi di virus responsabili dell'AIDS: l' "HIV1" presente prevalentemente in Europa, America e Africa orientale e l' "HIV2" presente nell'Africa occidentale.

I ceppi, dopo essersi annidati nel sangue di un individuo, si evolvono nelle tre modalità accennate precedentemente.

Fino al 1985 l'AIDS era incurabile e il più delle volte conduceva ad una morte rapida. Ma anche ora, il mondo scientifico, non ha individuato trattamenti altamente efficaci o vaccini per arrestare totalmente gli effetti devastanti della patologia. Possediamo, però, farmaci definiti anti-retrovirali che rallentano la progressione clinica della sindrome, anche se a volte provocano "pesanti" effetti collaterali. Inoltre, l'elevato costo dei trattamenti, non permette l'accesso alle popolazioni di tutti i Paesi.

3.Aspetti culturali

L'AIDS assume non unicamente, come affermato in precedenza, una dimensione puramente biomedica, ma aspetti anche culturali e etici poiché investe la sfera sociale ed individuale della persona coinvolgendola non solo nella sua salute ma anche nel suo vissuto profondo e nel rapporto con gli altri, poiché le varie modalità di trasmissione trovano la loro causa prevalentemente in comportamenti sessuali disordinati.

L'AIDS è una malattia "comportamentale" che si genera nelle "dimensioni più intime della persona". Non a caso, la patologia, si comunica attraverso lo sperma e il sangue, due liquidi organici ai quali tutte le tradizioni culturali attribuirono un particolare significato e le posero direttamente in connessione con la vita.

La generale attività d'informazione richiede perciò di essere completata con un'opera di responsabilizzazione "culturale". Per questo, è essenziale coinvolgere nel dibattito i legislatori e i politici, i massmedia e i leaders religiosi, gli scienziati e gli operatori sanitari affinché tutti assieme affermino con coraggio ciò che è ovvio: che la sessualità dissociata dall'impegno coniugale, il comportamento incentrato sulle aberrazioni e promiscuità sessuali e il vagabondaggio erotico contribuiscono enormemente alla diffusione del virus.

In altri termini, questa malattia contratta attraverso i comportamenti sopra citati, quando non dipende da anomalie organiche, chiaramente è conseguenza di scelte personali oggettivamente disordinate perciò assume una inequivocabile "dimensione morale". Tutte queste "negatività" trovarono un terreno favorevole nel permissivismo degli ultimi decenni, negli atteggiamenti depravati e nel turismo sessuale che pochi deplorano. Da qui l'importanza, non solo di una corretta informazione sanitaria, ma anche di un'educazione a un rigoroso rapporto con la propria ed altrui sessualità.

Non possiamo infine scordare l'intervento dell'autorità pubblica che spesso pubblicizza il profilattico per un "sesso protetto e sicuro", senza prendere posizione nei confronti dei comportamenti che portano alla diffusione del contagio.

E' vero, che a volte, legge morale e leggi civili non coincidono, ma quest'ultime

per far progredire il bene comune non possono tralasciare l'aspetto valoriale della vita di un popolo, e lo Stato è chiamato ad intervenire in alcune pratiche ed azioni che assumono un'incidenza pubblica. Rammenta un Documento della Congregazione per la Dottrina della Fede a riguardo "dell'aborto procurato" ma la stessa riflessione si addice anche al nostro argomento: "La legge umana può rinunciare a punire, ma non può dichiarare onesto quel che è contrario al diritto naturale, perché tale opposizione basta a far si che una legge non sia più una legge"[566].

Concretamente, in questo aspetto, pur riguardando la personale modalità di vivere la sessualità, lo Stato deve interrogarsi sul significato del corpo e della sessualità, sul valore dell'amore umano e sulle regole che devono guidarlo e custodirlo, sul rapporto intrinseco tra la sessualità umana e l'istituto matrimoniale. Ovviamente, è più semplice distribuire profilattici che intraprendere l'arduo cammino dell' educazione ai valori. Siamo, come ricordava il cardinale D. Tettamanzi, "di fronte ad una malattia che coinvolge la nostra società e cultura, sicché la stessa morale non può restringersi ad una lettura interpretativa individualistica del fenomeno AIDS: urge una lettura interpretativa propriamente sociale e culturale. E' questo un aspetto essenziale e decisivo"[567] .

Culturalmente si dovrà anche operare affinché il malato di AIDS non subisca delle discriminazioni per paure causate da quel fenomeno collettivo definito "Aids-fobia" generato prevalentemente dall'ignoranza.

Metaforicamente, l'AIDS che si manifesta come "una resa" del sistema immunitario, svela non unicamente i limiti e la radicale impotenza dell'uomo, ma "la resa" di vari contesti alla liberalizzazione e al permissivismo nei confronti dei valori tradizionali avendo scordato gli ideali assoluti e irrinunciabili che, come tali, non conoscono limitazione né di tempo, né di spazio.

A questi malati dovremo offrire la massima attenzione e cure premurose superando i radicalismi e i pregiudizi, frutti d'insipienze che presentano l'AIDS con visioni apocalittiche o catastrofistiche, definendola "peste del 2000" o "flagello e castigo di Dio" inviata dal cielo per punire i comportamenti immorali dell'uomo, oppure si prefiggono di risvegliare nel profondo dell'inconscio collettivo il ricordo delle antiche pestilenze. Immagini tanto sconvolgenti quanto superficiali sono per molti sinonimi ineluttabili della malattia, contribuendo a generare un senso diffuso e soffocante di panico, esteso a tutti i livelli societari che, a volte, invocano un "capro-espiatorio".

Non è il caso di coinvolgere potenze tenebrose d' incerto significato razionale anche perché la malattia può essere contratta indipendentemente da ogni comportamento moralmente criticabile. Il riferirsi ad atteggiamenti magici o di punizione, mostra la non conoscenza del Dio cristiano presentatoci da Gesù Cristo che lo indica onnipotente nella misericordia e nel perdono e la sua grandezza sta nell'amore. Se Dio fosse il regista di questa brutalità rinnegherebbe la sua identità di Padre e non meriterebbe la nostra adorazione e la nostra fiducia.

L'AIDS, non come "segno" ma come "significato", può senz'altro costituire un severo richiamo all'umanità per quello che san Giovanni Paolo II definì "una

[566] CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione sull'aborto procurato,* n. 21.
[567] D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana,* Piemme, Casale Monferrato 2001, pg. 415.

specie d'immunodeficienza nel piano dei valori esistenziali che non si può lasciare di riconoscere come una vera patologia dello spirito"[568]. Perciò, anche questa patologia, può essere letta come un "segno dei tempi", poiché rivelatrice dei disordini profondi che mettono a rischio il reale significato della sessualità e dell'amore umano.
Quello offerto è un messaggio agli uomini contemporanei affinchè rielaborino i loro stili di vita come ricordato da G. Cottier: "Certo lo è in quanto rivelatore dei disordini profondi della nostra società, che mettono in dubbio il significato della sessualità e dell'amore umano (…). La nuova malattia ci obbliga a guardare in faccia le cose. Segno dei tempi, l'AIDS lo è ancora di più e in primo luogo con l'urgente chiamata che ci fa l'amore al prossimo e alla solidarietà. L'amore al fratello deve farsi inventivo per ricevere le numerose sofferenze causate da questa malattia"[569].
In quest' ottica, il cardinale G. B. Hume, ha evidenziato che l'AIDS è una prova, ma non una punizione divina, una "legge generale secondo la quale ogni azione ha delle conseguenze che possono anche portare alla distruzione. Di fatto l'AIDS non è che una delle numerose conseguenze disastrose d'un comportamento sessuale disordinato. Questo disordine è la causa fondamentale dell'epidemia attuale"[570]. Gli fecero eco i vescovi francesi puntualizzando: "Difendersi dall'AIDS è un bene. E' una necessità sociale, famigliare e personale. Ma questo non può farsi chiudendo gli occhi sugli aspetti morali e spirituali della situazione e restringendosi alla sola profilassi"[571] .

Dunque l'AIDS esige una risposta che oltrepassi la prevenzione o il freno della diffusione del virus. E' irrimandabile costruire una cultura e una civiltà "a misura della dignità dell'uomo" che s'ispiri ai principi più nobili del patrimonio dell'umanità, ridefinendo i sistemi di valori e lo sviluppo del modo di vivere che collochi al giusto posto le nozioni morali e etiche.

Di fronte alla situazione di un sofferente nessuno ha il diritto di giudicare. Il Signore Gesù alla donna adultera che rischiava la lapidazione affermò: "Neppure io ti condanno, và e non peccare più" (Gv. 8,11). Per questo H. Hesse affermava che non basta criticare i demoni del nostro tempo ma "al posto di idoli, ci vuole una fede!".

4.Aspetti etici

La presenza di problematiche etiche in questa patologia, come più volte affermato, nasce dal fatto che la malattia coinvolge totalmente la persona, il suo stile di vita e la sua libertà, ma pure il suo rapporto con gli altri.
Ecco, allora, alcuni interrogativi e quesiti etici cui tenteremo di fornire una risposta.
-E' lecito restringere la libertà di movimento del malato o del portatore sano dell'infezione o costringerlo a segnalare la sua condizione?

[568] GIOVANNI PAOLO II, *Udienza generale*, 11 novembre 1990.
[569] G. COTTIER, *Sida: un signo de los tiempas?*, in "Dolentium hominum", 13 (1990), pp. 34 e 39.
[570] B. HUME. *In My Own Words*, Hodder & Stoughton, Londra 1999, pg. 81.
[571] CONFERENZA EPISCOPALE FRANCESE, *Alerter les consciences de nos contemporains*, 2003.

-Come dissuadere le persone a rinunciare ad atti omosessuali o anche eterosessuali rischiosi?
-L'informazione dei partner sessuale senza sospetto dovrebbe avere il sopravvento sulla riservatezza e sulla privacy?
-Questi pazienti vanno isolati?
-Come incoraggiare, con la dovuta discrezione, l'accostarsi ai test?

4.1.RAPPORTO MEDICO PAZIENTE E SEGRETO PROFESSIONALE[572]

Il medico che conosce un test positivo all'HIV è obbligato al segreto professionale. Di conseguenza, può notificare la condizione del paziente al partner o a colleghi di lavoro che sono a contatto con quel malato?

In questo aspetto etico è fondamentale individuare il "punto di equilibrio" nel conflitto tra il diritto alla riservatezza, quindi il rispetto della dignità persona, e di conseguenza l'obbligo del medico al segreto professionale e il diritto alla tutela della salute di terzi che potrebbero subire danni da una mancata rivelazione della patologia. Da ultimo, non possiamo scordare l'obbligo di denuncia del medico secondo le modalità proprie delle malattie infettive. Ma, ogni "comunicazione particolare" deve rappresentare "un'eccezione", quindi va evitato il rischio di moltiplicare queste acriticamente.

Un caso classico è la comunicazione della patologia del partner al coniuge convivente; un caso già trattato nel primo capitolo del testo.
Ricordava A.S. O'Connell esaminando la situazione statunitense, ma elementi comuni li troviamo anche in quella italiana, "mai come nel caso dell'AIDS la rivelazione delle condizioni di salute di una persona è strettamente intrecciata alla negazione del basale rispetto per la dignità umana di tale persona. La maggioranza delle persone sieropositive è costituita da omosessuali, tossicodipendenti e prostitute, il cui stile di vita comprende comportamenti spesso illegali. Una rivelazione del loro stato di sieropositività ai rispettivi datori di lavoro, istituti scolastici, assicurazioni e collettività, li esporrebbe inevitabilmente a stigmatizzazione, umiliazione, ostracismo e diffuse discriminazioni"[573].
Casi emblematici riguardano i piloti d'aerei o i conducenti dei treni o dei mezzi di trasporto che potrebbero porre molti in pericolo.

4.2. VITA MATRIMONIALE E SESSUALE

Il virus HIV può essere trasmesso anche nel corso di un rapporto eterosessuale. Quale comportamento dovrebbe assumere il partner sieropositivo?

E' lecito il preservativo per evitare il contagio del partner o una gravidanza?
Il preservativo è un valido strumento per non essere contagiati o contagiare?

Alcuni moralisti, riferendosi al numero 15 dell'Enciclica "Humane vitae" di san Paolo VI che trattò dei fini terapeutici di determinati farmaci "per curare malattie dell'organismo"[574], affermano la liceità del preservativo.

---

[572] Per approfondire l'argomento: V. BORONI, *Infezione da HIV e segretezza professionale,* in "Medicina e Morale", 3 (1991), pp. 417-444.
[573] A.S. O' COONNELL, *Questioni etiche relative alla trasmissione dei dati clinici. L'esperienza USA,* , in P. CATTORINI (a cura di) *Aids e sorveglianza epidemiologica*, Liviana, Padova 1990, pg. 121.
[574] "La Chiesa, invece, non ritiene affatto illecito l'uso dei mezzi terapeutici necessari per curare malattie dell'organismo, anche se ne risultasse un impedimento, pur previsto, alla procreazione, purché tale

Possiamo, quindi, ritenere il profilattico un "mezzo terapeutico"? A nostro parere "no", poichè il preservativo non costituisce una terapia, e inoltre il "principio terapeutico" può essere applicato unicamente quando non esistono alternative, mentre, in questo caso, la soluzione è l'astenersi dai rapporti sessuali.
Dunque, la dottrina morale della Chiesa cattolica ribadita più volte dagli ultimi Papi, risponde negativamente ai quesisti sopra posti, e una valida giustificazione la troviamo sempre in "Humane vitae": "Qualsiasi atto matrimoniale deve rimanere aperto alla trasmissione della vita (…).Per sua intima natura, l'atto coniugale, mentre unisce con profondissimo vincolo gli sposi, li rende atti alla generazione di nuove vite, secondo leggi scritte nell'essere stesso dell'uomo e della donna. Salvaguardando ambedue questi aspetti essenziali, unitivo e procreativo, l'atto coniugale conserva integralmente il senso di mutuo e vero amore e il suo ordinamento all'altissima vocazione dell'uomo alla paternità e alla maternità"[575]. Disgiungendo intenzionalmente l'atto unitivo da quello procreativo, s'impoverisce la sessualità umana. Di conseguenza, "è da respingere ogni azione che, o in previsione dell'atto coniugale, o nel suo compimento, o nello sviluppo delle sue conseguenze naturali si proponga come scopo o come mezzo, di impedire la procreazione"[576].
Il rapporto sessuale oltrepassa la funzione biologica e l'istintività, esigendo contemporaneamente il dialogo dei sensi e del cuore, la capacità di autocontrollo e il rispetto reciproco.

Esaminiamo un caso.
La moglie che rifiuta liberamente l'atto coniugale quando il marito è contagiato, ma una donna potrebbe anche essere costretta all'atto sessuale; in questo caso è corretto l'uso del profilattico? Il cardinale D. Tettamanzi risponde di "sì": "anzi tutto, perché la volontà della donna è per il 'no' all'atto coniugale; inoltre lei ha il diritto di difendere la sua salute (dal rischio del contagio) ricorrendo ai mezzi che ha a disposizione (poiché non serve allo scopo un altro mezzo da auto-usarsi, ad esempio la pillola contraccettiva). Dunque, non ha altra strada che chiedere ed esigere il profilattico da parte del marito"[577]. Tettamanzi sottolinea però che rimane aperto l'ambito soggettivo della responsabilità della coppia, da valutarsi alla luce dei noti e comuni criteri.

Dunque, possiamo concludere affermando che per la dottrina morale della Chiesa cattolica, un atto sessuale coniugale con l'uso del profilattico non è mai lecito in nessuna circostanza e per nessuna ragione, tranne che nel caso sopra citato.

4.3.OBBLIGATORIETÀ DEL TEST

Come deve comportarsi chi ha un dubbio motivato da precisi sintomi o atteggiamenti di vita di essere sieropositivo ?

Ha l'obbligo di sottoporsi al test per sapere la propria situazione e potersi curare precocemente, evitando di causare a partner sessuali danneggiamenti. Inoltre,

---

impedimento non sia, per qualsiasi motivo, direttamente voluto" (PAOLO VI, *Humane vitae*, n. 15).
[575] *Humane vitae*, op. cit., n. 12.
[576] *Humane vitae*, op. cit., n. 14.
[577] *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., pg. 423.

deve assolutamente astenersi fino al risultato del test da comportamenti che potrebbero essere nocivi ad altri.

Le condizioni indispensabili per sottoporsi al test sono: un giustificato timore di avere contratto la patologia, il consenso informato del soggetto, la tutela della privacy anche a fronte a un eventuale referto positivo.

4.4. SCHEDATURA

Pure la schedatura pone problemi etici intersecandosi con alcuni valori.

Da una parte il diritto del malato ad essere curato e vedere rispettata la propria dignità personale e libertà, quindi non essere discriminato a livello scolastico, lavorativo e societario. Per questo, la legge 135/90, stabilisce che: "L'accertata infezione di HIV non può costituire motivo di discriminazione, in particolare per l'iscrizione a scuola, per lo svolgimento di attività sportive, per l'accesso o il mantenimento dei posti di lavoro"[578]. Dall'altra il diritto dei sani, e di conseguenza della collettività, a non essere contagiata.

Andranno quindi, simultaneamente salvaguardati e promossi, i diritti di tutti i soggetti coinvolti.

4.5.SPESA SANITARIA E RICERCA SCIENTIFICA

Gli Stati devono garantire anche per questa patologia un'adeguata ricerca come per ogni altra malattia. Di fronte alla scarsità delle risorse sarà compito delle autorità negare finanziamenti a interventi inefficaci o definiti di "medicina dei desideri" per sfruttarli per questa patologia.

L'irreversibilità a volte dell'AIDS e l'atroce sofferenza dei pazienti potrebbero indurre a "una maggiore elasticità" nella sperimentazione dei nuovi farmaci. Il porre alla base di queste decisioni sentimenti di compatimento a scapito di trattamenti a lungo termine che potrebbero forse fornire benefici al paziente, pone problemi etici. Riteniamo che unicamente nei casi di malati terminali sia giustificabile una scelta terapeutica basata su criteri meno rigorosi scientificamente, cioè compassionevoli.

5.Prevenzione, informazione e educazione: il caso del profilattico

La prevenzione è la migliore strategia contro ogni malattia. E la prevenzione richiama "la responsabilità", "l'educazione" e "l' informazione" che devono procedere di pari passo essendo gli unici strumenti che possono ridurre la diffusione di una patologia che potrebbe colpire duramente e lungamente le nostre società.

E qui si apre la problematica del "rispetto della verità" superando visioni ideologiche non supportate scientificamente.

La prima prevenzione è "igenico-sanitaria" indicata nella legge 135/90: "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e la lotta contro l'AIDS".

Riportiamo le indicazioni offerte all'articolo 9.

[578] Legge 135/90, art. 5.5.

“*1.Per Ia popolazione in generale:*
1.1. non fare uso di droghe, anche perché la droga deprime le difese immunitarie;
1.2. evitare rapporti sessuali occasionali o con partner sospetti o almeno usare sempre il profilattico;
1.3. usare soltanto siringhe a perdere ed evitarne assolutamente lo scambio o Ia riutilizzazione;
1.4. in caso di trasfusione fare uso di sangue proveniente esclusivamente da centri trasfusionali autorizzati.
2. Per i soggetti appartenenti a categorie a rischio:
2.1. sottoporsi a esami clinici e di laboratorio per accertare il proprio stato rispetto all'infezione;
2.2. evitare rapporti sessuali occasionali;
2.3. ridurre il numero di partner sessuali;
2.4. usare regolarmente il profilattico;
2.5. la coppia di soggetti a rischio, desiderosa di prole, deve sottoporsi a esami preliminari.
3. Per i soggetti già sieropositivi (infetti):
3.1. evitare rapporti sessuali, o almeno usare regolarmente il profilattico fin dall'inizio del rapporto sessuale;
3.2. informare il partner della propria condizione di sieropositività anche a scanso di eventuali responsabilità giuridiche;
3.3. evitare lo scambio di articoli personali di toilette, specialmente di oggetti aguzzi o taglienti;
3.4. evitare donazioni di sangue, di tessuti di organi e di sperma;
3.5. informare i sanitari curanti (medici, dentisti, chirurghi, ginecologi…) del proprio stato di sieropositività;
3.6. le donne sieropositive in età fertile devono evitare la gravidanza;
3.7 le donne sieropositive gravide devono rivolgersi ai centri indicati dalla Regione, perché è dimostrato un elevato rischio di trasmissione dalla madre al feto;
3.8. sottoporsi a regolari controlli clinico-diagnostici”.

Nei confronti di questa epidemia, una sterile prevenzione e una comunicazione unicamente igienico-sanitaria è, come abbiamo più volte ribadito, insufficiente.
E’ indispensabile un’informazione corretta e completa che vada aI “nocciolo del problema” che riguarda la sessualità umana e il suo autentico significato. Di conseguenza, non può essere tralasciata “l’autodisciplina”, poichè un comportamento disordinato può essere prevenuto unicamente favorendo uno stile di vita accurato che non è frutto di semplici espedienti o rimedi momentanei.

Quest’ultima osservazione ci porta a riflettere sull’uso del profilattico, ritenuto da molti il “male minore” e una valida metodologia per prevenire la diffusione il contagio.

Ma, il profilattico, non garantisce una protezione completa; può unicamente limitare in parte l’infezione, quindi non rende il “sesso più sicuro” come alcuni affermano, e il mondo scientifico evidenzia mediamente l’85-90% di efficacia, poiché il virus HIV è molto più filtrante rispetto allo sperma. Dunque, nel lungo periodo, il suo uso generalizzato invece che estinguere la malattia rischia di

favorirla. Inoltre, il profilattico come mezzo di prevenzione, potrebbe indurre le persone a rischi maggiori in base a false ipotesi protettive.
Ecco alcuni autorevoli pareri scientifici.
-L. Montagnier: "I mezzi medici non bastano… In particolare occorre educare la gioventù contro il rischio della promiscuità sessuale e del vagabondaggio sessuale"[579].
-C. Riethever: "Il condon, anche in combinazione con lo spermicida, probabilmente non costituisce una protezione assoluta contro la trasmissione dell'HIV. Il consiglio migliore per le persone con infezione da HIV resta ancora quello di astenersi dai rapporti sessuali…"[580].
-H. Hearst e S. Hulley: "Il miglior consiglio che si può dare alle persone che temono di contrarre l'AIDS è di evitare di scegliere partner che potrebbero essere a rischio. Usare il condom, evitare rapporti anali, limitare il numero di partner sessuali possono essere buoni consigli ma devono essere considerati solo come aggiunte ed alternative secondarie"[581]
- V. De Grottola, K. Mayer, W. Bennet: "Dobbiamo riconoscere che vi è una scarsità di informazioni pratiche circa l'efficacia del condon nel prevenire la diffusione delle malattie sessualmente trasmesse. Non si sa ad esempio se il rapporto anale determini più facilmente di quello vaginale una rottura o una lacerazione del condon, se l'uso di un lubrificante può aumentare l'integrità della membrana o se altre condizioni di uso pratico possano intaccare la resistenza dimostrata negli studi di laboratorio"[582].

Il nostro ricordo va ora al 17 marzo 2009, quando Benedetto XVI in viaggio verso il Camerum incontrò i giornalisti del seguito papale.
Philippe Visseyrias di France 2, rivolse al Papa una domanda: "Santità, tra i molti mali che travagliano l'Africa, vi è anche e in particolare quello della diffusione dell'Aids. La posizione della Chiesa cattolica sul modo di lottare contro di esso è spesso considerata non realistica e non efficace. Lei affronterà questo tema, durante il viaggio?".
Così rispose Benedetto XVI: "Io direi il contrario: penso che la realtà più efficiente, più presente sul fronte della lotta contro l'Aids sia proprio la Chiesa cattolica, con i suoi movimenti, con le sue diverse realtà. Penso alla Comunità di Sant'Egidio (…), ai Camilliani, a tutte le Suore che sono a disposizione dei malati. Direi che non si può superare il problema dell'Aids solo con soldi, pur necessari, ma se non c'è l'anima, se gli africani non aiutano (impegnando la responsabilità personale), non si può superarlo con la distribuzione di preservativi: al contrario, aumentano il problema. La soluzione può essere solo duplice: la prima, un'umanizzazione della sessualità, cioè un rinnovo spirituale e umano che porti con sé un nuovo modo di comportarsi l'uno con l'altro; la seconda, una vera amicizia anche e soprattutto

[579] L. MONTAGNIER, *AIDS: natura del virus,* in AA VV, *Vivere perché? L'AIDS,* "Dolentium hominum" 5 (1990), pg. 52.
[580] AM. CAMRIETHEVER, *Condoms as physical and chemical barriers against human immunodeficiency virus,* in "Journal of American Medical Association", 259 (1988), pg. 1851.
[581] H. HERRST – S. HULLEY, *Preventing the heterosexual spread of AIDS. Are we giving our patients the best advice?, in "Journal of American Medical Association",* 259 (1988), pg. 2428.
[582] V. DE GROTTOLA, K. MAYER, W. BENNET, *Editoriale rivista Rewiews of Infections Diseases,* 1986, pg. 300.

per le persone sofferenti, la disponibilità, anche con sacrifici, con rinunce personali, ad essere con i sofferenti. E questi sono i fattori che aiutano e che portano visibili progressi. Perciò, direi, una duplice forza di rinnovare l'uomo interiormente, di dare forza spirituale e umana per un comportamento giusto nei confronti del proprio corpo e di quello dell'altro, e questa capacità di soffrire con i sofferenti, di rimanere presente nelle situazioni di prova. Mi sembra che questa sia la giusta risposta, e la Chiesa fa questo e così offre un contributo grandissimo e importante. Ringraziamo tutti coloro che lo fanno".

La risposta del Papa suscitò polemiche dichiarazioni di vari leaders mondiali, mentre fu difesa da alcuni scienziati.

-Le Monde (11 marzo 2009).

T. Anatrella (psicanalista), M. Barbato (ginecologo), J. De Irala (epidemiologo), R. Ecochard (epidemiologo), D. Sauvage (presidente Federazione Africana di Azione Famigliare), scrissero: "Non c'è nessun Paese con un'epidemia generalizzata che sia riuscito a far calare la proporzione di popolazione infetta dall'Hiv solo con il preservativo. I casi di minore trasmissione dell'Hiv pubblicati nella letteratura scientifica sono associati all'attuazione dell'astinenza e della fedeltà aggiunte al preservativo, nella triade Abc (abstinence, be faithful, condor)".

La loro conclusione: "il Papa fa notare che rischiamo di aggravare il problema dell'Aids se i programmi di prevenzione si fondano solo sui preservativi. Questo è anche lo stato di conoscenze in materia di salute pubblica e di epidemiologia".

-The Guardian (19 marzo 2009).

Pubblicò che il preservativo, incentivando i comportamenti irresponsabili, estende la diffusione dell'infezione frutto di "una promiscuità non causata dall'edonismo ma dalla disperazione".

-The Washington Post (29 marzo 2009).

"The Pope may be right" (Il Papa potrebbe avere ragione) di E. C. Green (Premio Philly Bongole Lutaaya 2004 per l' impegno in Africa contro l'Aids).

Lo scienziato divulgò i risultati di uno studio dell'University of California che mostrava insufficiente il profilattico. Green non è nuovo a questa convinzione già presentata nel testo "Rethinking Aids Prevention" (Ripensare la prevenzione dell'Aids[583]). In base alla sua esperienza e ai dati statistici, scrisse che per prevenire l'Aids era irrinunciabile l'educazione all'astinenza e alla fedeltà coniugale.

Ma già nel gennaio 2000, l'autorevole rivista scientifica The Lancet, denunciò il profilattico come "una falsa percezione di protezione" che "induce ad aumentare i comportamenti a rischio".

-Daily Telegraph (31 marzo 2009).

"Certo l'Aids pone il tema della fragilità umana e da questo punto di vista tutti dobbiamo interrogarci su come alleviare le sofferenze. Ma il Papa è chiamato a parlare della verità dell'uomo. E' il suo mestiere: guai se non lo facesse".

In base a queste dichiarazioni, è opportuno superare la convinzione del "preservativo onnipotente" adottando il metodo ABC (astinenza, fedeltà, condon), che mostrò, ad esempio, ottimi risultati in Uganda, l'unico Paese africano che ebbe il coraggio di muoversi contro corrente. Nel 2004, la rivista Science, notò

[583] Greenwood Press 2003.

che oltre il 60% dei giovani ugandesi fra i 15 e i 19 anni si astenevano dal sesso: "Questi dati suggeriscono che la riduzione del numero dei partner sessuali e l'astinenza tra i giovani non sposati è una via importante da seguire".

6.La cura del malato

E' opportuno premettere che alcuni malati si trovano colpiti da questa patologia escludendo colpe personali; pensiamo alle vittime di trasfusioni, ai feti nati da donne sieropositive, a chi ha avuto rapporti sessuali ignorando la malattia del partner. Troppe volte, inoltre, la pubblica ignoranza, come affermato in precedenza, qualifica il sieropositivo senz'altro affetto da AIDS e di conseguenza come pericoloso portatore di contagio.

Comunque, responsabili o meno, i malati di AIDS hanno il diritto ad essere assistiti con la massima premura e il più profondo rispetto con i medesimi atteggiamenti e comportamenti che si assumono di fronte a tutti i pazienti, non dimenticando che questo tipo di sofferente di fronte alla rivelazione diagnostica mostra "reazioni particolari" che coinvolgono anche l'ambito psichiatrico.

Il malato di AIDS, il più delle volte giovane, spesso a seguito di pregiudizi sociali, vive una doppia sofferenza: quella fisica che lo condanna a una malattia cronica e quella derivante dall' ambiente societario che lo emargina. Per questo è utile l'ammonimento di E. Kubler-Ross: "Se ci liberiamo dai paraocchi, vedremo con chiarezza il difficile compito che ci sta dinanzi. E' giunto il tempo di separare il grano dall'olio e dobbiamo scegliere: rifiutare milioni di nostri simili a causa del male che li affligge, o tendere loro la mano offrendo aiuto, calore e solidarietà"[584]. Inoltre l'AIDS è una malattia che distrugge ogni illusione e provoca reazioni depressive accompagnate da manifestazioni di consistente angoscia.

Perciò, a questi sofferenti, dovremo offrire oltre che la competenza medico-scientifica una peculiare sensibilità umana e accoglienza, accompagnata dalla comprensione, dalla compassione e dall'ascolto delle ansie, oltre un maggiore sostegno affettivo trovandosi impauriti, isolati ed angosciati di fronte alla morte che per molti si avvicina velocemente. Tornare indietro non è possibile ma progettare il futuro al meglio si. V. Frankl affermava che la validità della vita non si misura con la sua lunghezza: "Se sapessi che domani il mondo crollerà, pianterei lo stesso un albero"[585].

La stessa situazione di angoscioso isolamento è vissuta da chi potremmo definire "probabile futuro malato" avendo avuto dei rapporti a rischio o contatti omosessuali. Costoro temono, informando il proprio partner o la famiglia o parlando con altri, giudizi negativi. Anche in questo caso la sofferenza psicologica e i drammi esistenziali sono altissimi, come pure il sentimento di colpevolezza, infatti come ricordava san Giovanni Paolo II: "questi malati devono affrontare non solo la minaccia di questo male ma anche il sospetto di un ambiente sociale timoroso e istintivamente sfuggente"[586].

Soprattutto nei primi anni della diffusione dell'AIDS alcuni medici si posero

[584] E. KUBLER ROSS, *AIDS l'ultima sfida,* Cortina, Milano 1989, pg. 248.
[585] V. E. FRANKL, *Un significato per l'esistenza. Psicoterapia e umanismo*, Città Nuova, Roma 1990, pg. 56.
[586] GIOVANNI PAOLO II, *Que chacun sache voir le Crhrist pauvre dans nos freres pauvres,* 5 febbraio 1989.

l'interrogativo se fosse loro obbligo curare questi pazienti considerate anche le eventuali possibilità di contagio in realtà molto esigue.
Il dovere del medico a prendersi cura dei malati in ogni situazione deve prescindere dalle circostanze, infatti chi esercita una professione sanitaria si impegna nei confronti della società ad assistere i sofferenti anche se ciò implica gravi rischi per la sua salute e per la sua vita.
Unicamente due condizioni sollevano il medico e l'operatore sanitario dall'obbligo di cura.
-Quando è in pericolo la salute del paziente perché il medico o l'infermiere sono colti da una paura incontrollabile o da gli stress emotivi considerevoli da compromettere la loro efficienza professionale.
-Quando i rischi per il medico o per l'operatore sanitario oltrepassano le loro responsabilità; ad esempio quando una dottoressa o un'infermiera nel periodo della gravidanza potrebbero esporre il loro feto al contagio[587].

Accanto agli obblighi degli operatori sanitari troviamo anche quelli dei pazienti, in particolare l'onestà sui loro precedenti essenziali per formulare diagnosi veritiere e assumere adeguati trattamenti.

Un icona che riassume il comportamento nei riguardi dei malati di AIDS è presente nella visita che san Giovanni Paolo II, in viaggio negli Stati Uniti, fece all'istituto "Dolores" di San Francisco che ospita numerosi malati affetti da questa patologia. Il Papa rivolse loro un discorso poi s'intrattenne con i malati, abbracciando e baciando con affetto i bambini dimostrando con un gesto simbolico quale sollecitudine dobbiamo a questi sofferenti.

7.Problematiche particolari

7.1.ABORTO

Come affermato in precedenza i partner sieropositivi potrebbe contagiare il figlio, e l'Italia presenta, rispetto agli altri Paesi occidentali, un'alta incidenza di AIDS pediatrica. Per questo, alcuni, vorrebbero includere tra le forme di prevenzione *l'aborto per le donne colpite da AIDS invocando per loro l'indicazione "terapeutica" prevista dalla legge 194/1978. Ma, il comandamento "non uccidere", possiede sempre un valore assoluto.
Siamo però confortati dai dati scientifici che mostrano il ridotto rischio di trasmettere al figlio il virus, come pure il possibile uso di farmaci specifici che possiedono esigui effetti negativi sul feto.

L'unico intervento che consente la riduzione del rischio è la prevenzione. Ciò significa consigliare la donna a non intraprendere una gravidanza come pure presentargli i pericoli di contagio che potrebbe rischiare il nascituro.

7.2.INFANZIA

L'AIDS non riguarda unicamente un'età della vita ma può colpire la persona in tutti gli stadi dell'esistenza a partire dalla gravidanza, nell'atto della nascita e dell'allattamento. Chi è a rischio nella prima fase della vita sono i figli di donne

[587] E. LE BOURDAIS, *Hopelessness and Helplessness: Treating the doctors who treat AIDS patients*, Canadian Medical Association Journal, vol. 140, 15 Feb 1989.

che hanno avuto rapporti con partner occasionali, tossicodipendenti o praticato la prostituzione.
Questa situazione, particolarmente presente nelle Nazioni del Terzo e Quarto mondo, rende maggiormente problematica la lotta contro la mortalità infantile. E l'AIDS, nei piccoli, ha una mortalità elevata non possedendo farmaci specifici per la cura.

Spesso, è difficoltoso individuarla precocemente, poichè la maggioranza delle donne che partoriscono da infette non presentano sintomi specifici. Come pure la trasmissione non è sistematica; una madre può partorire un primo figlio infetto e un secondo perfettamente sano; di conseguenza prevedere le condizioni del *nascituro è alquanto complesso. Però, le statistiche ci consolano, mostrano che la maggioranza dei neonati partoriti da madri infette non contraggono nessuna contaminazioni.

8.La proposta della Chiesa Cattolica e non solo

Riconquistare e rivalutare una virtù "fuori moda" e che a volte infastidisce il solo nominarla: la castità. Essa "esprime la raggiunta integrazione della sessualità nella persona e conseguentemente l'unità interiore dell'uomo nel suo essere corporeo e spirituale. La sessualità (...) diventa personale e veramente umana allorché è integrata nella relazione da persona a persona, nel dono reciproco, totale e illimitato nel tempo, dell'uomo e della donna"[588].

"La castità indica la disposizione interiore che spinge una persona a controllare la propria sessualità in modo liberatorio per sé e per gli altri. Il termine castità, dunque, non indica la volontà di superare o negare la realtà sessuale, ma il desiderio di controllare l'organizzazione delle pulsioni sessuali parziali di cui ogni persona è intessuta. Essere casto, dunque, non significa tentare di evitare la sessualità, ma sforzarsi di accettarla in modo intelligente, qualunque sia lo stato di vita nel quale ci si trova e qualunque sia l'equilibrio umano che si è riusciti a realizzare. Inoltre, lo scopo ultimo di questo controllo della sessualità è eminentemente positivo: una maggiore libertà. 'Sarà casta una condotta che cercherà di fare uscire la persona dallo stato d'indifferenziazione ("incestuoso") in cui si trova agli inizi dell'esistenza' (X. Thevenot, *Principi etici di riferimento per un mondo nuovo,* LDC, Torino 1984, pg. 32)"[589]

Salvaguardare la castità richiede eroismo, essendo l'uomo attratto dalla concupiscenza della carne (cfr: 1 Gv. 2,16). Quindi si può raggiungere e mantenere questo elevato obiettivo, unicamente con un'intensa preghiera di supplica al Signore Gesù e riconquistando il valore del sacrificio e della rinuncia.

Il pregio della castità, e di conseguenza dell'astinenza sessuale, trova ampio eco anche oltre la Chiesa cattolica.
Un articolo del Washington Post del 2 febbraio 2015, commentando i risultati di una ricerca condotta su 662 studenti afro-americani della Pennsylvania, pubblicati dalla rivista scientifica "Archives of Pediatric & Adolescent Medicina", sottolineò

[588] CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2337.
[589] *Aids,* op. cit., pg, 26.

che l'astinenza è la forma migliore per prevenire le gravidanze delle adolescenti e delle giovani e per bloccare il dilagare delle malattie sessualmente trasmesse. E così, nel Paese più liberale del mondo, si celebra ogni anno, il 12 febbraio, la "Giornata Nazionale della Purezza", a cui aderiscono centinaia di scuole e di college.
Negli anni 90' del ventesimo secolo il cardinale G. B. Hume di fronte alla campagna del governo inglese incentrata sullo slogan: "O anticoncezionali o Aids" , affermò: "Questo slogan indica una falsa alternativa. Vi è una terza via: quella dell'autodisciplina e del rispetto del prossimo anche nel campo della sessualità"[590].

*Poiché l'AIDS si è diffusa rapidamente attraverso i tossicodipendenti, dedicheremo il prossimo capitolo a questo immenso fenomeno planetario.

CAP. 11 - TOSSICODIPENDENZA

L'uso di alcune sostanze derivanti dall'oppio, dalla coca e da altre piante similari risale al settimo secolo; ma l'avvalersi di queste ebbe un drastico incremento alla fine del XIX secolo, e dagli anni '50 del XX secolo, il fenomeno assunse una dimensione globale.
Il vocabolo "droga" deriva dal termine olandese "droog" che significa "secco"[591] e indica la pianta seccata da cui si estraggono sostanze psicotrope, cioè attive sul piano psichico.
Queste essenze assumono un significato "positivo" nel campo medico e "negativo" quando forniscono sensazioni euforizzanti sia a livello fisico che psichico o estraniano dalla realtà.
Le varie droghe, con modalità differenziate, provocano effetti collaterali gravi dalla dipendenza alle malattie psichiatriche fino ad uccidere.
Da non dimenticare inoltre, come ricordato nel capitolo precedente, che l'uso di sostanze stupefacenti per via endovenosa è la seconda modalità di trasmissione dell'AIDS.

1. Il fenomeno

1.1. UN FENOMENO PLANETARIO

Nella storia le droghe sono sempre state presenti nelle varie società ma a livello locale e circoscritto. Con il progresso dei mezzi di comunicazione e di trasporto il fenomeno si è trasformato in planetario.
Gli assuntori di droghe nel mondo sono oltre 40 milioni e ogni anno si producono circa 800mila tonnellate di cocaina e 350mila di eroina; ciò causa migliaia di vittime nell'indifferenza generale. Per il numero dei morti che contiamo in tutti i continenti, alcuni hanno definito questo fenomeno "la terza guerra mondiale". Ad esempio, secondo il "Centers for disease control and prevention" (CDC),

[590] *In My Own Words*, op. cit., pg. 91.
[591] AA.VV, *droga* in "Treccani.it - Vocabolario Treccani on line", Istituto dell'Enciclopedia Italiana.

organismo della sanità pubblica americana che monitorizza la diffusione delle malattie negli Stati Uniti, nel Paese ogni giorno muoiono 120 persone per overdose.

E' questo un settore in incremento soprattutto nel pianeta adolescenziale e giovanile dove, con il trascorrere del tempo, diminuisce l'età di chi fa uso di sostanze stupefacenti.

Dai dati che possediamo, in Italia, negli ultimi trent'anni, gli adolescenti compresi nella fascia di età tra i dodici e i diciassette anni che fumano marijuana è aumentato di ventisette volte, mentre quello dei giovani che fa uso di droghe pesanti di diciotto volte. Ma questo flagello investe tutte le età e tutte le categorie professionali anche se i gli adolescenti e i giovani rimangono particolarmente esposti e facilmente manipolabili dagli spacciatori. Un esempio che mostra la gravità del problema è il fatto che soventemente i mass media riportano sequestri di droga, arresti di trafficanti e vittime.

Il fenomeno è ormai "globale", infatti nessuna nazione o gruppo sociale ne è risparmiato, ma fatica a essere combattuto poiché il commercio delle droghe, il più delle volte, è protetto da complesse condizioni politiche di alcuni Paesi produttori dilaniati da conflitti etnici, culturali e religiosi. Perciò i Governi non intervengono efficacemente.

Non possiamo scordare, inoltre, il commercio che avviene mediante internet.

Nella relazione al Parlamento 2017 sull'uso di sostanze stupefacienti e tossicodipendenti emerge che il numero di siti web che "offrono o ne promuovono l'uso" ha superato gli 800mila. Nel 2008 erano 200mila. I laboratori, anche piccoli, sperimentano di continuo nuovi cocktail che poi distribuiscono mediante spacciatori ai ragazzi, e né consumatore né spacciatore, spesso, sanno che cosa stanno prendendo o vendendo.

Ad ogni vittima, qualunque siano i fattori che hanno scatenato la tossicodipendenza, dobbiamo offrire atteggiamenti di benevolenza e di affettuosa accoglienza.

1.2. ASPETTO SOCIO-CULTURALE DEL PROBLEMA

San Giovanni Paolo II nel suo lungo pontificato incontrò vari gruppi di tossicodipendenti accompagnati dai loro educatori.

Tre idee presenti nei molti discorsi pronunciati ben riassumono la valenza socio-culturale del problema.

"Tra le minacce tese oggi contro la gioventù e l'intera società, la droga si colloca ai primi posti come pericolo tanto insidioso quanto più invisibile, non ancora adeguatamente valutato secondo l'ampiezza della sua gravità. (…) Il contagio si diffonde a macchia d'olio, allargando progressivamente i propri tentacoli dalle metropoli ai centri minori, dalle nazioni più ricche e industrializzate al Terzo Mondo. (…) Sono fiumi di traffico clandestino che s'intrecciano e percorrono piste internazionali per giungere, attraverso mille canali, ai laboratori di raffinazione e di qui allo spaccio capillare"[592] .

"Siamo ormai di fronte ad un fenomeno di vastità e proporzioni terrificanti non

[592] GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai membri del Corpo diplomatico accreditato presso la Santa Sede durante l'udienza per lo scambio degli auguri per il nuovo anno,* 12 gennaio 1991.

solo per l'altissimo numero delle vite stroncate ma anche per il preoccupante estendersi del contagio morale, che sta già da tempo raggiungendo anche i giovanissimi, come nel caso – non infrequente, purtroppo – di bambini costretti a farsi spacciatori e a divenire, con i loro coetanei, essi stessi consumatori"[593] .

"L'avidità del cuore s'impadronisce del cuore di molte persone e le trasforma, con il commercio della droga, in trafficanti della libertà dei loro fratelli, che diventano schiavi di una schiavitù molto più terribile di quella degli schiavi negri. I negrieri privavano le loro vittime dell'esercizio della libertà; i trafficanti di droga conducono le loro vittime alla distruzione della loro personalità"[594] .

Elemento da non sottovalutare, che ha influenzato il diffondersi della tossicodipendenza, è "l'habitat" dell'uomo contemporaneo che dagli anni 60' del XX secolo si è rapidamente trasformato, sostituendo le pratiche tradizionali con nuove convenzioni e moderne forme associative che hanno introdotto la cosiddetta "globalizzazione". Ciò ha creato uno spaesamento ontologico senza precedenti sradicando l'individuo dalla sua origine famigliare, territoriale, ideologica, professionale, religiosa e valoriale. Valori, tradizioni e comportamenti che da sempre sono stati punti fermi e di riferimento delle varie epoche e che si tramandavano e si accettavano come naturali ed erano razionalmente condivisi, si sono rapidamente offuscati fino a sparire, lasciando spazio alla cultura "del disimpegno" e "del nulla" dove "tutto è permesso".

Questa assenza della memoria ha generato un' ansia e un' insicurezza difficile da assimilare sul piano psichico creando una debolezza della volontà, una mediocrità diffusa e facendo percepire il vuoto della storia. Una situazione drammatica nella quale il fenomeno della droga ha trovato un terreno favorevole che continuerà per un lungo periodo poiché, come ricordava un sociologo, l'habitat ottimale di un nascituro s'inizia a costruirlo almeno cento anni prima della sua nascita.

1.3. CLASSIFICAZIONI

1.3.1. ALCUNI TERMINI

**Consumatore.*

Chi fa esperienza di droghe in modo saltuario e ha la possibilità di smettere senza conseguenze.

**Drogato.*

Chi usa stupefacenti in modo non regolare.

**Tossicodipendente*.

E' chi abitualmente fa uso di droga e ha raggiunto uno stato d'intossicazione da non poterne più fare a meno e, per procurarsela, ricorre ad attività delinquenziali e a sua volta si fa spacciatore.

**Tossicomane.*

E' colui che utilizza la totalità del tempo e della sua vita alla ricerca di droghe che con il trascorrere del tempo producono effetti deleteri sulla sua salute.

---

[593] GIOVANNI PAOLO II, *Discorso ai partecipanti alla VI Conferenza internazionale su "Droga e alcol contro la vita",* 23 novembre 1991.

[594] GIOVANNI PAOLO II, *Discorso alle comunità terapeutiche,* 7 settembre 1984.

Mentre il tossicodipendente, pur con difficoltà, nutre alcuni interessi e i legami con gli altri, il tossicomane è completamente prigioniero della droga che diviene l'unica modalità per affrontare la realtà.

1.3.2. ALCUNE DROGHE

Stabilire le tipologie delle droghe è alquanto complesso poiché sono riconosciute circa settecento sostanze e ne proliferano sempre di nuove. Appena una molecola viene "tabellata", ossia resa illegale, ne viene prodotta una nuova. Noi fermeremo l'attenzione unicamente sulle maggiormente consumate.

Ogni droga agisce da eccitatore o da depressore a secondo della della quantità e della personalità del consumatore.

E, l'elemento caratteristico della droga, che prevalentemente influisce il cervello aumentando la quantità di dopamina[595] oltre che la sensazione di intenso piacere, è di produrre dipendenza e condizioni di degenerazione generale.

Tipologie di droghe.

**Anfetamine*

Tolgono fame, sete e stanchezza.

**Cannabis.*

E' la droga più prodotta e venduta nel mondo. E' estratta da una pianta originaria dell'Asia Meridionale e comporta per il consumatore alterazioni cerebrali, influenza il comportamento trasformando le percezioni, provoca la perdita del controllo di sé, rallenta i riflessi, altera la concentrazione. A lungo termine provoca anche gravi turbe psichiche. L'uso è del 21,43%[596] sul totale delle droghe. Il 3,7% di europei trai 15 e i 34 anni la consumano regolarmente oltre 3milioni di adulti[597].

**Crack.*

Il crack, ricavato tramite processi chimici dalla cocaina, è una droga rischiosa inducendo un' elevata dipendenza e una rapida assuefazione psicologica e fisica.

E' uno stimolante che disinibendo i alcune zone del controllo del sistema nervoso centrale, scatena stati di eccitazione e di euforia ma pure di agitazione e di depressione. Un consumo prolungato porta all'alienazione dell'individuo con sintomi simili alla schizofrenia o a stati paranoici accompagnati da deliri e da allucinazioni. (Uso: 2,8%).

**Cocaina.*

Una percentuale di circa il 6% della popolazione europea ha affermato di aver saggiato la cocaina almeno una volta nella vita (Italia 4,6%).

---

[595] "La dopamina è un neurotrasmettitore che fa parte della famiglia delle catecolamine, sostanze così denominate perché hanno nella loro molecola un gruppo catecolico: il gruppo catecolico è formato da due ossidrili localizzati in specifiche posizioni su un anello aromatico e da un'amina localizzata su una catena laterale. E' precursore della noradrenalina ed è prodotta a partire dall'aminoacido fenilalanina, idrossilato prima a tirosina e successivamente a Dopa e poi decarbossilata, da un'enzima specifico, a dopamina.

Nel sistema nervoso le cellule che utilizzano la dopamina come neurotramettitore sono facilmente individuabili per la mancanza di enzimi che trasformano la dopamina in noradrenalina e successivamente in adrenalina. Anche grazie a queste caratteristiche enzimatiche, attraverso tecniche di microscopia elettronica e di immunofluorescenza, si è potuto, nel corso degli anni, individuare le vie dopaminergiche presenti a livello cerebrale" (*w3.uniroma1.it/anat3b/anat/tesi/3.vieDopaminiche.asp*)

[596] I dati riguardano un indagine condotta nel 2017 dal Dipartimento per le politiche antidroga ed è stata condotta su un campione di 34.385 adolescenti e giovani tra i 15 e i 19 anni.

[597] Alla Cannabis daremo ampio spazio nell'exursus al termine di questo capitolo.

La cocaina è uno stupefacente che agisce sul sistema nervoso centrale producendo sensazioni di soddisfazioni e di appagamento eliminando la fatica e offrendo un diffuso benessere. Le crisi d'astinenza provocano invece particolare irritabilità, sindromi depressive, stati d'ansia, insonnia e paranoia. (Uso: 2,01%)

**Ecstasy*.

L'estasy, derivante dalla metanfetamina, è al secondo posto tra le sostanze ricorrenti dopo la cannabis.

*E' una droga di "nuova generazione", una sostanza sintetica psicoattiva, sfruttata prevalentemente dai giovani nei locali notturni e nei rave party per *rimanere svegli per molto tempo, accrescere la sensualità e la sensazione d'intimità.

L'ecstasy provoca oltre che dipendenze psichiche e fisiche, turbe, alterazioni della memoria e comportamenti violenti[598].

**Eroina.*

Deriva dalla morfina, è una componente dell'oppio e un sedativo che fa svanire provvisoriamente il dolore offrendo momentaneo benessere, piacere e di *rilassamento. Provoca, però, a lungo termine numerose complicazioni. Per questo è ritenuta una delle droghe più devastanti, soprattutto se assunta per via endovenosa accrescendo il rischio delle infezioni da HIV e il virus dell'epatite B e C.

**Fenciclidina.*

E' una sostanza allucinogena a base di piperidina brevettata negli anni '50 del XX secolo come anestetico e sospeso a causa degli effetti collaterali manifestati dai pazienti con stati deliranti, agitazione e psicosi nel periodo post-operatorio. Può essere inalata, fumata, iniettata o masticata.

**G.B.C.*

E' nota come droga dello strupro. Liquida, si associa ai drink accrescendo desiderio sessuale.

**L.S.D.*

L'L.S.D., abbreviazione del nome tedesco del composto "lysergsauerdiethylamid"[599], è una sostanza chimica con un pesante potere allucinogeno. Si assume leccando francobolli o cartoncini.

Provoca alterazioni nella percezione sensoriale, distorsioni della realtà e allucinazioni. L'uso di L.S.D. interferisce con le normali funzioni cerebrali, quindi può determinare improvvisi e acuti attacchi di panico e, soventemente, lesioni psicologiche permanenti e irreversibili.

**Morfina*.

E' un derivato dell'oppio ed è utilizzata prevalentemente in medicina. Deprime il sistema nervoso centrale, crea dipendenza, causa una potentissima azione analgesica e la depressione della respirazione.

**Triptamine.*

Noto come Zoom o Shtp è un allucinogeno che in breve tempo può creare pensieri confusi.

---

[598] Tra I 15/16 anni il consumo va dallo 0,1% all' 0,8%; tra i 17 e i 24 anni il consumo abituale è del 2%-5%.

[599] Cfr.: Y. SALMANDJEE, *Les drogues: Tout savoir sur leurs effets, leur s risques et la législation*, Eyrolles, 2003, 2-7081-3532-5.

Da questa sintetica descrizione, tutti dovremmo convenire che i piaceri che la persona incontra dall'assunzione delle varie tipologie di droghe sono illusori e gli effetti provocano distruttive e fatali conseguenze personali e sociali.

1.4. I DANNI DELLA DROGA

Il fenomeno è preoccupante e inquietante avendo l'uso e l'abuso di droghe effetti altamente rilevanti sullo stile di vita della persona e sulla sua salute psico-fisica, sui nuclei famigliari, e nel contesto societario, contribuendo a elevati indici di avvicendamento sul lavoro, a cali nella produttività e all'attenuazione della sicurezza. Si incrementa, inoltre, la violenza e il rapporto fra uso di droghe e suicidio è molto più elevato nei tossicodipendenti e tossicomani.
Non possiamo tralasciare, da ultimo, la pericolosità per la vita prenatale. L'esposizione dell'utero a sostanze stupefacenti potrebbe danneggiare direttamente o indirettamente la salute e il benessere del feto, provocando aborti spontanei, parti prematuri, nascite di neonati a basso peso e affetti da sindromi di astinenza neonatale.

1.5. IPOTESI DI LEGALIZZAZIONE

Ben consapevoli che unicamente le leggi non eliminano il malessere esistenziale, e di conseguenza il fenomeno della tossicodipendenza, e che la repressione dei fornitori è insufficiente, le autorità che devono vegliare sul bene comune, hanno il dovere di vietare ciò che danneggia la vita e la dignità delle persone più fragili, perché come ha ricordato P. Ricci Sindoni: "uno Stato che rende lecito un comportamento dannoso non fa il bene dei propri cittadini e di questo se ne deve assumere la responsabilità" (16 luglio 2015).

Fino al 1990, il sistema giuridico in vigore in Italia, prevedeva la "non punibilità" della detenzione e dell'uso personale di una "modica quantità" di sostanze tossiche. Ma, quelle politiche, hanno prodotto conseguenze devastanti. Non si è ridotto "il traffico" gestito dalla criminalità, è accresciuta la capillarizzazione dello spaccio, si sono indotte le istituzioni ad una sostanziale rinuncia a combattere ciò che era negativo, si è formulato un surrettizio e tacito "diritto a drogarsi".

Nel 1990, il DPR n. 309 del 31 ottobre[600], costituì una svolta nei confronti della logica permissiva e di un disimpegno che persisteva da troppi anni.
Nei confronti dell'assuntore di droghe, la legge stabilì la punibilità sia per la detenzione che per il consumo, modificando il sistema giuridico in vigore. Evitava l'applicazione della sanzione il tossicodipendente o tossicomane che accettava di intraprendere un percorso di disintossicazione.
Gli obiettivi principali del DPR erano, accanto alla lotta al narcotraffico, la prevenzione e il recupero dei tossicodipendenti.

Il 21 febbraio 2006 fu approvata la Legge 49[601] di conversione del Decreto Legge 272/2005 che rinnovò profondamente il DPR n. 309/1990.
Il punto di forza della legge definita anche "Fini-Giovanardi" fu l'equiparazione tra droghe "leggere" e droghe "pesanti", sotto l'aspetto della pericolosità e delle sanzioni.

[600] Cfr.: G.U. del 13 ottobre 1990.
[601] Cfr.: G.U. del 27 febbraio 2006.

Detenere, cedere o consumare tali sostanze, non importava in quale quantità, erano comportamenti puniti dalla legge. In particolare, possedendo più di una quantità massima prestabilita, la persona si trasformava in spacciatore rischiando pene da uno a venti anni di carcere, secondo la gravità. Comunque, anche in questo caso, il consumatore poteva essere punito con sanzioni amministrative (ritiro della patente, del porto d'armi, del permesso di soggiorno…) revocabili unicamente se l'interessato approvava di sottoporsi a programmi terapeutici di recupero.

Questa legge ben rilevò che una società che autorizza l'errore e che relativizza i valori determina un clima favorevole alla diffusione anche della tossicodipendenza, infatti più la droga è disponibile più se ne abusa[602].

Lo stesso pensiero fu affermato anche da san Giovanni Paolo II nell'incontro con la Comunità terapeutica di san Crispino di Viterbo: " 'La droga non si vince con la droga'. La droga è un male, e al male non si addicono cedimenti. Le legalizzazioni anche parziali, oltre che essere quanto meno discutibili in rapporto all'indole della legge, non sortiscono gli effetti che si erano prefisse. Un'esperienza ormai comune ne offre la conferma"[603].

Questi passaggi legislativi evidenziano il dibattito tra "proibizionismo" e "anti-proibizionismo" indicando due opposte idee di libertà.

Il secondo caso, cioè "l'anti-probizionismo", era un'autorizzazione a divenire schiavi di sostanze tossiche e autodistruttive mediante il messaggio: "in fondo drogarsi non fa così male", oppure: "drogatevi pure, poi ci sarà qualcuno che si prenderà cura di voi"[604].

In alcuni casi si è giunti anche a distribuire gratuitamente le siringhe presso locali frequentati da giovani. Pur essendo la finalità quella di prevenire il contagio, il messaggio lanciato era alquanto ambiguo.

Ma la triste storia non si conclude qui. Eccoci da capo con la proposta di un Disegno di Legge nel luglio 2015 sulla "canna libera" da parte di 218 parlamentari capeggiati dal senatore B. Della Vedova[605].

---

[602]Purtroppo, come già è avvenuto per altre leggi, il potere giudiziario è intervenuto per modificare almeno in parte una legge approvata dal Parlamento. La Corte di Cassazione nel gennaio 2013 ha ritenuto "penalmente irrilevante" il consumo di gruppo di sostanze stupefacenti sia nell'ipotesi di "mandato all'acquisto" sia in quella del "acquisto comune".

[603] *Discorso alle comunità terapeutiche*, op. cit.

[604] Una testimonianza. "Nella vita di chiunque c'è un momento nero. C'è un passaggio così stretto che sembra impossibile da attraversare. Nelle vite dei ragazzi giovani e giovanissimi quel momento arriva con molta facilità, a volte per motivi piccoli che solo tanti anni dopo, a guardarli, si capisce bene che in fin dei conti erano dei non-problemi. Però a 16 anni, a 20, è più difficile capirlo. E se mentre sei abbattuto, disperato, depres- so (fosse anche per un non- problema) arriva nelle tue giornate quel veleno che si chiama droga, il rischio di rimanere in trappola diventa enorme. Nel giro di una sola serata, di una sola pasticca, di una sola volta, ti puoi ritrovare in quello che banalmente viene definito spesso 'tunnel' e non sapere più come uscirne. Oppure, se la sorte decide il peggio, puoi morire per quell'unica volta in cui hai pensato 'ma sì, proviamo!'. Forse è andata così per Gianluca, il ragazzo che si è buttato giù dalla finestra della Questura a Milano, magari è proprio questa la parabola discendente di Lamberto, morto in discoteca a 16 anni. Io lo so fin troppo bene che può capitare, perché è capitato a me: una mezza pastiglia di ecstasy, 15 anni fa, e ci ho rimesso il fegato. Respiro ancora perché morì in un incidente stradale una ragazza giovane come me, diventata la mia seconda possibilità. Oggi 32 anni e zero certezze ma due cose le so: vivrò il resto dei miei giorni in salita e se tornassi indietro butterei via quella mezza pastiglia" (G. BENUSIGLIO, *Basta una debolezza e da quella trappola non si esce più*, Corriere della Sera, 21 luglio 2015, pg. 18).

[605] Approfondiremo questo Disegno di Legge nell'exursus riguardante "la cannabis" al termine di questo

2. Perchè ci si droga?

Teorie a volte discordanti si sono avventurate in questa inquietante situazione e cercato di scoprire le cause di questi fenomeni di disadattamento personale e di disgregazione sociale.
Noi, risponderemo all'interrogativo, partendo dalle affermazioni più comuni per poi fermare l' attenzione sulle motivazioni profonde che stanno alla base degli ipotetici benefici che si reputa di ottenere dal consumo di droga.

Alcune motivazioni comuni: per sperimentare sensazioni nuove, per integrarsi in un gruppo, per sfidare un divieto, per fuggire a situazioni difficili, per ricercare uno stato distensivo…
Ma queste motivazioni contengono un'altra generale ma emblematica: "per trovare la felicità". La maggior parte degli adolescenti e dei giovani e alcuni adulti assumono sostanze stupefacenti essendo infelici!
Di conseguenza, il fenomeno della tossicodipendenza, è la punta di un iceberg, un segno rivelatore che esibisce un profondo malessere esistenziale di persone insoddisfatte, incapaci di adattarsi alla realtà, immerse nella solitudine, nell'angoscia e nella disperazione. Ciò mostra che molti non si amano e non si sentono amati. La droga, quindi, è una risposta alla carenza di amore soprattutto per i giovani e nel periodo adolescenziale; momento di mutazioni profonde e d'instabilità.
J. Hamburger affermava che "la droga è uno strumento sinistro di misurazione dello smarrimento giovanile", aggiungendo che "il mondo adolescenziale dei Paesi più ricchi è invaso da desideri di evasioni. La droga è un rifiuto e una fuga. Il rifiuto di un'epoca in cui gli dei sono morti. La fuga da un mondo in cui la speranza si sottrae"[606].

Altra motivazione che indirizza alla tossicodipendenza è lo smarrimento valoriale, cioè il vuoto di significato, presente nella cultura attuale che ha reso opachi il senso del trascendente, il valore della vita e i principi di solidarietà, di responsabilità, di impegno…
Si sono smarrite chiare e persuadenti motivazioni per vivere, perciò si sono dissolte le ragioni più profonde della speranza. A tutto ciò contribuiscono anche la sete di consumo e la ricerca immediata e facile del piacere. Sempre Hamburger ricordava: "le strade sembrano portare da nessuna parte. Nessun programma, nessuna speranza. Quando non sappiamo che cosa dobbiamo sperare, anche la speranza non ha senso"[607].
Molti, chiedono alle droghe, un supporto per evadere da una realtà sociale e famigliare non rispondente alle loro attese e per sopravvivere a una serie di disagi e di frustrazioni che la realtà sempre più complessa pone davanti quotidianamente.
La droga, si trasforma in un'inconscia realtà di difesa, un mezzo per colmare vuoti affettivi ed esistenziali e per comunicare agli altri la propria incapacità "a tenere il passo".

---

capitolo.
[606] J. HAMBURGER, *Dictionnaire promenade*, Editions du Seuil, Paris 1989, pg. 161.
[607] *Dictionnaire promenade*, op. cit. 369.

Il tossicodipendente o tossicomane non crede più in nulla. Niente lo stimola, lo motiva, lo attrae, neppure la vita, poiché è totalmente cosciente che drogandosi rischia il suo esistere.

3.Ruolo preventivo e educativo

3.1.PREVENZIONE

Che cosa significa prevenire?

Nel senso generale: "precedere qualche cosa"[608].

A livello psicologico l'azione preventiva è molto più complessa. E' "l'intervento composto da un insieme di misure che hanno come scopo quello di ridurre l'incidenza di un comportamento o di un avvenimento pericoloso. Questo intervento è doppio: esso ricerca e identifica i fattori associati alla genesi di questi comportamenti e di questi avvenimenti; e prepara delle misure di protezione destinate a prevenire la loro apparizione. Esso influenza l'ambiente e il fattore umano[609]".

Dalla definizione comprendiamo che un "processo di prevenzione" non riguarda unicamente interventi sanitari e giudiziari ma interpella tutte le agenzie educative, dalla famiglia alla scuola, dal settore sportivo a quello lavorativo e deve rivolgersi alla totalità della persona affinchè si promuova e si sviluppi nel singolo uno stato armonioso di benessere fisico, mentale, sociale e spirituale supportato da modelli virtuosi e da una gerarchia di valori.

In medicina, tre sono gli stadi preventivi:

-la "prevenzione primaria" quando il problema non esiste ma potrebbe sorgere;

-la "prevenzione secondaria" che s'impegna a diminuire il problema già in atto;

-la "prevenzione terziaria" che tenta di stabilizzare il problema per consentire l'utilizzo delle potenzialità residue.

Di questa metodologia ci si può avvalere anche nella prevenzione e nella cura della tossicodipendenza, ben consapevoli che non sussista una tipologia standard della personalità del tossicodipendente o tossicomane e neppure condizioni personali e sociali comuni poichè la droga può colpire chiunque, qualunque sia la sua personalità.

Si droga l'indigente e il ricco, un figlio di una famiglia e l'altro no, il disoccupato come il lavoratore. La decisione di assumere sostanze stupefacenti ha alla base "fattori di rischio differenti" che possono essere causali o strutturali: dalla curiosità alla pressione dei propri pari, dalla noia all'insuccesso scolastico, dal carattere antisociale al tentativo di migliorare il proprio stato fisico, dal rifiuto alle relazioni famigliari al risentimento verso le istituzioni, dall'insufficiente identità sessuale ai meccanismi di difesa. Questo significa che drogati "non si nasce ma si diventa" nel corso degli anni anche se determinate personalità sono più a rischio.

Nella tossicodipendenza la "prevenzione primaria" consiste nell'educare il ragazzo, l'adolescente e il giovane al senso della responsabilità, al giudizio della ragione e a salvaguardare la padronanza su se stesso per controllare e frenare

[608] Voce "prevenire" in G. DEVOTO – G. C. OLI, *Dizionario della lingua italiana*, Le Monner, Firenze 2000.

[609] G. THINES – A. LEMPEREUR (ed), *Dictionnaire general des sciences humaines*, Edition Universitaire, Parigi 1975, pg. 259.

anche gli istinti e gli impulsi causati dei propri limiti, prevenendo così i rischi.

La "secondaria", che dovrebbe suscitare allarmi, poiché è già presente un coinvolgimento con la tossicodipendenza è quella della "tossicodipendenza nascosta" che inizia, ad esempio, con qualche "sniffata" e poi prosegue, solitamente sporadicamente, sperando di stare un po' meglio non essendo il soggetto in possesso di un'altra chiave per trasormare le sensazioni negative che lo tormentano. Potrebbe essere "l'inizio della fine" essendo questo un processo senza ritorno se non sarà interrotto.

La sintomatologia nella fase iniziale estremamente differente, perciò è basilare porre attenzione a gesti, comportamenti e situazioni che risultano anomale. Prioritario e insostituibile è il dialogo condotto con sapienza, privo di ogni affermazione moraleggiante che provocherebbe unicamente chiusure.

La "terziaria" riguarda il tossicomane, coclui che ha stabilito con la droga un'alleanza e una fusione. E' il momento di spezzare ogni complicità, soprattutto famigliare e rivolgersi agli specialisti.

3.2.LA FAMIGLIA

Una famiglia presente e educante è l'istituzione sociale più importante, "l'unica per cui, al limite, valga la pena di sacrificare tutto, poiché è l'ultima che garantisce e tratti come persone, e che garantisce altresì lo sviluppo di relazioni effettive e comunicative intense ed appaganti". Così si esprimevano dei giovani in una ricerca condotta da "Aggiornamenti sociali"[610]. Osservavano pure che unicamente nella famiglia "è dato di sperimentare adeguatamente calore umano e serenità, dialogo e comprensione, e pertanto essa costituisce la principale fonte di significato e di umanizzazione della vita quotidiana"[611]. E, l'affetto, lo si trasmette con le parole e con gli atteggiamenti.

San Giovanni Paolo II rivolgendosi agli sposi così li esortava: "Essi dovranno creare le condizioni migliori per una vita serena nel loro focolare, offrendo ai loro figli la sicurezza affettiva e la fiducia nei loro confronti, di cui essi hanno bisogno per la loro crescita spirituale e psicologica"[612].

Dunque, la famiglia tradizionale, è uno dei luoghi privilegiati di prevenzione nei confronti della tossicodipendenza e non solo, poiché l'assenza di un'autentica vita d'amore, può predispone l'adolescente e il giovane all'uso delle droghe, portando alla distruzione della famiglia stessa.

A volte, nella famiglia, è presente un figlio tossicodipendente. Questo fatto mette in crisi il nucleo famigliare e provoca nei genitori un senso di fallimento.

A queste famiglie dobbiamo offrire aiuto e sostegno oltre che incoraggiarle a rivolgersi ai centri specializzati superando la tentazione di chiudersi in se stesse con sentimenti di vergogna. Così le esortava san Giovanni Paolo II: "invito i genitori che hanno un figlio tossicomane a non disperarsi mai, a mantenere con lui il dialogo, a prodigargli il loro affetto e a favorire il contatto con strutture capaci

---

[610] Cfr.: I. VACCARINI, *I valori giovanili nelle società occidentali,* in "Aggiornamenti sociali", 9-10, 1984, pp. 580 ss.

[611] *I valori giovanili nelle società occidentali,* op. cit.

[612] GIOVANNI PAOLO II, *Omelia pronunciata all'inaugurazione del "Centro italiano di solidarietà",* 21 giugno 1986.

di prendersene cura. L'attenzione affettuosa di una famiglia è un grande sostegno per la lotta interiore e per i progressi di una cura di disintossicazione"[613]
Una metodologia errata è l' "alleanza oggettiva" fra il drogato e la sua cerchia famigliare; non porta risultati e si trasforma in deleteria forma di complicità.

3.3. LA SCUOLA

Con la famiglia altre reti educative formano la personalità delle future generazioni preparandole a esercitare le loro responsabili nei riguardi della vita e della società.

Un ruolo privilegiato è esercitato dalla scuola alla quale ricordiamo che "educare non significa unicamente trasmettere contenuti di sapere, ma liberare una coscienza della sua subordinazione alle idee già fatte, perché faccia responsabilmente le sue scelte e crei responsabilmente il suo progetto di vita"[614].

La scuola, dunque, deve formare "tutto l'uomo", promuovendo la responsabilità ai valori e sviluppando la capacità di intrecciare autentiche relazioni interpersonali. Così si esprimevano i giovani partecipanti alla ricerca di "Aggiornamenti sociali" citata in precedenza: "La scuola è apprezzata se, e in quanto, coltiva l'autenticità personale dello studente, consentendogli di intrecciare relazioni umanamente significative e preservando la sua autonomia ideologica e psicologica"[615].

Scuola e famiglia mediante un'interazione permanente e un processo dinamico, devono fornire ai giovani strumenti per gestire personalmente la quotidianità e tutto ciò che questa comporta mediante atteggiamenti di testimonianza, di comprensione e un'autentica attenzione alla persona. Di conseguenza, "se non vogliamo una prevenzione da strapazzo, se vogliamo mantenere una certa credibilità agli occhi dei giovani, sarà necessaria quella disponibilità che consiste nel lasciarsi mettere in discussione come persona, famiglia o istituzione"[616].

3.4.ALTRI SETTORI

Considerevoli sono anche i modelli proposti nei settori dello sport, dello spettacolo e della politica…; esempi che i cittadini di tutte le età osservano, seguono e imitano.

E' quindi un impegno morale dei "personaggi pubblici" offrire stili di vita virtuosi oltre che produrre un clima di responsabilità che sostenga la disapprovazione sociale nei confronti della droga e dell'abuso delle sostanze psicotrope. La conclusione di molti, osservando alcuni "personaggi famosi", è la seguente: "se loro lo fanno, allora perché io no?".

E' improrogabile anche un'alleanza con i mass media che detengono un ruolo di primo piano nella diffusione delle "idee" sulle sostanze stupefacenti. Anche un' apparente neutralità d'informazione, soprattutto nei trattenimenti televisivi e nei gossip, trasmette criteri d'interpretazione della realtà e, di conseguenza, stili di

---

[613] *Discorso alle comunità terapeutiche*, op. cit..
[614] M. PICCHI, *Fenomeno della tossicodipendenza,* in AA VV, *Droga: resistenza o resa?,* Ist. Rezzara, Vicenza 1984, pg. 19.
[615] *I valori giovanili nelle società occidentali,* op. cit.
[616] E. SERVAIS,, *Prevention drogues,* Labor, Bruxelles 1988, pg. 71.

vita che possono divenire convenzionali.

Da ultimo, accenniamo alla rilevanza di un'idonea "educazione alla salute" sia fisica che psichica, indicando appropriati stili di vita e il valore incommensurabile "del capitale" salute.

DOBBIAMO ARRENDERCI AL FENOMENO DROGA?

No, ma la società civile, deve riconoscere quello della tossicodipendenza anche un problema culturale, operando nelle direzioni indicate precedentemente con convinzione, coerenza e conguenza, supportando i giovani nel modificare la percezione del sociale.

Il tossicodipendente e il tossicomane, pur vivendo una deformazione soggettiva della percezione della realtà, è ben consapevole che alcuni valori sono ancora presenti negli ambiti famigliari e societari. Magari, sono difficoltosi da percepire, ma sono accessibili anche a lui che non vuole vederli e sentirli essendo un isolato. Quindi, il problema, non è il mondo circostante ma l'interiorità del singolo; è lì che va profuso ogni sforzo per mostrargli gli itinerari che consentano anche a lui di ritrovare un ruolo nella società.

Il tossicodipendente o il tossicomane, inoltre, deve riscoprire la "sua dignità". "E' necessario portarlo alla scoperta e alla riscoperta della propria dignità di uomo; aiutarlo a far risuscitare e crescere, come soggetto attivo quelle risorse personali che la droga aveva sepolto, mediante una fiduciosa riattivazione dei meccanismi della volontà, orientata verso sicuri e nobili ideali".[617]

Da ciò affermato, possiamo dichiarare senza ombra di dubbio, che la "droga legale" è una sconfitta per tutti disertando la fatica educativa e rassegnandosi alla mentalità dei perdenti.

4.La felicità

Spesso ci si droga per trovare la felicità, abbiamo affermato precedentemente. . E la ricerca della felicità, come ricordava sant'Agostino d'Ippona, è il maggiore desiderio presente in tutti gli uomini[618].

Ma "cos'è la felicità"?"

Potremmo rispondere all'interrogativo da varie angolature: filosofico, psicologico, comportamentale… ma pure spirituale. Ed è da questa prospettiva che forniremo alcune riflessioni.

A volte scambiamo la felicità con il piacere, con la soddisfazione, con il benessere fisico, sociale, economico…, cioè con situazioni che investono unicamente l'aspetto materiale della vita.

Però, tra i molti, sant'Agostino e il filosofo Boezio, vanno oltre. "Ci hai fatti per te, Signore, e il nostro cuore è inquieto finché non riposa in te"[619]. Questa celebre affermazione, che apre le Confessioni di sant'Agostino, esprime efficacemente il bisogno insopprimibile che spinge l'uomo a cercare la felicità nel volto di Dio. E, il filosofo Boezio, rispondeva che la felicità autentica consiste nel possedere tutti i

[617] *Discorso alle comunità terapeutiche*, op. cit..
[618] Cfr. AGOSTINO D'IPPONA, *De Trinitate*, II, 13.
[619] AGOSTINO D'IPPONA, *Confessioni*, 1,1.

beni e ciò si realizza unicamente ricercando Dio[620], poichè "nessuno è buono, se non Dio solo" (Mc. 10.18). E' questa un'esperienza attestata dalle diverse tradizioni religiose. "Dai tempi antichi fino ad oggi - ha detto il Concilio Vaticano Secondo - presso i vari popoli si nota quasi una percezione di quella forza arcana che è presente al corso delle cose e agli avvenimenti della vita umana, e anzi talvolta si avverte un riconoscimento della divinità suprema o anche del Padre"[621].

La felicità, inoltre, è accoppiata alla speranza, poichè "la virtù della speranza risponde all'aspirazione di felicità che Dio ha posto nel cuore di ogni uomo; essa assume le attese che ispirano le attività degli uomini; le purifica per ordinarle al regno dei cieli; salvaguarda dallo scoraggiamento; sostiene in tutti i momenti di abbandono; dilata il cuore nell'attesa della beatitudine eterna. Lo slancio della speranza preserva dall'egoismo e conduce alla gioia della carità"[622].

"E mentre la paura ti rende prigioniero, la speranza ti rende libero"[623]; questo è un messaggio da trasmettere al tossicodipendente o al tossicomane che schiavo dell'ingranaggio della droga si isola, si apparta, si scoraggia perdendo la stima in sé stesso e negli altri.

Exursus - I danni della cannabis

IL CASO

Il senatore B. Della Vedova, nel luglio 2015, raccolse l'adesione di 218 parlamentari per proporre un Disegno di Legge anti-probizionista che consentisse la legalizzazione della marijuna e della cannabis. I punti principali del Disegno di Legge: permettere ai maggiorenni la detenzione di una modica quantità di cannabis per uso "ricreativo" (15 grammi a casa, 5 grammi fuori casa); permettere la coltivazione in casa di marijuana (fino a un massimo di 5 piante); apertura dei "Cannabis social club", dove gli associati avrebbero potuto coltivare la cannabis. E da ultimo autorizzare la coltivazione, la lavorazione e la messa in vendita al dettaglio della cannabis in negozi forniti di licenza dei Monopoli di Stato.

Al Disegno di Legge che non ebbe seguito venne in aiuto la legge 246/2016 che autorizzò la coltivazione di cannabis con una soglia di THC (o tetraidrocannibiolo) fino allo 0,6% e la vendita libera della cosiddetta "cannabis light", quella che non superi appunto lo 0,6% di THC. E, nel giro di pochi mesi, in Italia si aprirono centinaia di "canapa shop", negozi che commerciano cannabis spesso venduta a minori insieme alla marijuana.

Il 30 maggio 2019 le Sezioni Unite della Cassazione hanno emesso una sentenza nella quale hanno affermato che la commercializzazione a qualsiasi titolo di foglie, infiorescenze, olio e resina derivanti dalla cosidetta "cannabis linght" sarà reato. Di conseguenza il divieto di vendita rientra nella fattispecie di reato contenuta nel Testo unico sugli stupefacenti e come tale resta illegale, illecita e vietata.

---

[620] Cfr.: BOEZIO, *De consolatione philosophia*, 3,2.
[621] CONCICLIO VATICANO II, Dichiarazione *Nostra aetate*, 2.
[622] GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis splendor*, n. 12.
[623] Dal film: Le ali della libertà.

IL PARERE DEGLI ESPERTI

Per approfondire la pericolosità di questo prodotto riportiamo due pareri scientifici:
-“La presentazione” al volume “Varianti delle piante di cannabis e danni alla salute” del professor Giovanni Serpelloni, (Capo Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri);
-il parere del professor Umberto Tirelli (Direttore del Dipartimento di Oncologia Medica della Divisione di Oncologia Medica dell’Istituto Nazionale Tumori di Aviano) e il risultato di alcune ricerche.

TESTO: VARIANTI DELLE PIANTE DI CANNABIS E DANNI ALLA SALUTE (PREFAZIONE DEL PROFESSOR GIOVANNI SERPELLONI)

“Questo manuale iconografico è stato redatto al fine di fornire una rassegna suggestiva e realistica delle varie e nuove tipologie di semi di cannabis che vengono prodotte nel mondo. In questi anni sono state prodotte una quantità estremamente ampia e varia di semi di cannabis sia da un punto di vista numerico che fenotipico. Nel corso del tempo, la pianta originale è stata infatti fortemente trasformata, probabilmente sia con tecniche di ibridizzazione, coltivazione intensiva, modificazione genetica, sia mediante esposizione dei semi a radiazioni.
Si è arrivati ad eliminare le piante maschili per impedire la fertilizzazione delle piante femminili che continuano così a produrre infiorescenze, ricche di resina, aumentando così le percentuali di principio attivo e dunque il quantitativo totale di THC nella pianta.
Esistono online numerosi siti di produttori di semi di cannabis e di banche che pubblicizzano e vendono illegalmente e quotidianamente queste nuove varietà di ibridi diversi per morfologia, per contenuto di principio attivo e per quantità di prodotto finale ottenuto grazie, anche, a coltivazioni sempre più intensive.
Per questi motivi diventano anche maggiormente difficili il riconoscimento visivo di queste piante e la loro identificazione ad opera delle Forze dell’Ordine che lavorano per il controllo delle sostanze stupefacenti. In tal modo, viene quindi facilitata la coltivazione illegale della cannabis.
Il monitoraggio web ha mostrato come sia possibile ottenere una grande quantità di informazioni sui semi di cannabis che riguardano le più svariate tematiche, tecniche di coltivazione (indoor e outdoor), diverse tipologie di semi, strumenti necessari per la loro coltivazione e il loro consumo, ecc. Pertanto, il Dipartimento Politiche Antidroga, nell’ambito delle attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, si è dotato di un’unità di monitoraggio web con il compito di osservare periodicamente e sistematicamente i siti che vendono semi di canapa, mediante ricerche effettuate via internet volte a verificare la disponibilità delle sempre nuove e molteplici tipologie di semi di cannabis commercializzate tramite la rete web e disponibili in spazi denominati “Seed shops”.
È importante sottolineare che le descrittive e le immagini riportate, limitatamente alle informazioni recuperabili tramite Internet, sono da ritenersi non di tipo scientifico ma specificatamente di tipo divulgativo – informativo perché quasi sempre fornite dal produttore stesso che commercializza tali semi. Pertanto, esse sono da ritenersi indicative poiché non validate scientificamente, né provenienti

da fonti istituzionali controllate.
Tuttavia, si ritiene importante presentare i risultati della ricerca svolta al fine di sistematizzare e rendere visibile ciò che circola su web e che costituisce materiale a cui ogni navigatore della rete viene esposto utilizzando Internet, ma anche per raccogliere le immagini che rappresentano le piante cresciute dai semi di cannabis e che, proprio per la loro varietà, risultano di sempre più difficile identificazione.
Si intende, quindi, fornire uno strumento utile a tutti coloro che per professione o interesse intendono approfondire le proprie conoscenze sul tema dei semi di cannabis e delle piante che essi generano, ribadendo che quanto qui riportato costituisce solo una parte delle informazioni disponibili e che periodici aggiornamenti saranno necessari per stare al passo con un fenomeno estremamente rapido e mutevole.
Inoltre, voglio ricordare i principali effetti negativi e i danni che la cannabis provoca sull'essere umano, oltre ad alcuni aspetti importanti necessari a comprendere come le proposte di legalizzazione non trovino razionale scientifico né dal punto di vista scientifico, né da quello della programmazione sanitaria.
Gli studi scientifici più accreditati hanno dimostrato da anni che la cannabis è una sostanza psicoattiva, neurotossica e pericolosa per la salute mentale e fisica propria ed altrui.
I danni maggiori sono quelli derivanti dall'uso precoce (adolescenziale) di questa sostanza nel momento in cui il cervello si trova nella delicata fase di sviluppo e maturazione celebrale che termina dopo i 21 anni.
Per valutare quindi se e quanto sia ragionevole proporre la legalizzazione della cannabis e dei suoi derivati quindi bisogna anche comprendere quali siano i danni scientificamente dimostrati che queste droghe fanno sull'individuo perché solo in questo modo se ne può percepire la reale pericolosità, sia che la sostanza venga resa legale o che resti illegale, conserva pienamente. In sintesi, possiamo ricordare che la scienza ha dimostrato quanto segue:
La cannabis interferisce e modifica la normale maturazione cerebrale degli adolescenti, modifica la loro personalità e la loro capacità decisionale.
Da conseguenze tanto più gravi quanto più precoce è la prima assunzione e quanto è più frequente e duratura.
Crea un deficit dell'attenzione, della memorizzazione e quindi dell'apprendimento.
Da difficoltà di concentrazione.
Chi ha usato cannabis in adolescenza può perdere fino a 8 punti di quoziente intellettivo (Q.I.) in età avanzata (38 anni) rispetto a chi non l'ha usata.
Altera le percezioni e l'interpretazione della realtà.
Riduce la capacità di autocontrollo, la capacità di giudizio e la stima del pericolo.
Riduce la motivazione ad impegnarsi ed affrontare i problemi.
Riduce il rendimento scolastico e lavorativo.
Riduce i tempi di reazione e fa aumentare la probabilità di avere incidenti stradali e sul lavoro.
Altera il coordinamento psicomotorio.
Crea patologie respiratorie.
Crea disturbi sessuali.

Produce danni e condizioni di rischio per la salute mentale (schizofrenia e stati dissociativi, disorientamento spazio-temporale, ansia generalizzata e somatizzata, disforia, attacchi di panico).
Nelle persone vulnerabili aumenta il rischio di evolvere verso l'uso e la tossicodipendenza da cocaina o eroina.
Crea dipendenza.
È in grado di creare alterazioni genetiche sul DNA.
Altera il normale sviluppo neurologico del feto nelle madri assuntrici.
Fa aumentare la probabilità di commettere violenze e atti criminali.
La gravità dei danni risente anche della sempre maggiore concentrazione di principio attivo presente nei prodotti e l'uso contemporaneo di altre droghe sinergizzanti e di alcol.
Nel valutare le pericolosità e quindi la ragionevolezza di non introdurre distinzioni non scientificamente accettate per le droghe quali quella "leggere/pesanti", vanno anche ricordati i vari aumenti di rischio che la cannabis e i sui derivati sono in grado di produrre ed in particolare:
Aumento del rischio di evolvere verso l'uso di eroina e cocaina (oltre il 90% delle persone tossicodipendenti da eroina hanno iniziato con la cannabis)
Aumento del rischio di morte per incidenti stradali di 8.2 volte (95% CI 6,3-10,5)
Aumento del rischio di morte per suicidio di 5,3 volte (95% CI 3,3-7,9)
Aumento del rischio di morte per omicidio/violenza: 3,8 (95% CI 1,5-7,9)
Aumento del rischio di morte per cause naturali 2,8 (95% CI 2,0-3,7)
A questo proposito va sottolineato inoltre che la grande maggioranza di incidenti stradali mortali dovuti a guida sotto l'effetto di sostanze è dovuto proprio alla cannabis. Inoltre, recenti studi hanno dimostrato che chi fa uso di cannabis prima dei 18 anni può avere una perdita di Q.I. (quoziente intellettivo), con un declino neuropsichico anche di 8 punti dopo 20 anni. In un era di grande concorrenzialità tra Stati e di forte espansione delle capacità tecnologiche e delle scienze, che conseguenze avrebbe anche su questi aspetti una perdita così importante di potenziale intellettivo nelle giovani generazioni? Fette di popolazione dedite all'uso di cannabis inciderebbero sicuramente negativamente anche sulla capacità competitiva del nostro Paese. Ben 18 società scientifiche in Italia hanno dichiarato che questa sostanza è pericolosa per la salute in quanto neurotossica e quindi da evitarne l'uso voluttuario, oltre che farne un uso medico limitato ed attento.
Ma quando si parla genericamente di cannabis, od erroneamente e strumentalmente di droghe "leggere", non si vuole tenere conto di che cosa si trova sul mercato oggi e della domanda (e quindi dell'offerta delle organizzazioni criminali) che esiste. Da qualche anno, infatti, viene proposta dal mercato, perché richiesta dai consumatori, un tipo di cannabis sempre più potente e con effetto fortemente dissociativo. Normalmente, infatti, nella cannabis si trova dal 3 al 5% di principio attivo (THC): tuttavia, oggigiorno sono disponibili piante appositamente modificate e coltivate con tecniche violente di cultura intensiva che arrivano anche al 55% di principio attivo, con contemporanea perdita di altri principi attivi proteggenti, quali il CBD.
La gravità dei danni e la forte dipendenza che si possono generare risentono

anche della maggiore concentrazione di principio attivo presente nei prodotti, oltre all'uso contemporaneo di altre droghe sinergizzanti e di alcol, che oggi rappresenta purtroppo un comportamento molto frequente. Quale cannabis andremmo a legalizzare? Quella a bassa concentrazione di THC (non più richiesta dai consumatori) o quella altamente tossica ma richiesta, ad alto contenuto di principio attivo? Il problema legato all'assunzione di cannabis è diventato ormai un vero problema di sanità pubblica e soprattutto mentale da non sottovalutare, che ha portato a registrare, oltre all'aumento delle patologie psichiatriche droga correlata (quali la schizofrenia), anche i ricoveri in condizioni di emergenza presso i pronto soccorsi (fonte dati SDO del Ministero della Salute).
Il 16% dei ricoveri per intossicazioni acute da droghe nella popolazione generale è dovuto alla cannabis. Tale dato sale al 44,2% se esaminato nella fascia dei minorenni. In Europa tale percentuale nella popolazione generale è del 22% (fonte EMCDDA). Alla luce di tutto ciò, quanto "leggera" è una droga che produce una quantità così elevata di ricoveri ospedalieri in condizioni di emergenza? Un altro importante fattore da tenere in considerazione è quello relativo al fatto che legalizzare una sostanza psicoattiva (e quindi farne aumentare la disponibilità e l'accessibilità), fa sempre aumentare il suo consumo e il numero di persone che la usano.
Esattamente come è stato per l'alcol e per il tabacco. Aumenteranno quindi (e già esistono dati scientifici su questi aspetti) anche i ricoveri e la necessità di cure, gli incidenti stradali droga correlati, gli incidenti professionali, le violenze droga correlate, le persone con patologie psichiatriche droga correlate ma anche quelle (particolarmente vulnerabili) che svilupperanno percorsi evolutivi (come dimostrato da studi di neuroscienze anche su modelli animali) verso l'uso di cocaina od eroina.
È noto infatti che oltre il 90% delle persone vulnerabili dipendenti da eroina ha cominciato con la cannabis. Inoltre, è da ricordare che non esiste alcuno studio né evidenza scientifica che dimostri che la legalizzazione sia in grado di ridurre efficacemente gli introiti delle organizzazioni criminali ed è illusorio (anche se suggestivo) pensare che legalizzare la sola cannabis possa avere un significativo impatto sugli introiti delle mafie, che vivono soprattutto della vendita di eroina, cocaina, metamfetamine ed adesso anche di altre 300 nuove droghe sintetiche vendute via internet.
Tali organizzazioni criminali trafficano e commerciano in vari tipi di droghe: legalizzando uno solo di questi prodotti, quale la cannabis, non si produrrebbero danni commerciali rilevanti tali da mettere in crisi le organizzazioni, come dimostrato anche da studi statunitensi in merito, producendo per contro nuovi costi sanitari e sociali.
Il Dipartimento Politiche Antidroga ha utilizzato diverse fonti di dati sugli attuali consumi di droghe ed in particolare di cannabis in Italia, per determinare con una modellistica matematica il reale impatto finanziario che si potrebbe produrre sugli introiti delle mafie con la legalizzazione della cannabis. I dati dimostrano che l'impatto, in tutti e tre i diversi modelli, non supererebbe nel concreto il 5% degli attuali introiti totali, compresi quelli legati al mercato illegale delle droghe (sostenuto soprattutto dalla vendita di cocaina, eroina, amfetamine, ecc.) ma,

come ricordavano molto bene i giudici Falcone e Borsellino, le mafie hanno anche altri e più importanti introiti derivanti soprattutto dalle estorsioni, dalla prostituzione, dal gioco illegale, dal traffico delle armi e da tante altre attività che portano a produrre, secondo alcune stime, fino a 150 miliardi di euro all'anno.
Le organizzazioni criminali quindi sarebbero perfettamente in grado, in termini competitivi, di ammortizzare e contrastare questa offerta competitiva della Stato diminuendo i prezzi e diversificando le offerte, lasciando però allo Stato l'onere dei costi sanitari e sociali per curare le persone tossicodipendenti.
Per creare un minimo impatto finanziario dovremo quindi legalizzare anche tutte le altre droghe? Come verrebbe poi regolamentato il fatto che persone guidino una macchina, un autobus, un treno o lavorino sotto l'uso di sostanze stupefacenti psicoattive ma perfettamente legali, non potendole quindi sanzionarle?
E chi pagherebbe i costi sanitari aggiuntivi derivanti dall'aumento dell'uso?
La legalizzazione non può essere quindi una soluzione, ma solo un modo per creare un ulteriore problema sanitario e sociale e sarebbe solo un grande favore fatto alle mafie e a quelle industrie che già sfruttano questa negativa opportunità.
Come diceva il giudice Borsellino: "pensare di legalizzare è da dilettanti di criminologia".
Lo Stato quindi non può chiedere ai cittadini che con le loro tasse paghino, oltre che la produzione di droga legale, anche i costi sanitari e sociali aggiuntivi che si produrrebbero dalla legalizzazione che non verrebbero comunque coperti dalle entrate in tasse, così come è per il tabacco e per l'alcol, in tutto il mondo.
Infine ci dobbiamo semplicemente chiedere: ma la legalizzazione di chi fa gli interessi? A chi porterebbe vantaggi? Alla salute del cittadino e alla sua sicurezza oppure a potenti lobbies, comprese quelle del tabacco, che vogliono trarre profitto anche da questo nuovo mercato già soprannominato, nelle borse di tutto il mondo, il nuovo "oro verde"?".

IL PARERE DEL PROFESSOR UMBERTO TIRELLI

D. Professor Tirelli, dicono che legalizzare la cannabis permetterà di smantellare lo spaccio illegale e dunque di togliere risorse ai criminali. Cosa risponde?
R. Come si fa a non capire che se l'uso della droga diventerà legale il problema aumenterà? Allora, visto che gli omicidi proseguono nonostante la legge li punisca, perché non li legalizziamo? Perché non si fa lo stesso ragionamento con il femminicidio, i furti e tutti i comportamenti ingiusti e quindi perseguibili? Inoltre, si alimenterebbe comunque un altro mercato proibito, fatto di sostanze nuove, come quelle chimiche. Altrettanto assurdo è sostenere che è giusto legalizzare la marijuana perché anche l'alcol e il fumo non sono proibiti. È come dire: risolviamo questi problemi aggiungendone un altro che è pure peggiore, dato che alcol e fumo non sono nocivi quanto lo è la marijuana.
D. Ci spieghi.
R. La marijuana, a differenza del tabacco, può provocare alterazioni cerebrali, senza contare le conseguenze a medio e lungo termine sulla funzionalità del cervello e sul sistema immunitario. La cannabis poi danneggia i polmoni in

maniera molto più violenta del tabacco, aumenta il rischio di cancro, indebolisce le facoltà cognitive, la memoria, l'attenzione, e quindi fa aumentare il rischio di incidenti stradali. Aggiungerei che, contrariamente a quanto si pensa, i giovani sono molto inclini ad assuefarsi. La marijuana li rende ansiosi, angosciati, sonnolenti, il che si ripercuote sul loro rendimento scolastico, sui rapporti interpersonali e sulla loro vita in generale. Infine, aumentano i casi di schizofrenia.
D. Come mai?
R. Se negli anni Settanta la quantità di principio attivo della cannabis era del 5 per cento, oggi siamo al 50-80. Non esistono droghe leggere e la cannabis è superpotente, spacciata soprattutto fra i giovani incoscienti dei rischi che corrono. Persino il quotidiano britannico *The Independent*, dopo aver condotto per anni una campagna antiproibizionista, nel 2007 fece pubblica ammenda, spinto proprio dai dati allarmanti che hanno dimostrato il collegamento fra uso di cannabis e schizofrenia. Tutti gli studi scientifici più seri rilevano gravi problemi vascolari alle arterie del cervello. Per quanto riguarda il cancro, invece, la British Lung Foundation tre anni fa ha pubblicato un rapporto in cui emerge come il rischio di tumore al polmone provocato dalla cannabis è 20 volte maggiore rispetto a quello causato dalla sigaretta.
*D. Eppure la proposta di legge Della Vedova parla di "fini terapeutici", prevedendo anche l'"autocoltivazione" di marijuana a questo scopo***.**
R. Ci vuole un gran coraggio per mettere nero su bianco una proposta del genere. In questo modo nell'immaginario collettivo si abbassa la percezione della pericolosità della cannabis, ma sopratutto si fanno affermazioni che non hanno nulla a che vedere con la scienza: l'uso terapeutico della marijuana riguarda l'assunzione di compresse con effetti del tutto differenti dallo spinello. Se i politici avessero davvero a cuore i malati, anziché liberalizzare la cannabis farebbero pubblicità a determinati farmaci, la cui efficacia nella terapia dolore è di gran lunga superiore.
D. L'abuso di droga cresce, però, e questo è un fatto. Come si risolve il problema?
R. Di sicuro il problema dei giovani esiste. Ma se volessimo risolverlo credo che tutti, dai genitori ai medici fino ai politici, per prima cosa dovrebbero opporsi con forza all'uso delle droghe e alla loro legalizzazione.
D. Umberto Veronesi, pur ammettendo che la marijuana «fa male», ha segnalato come un dato positivo i notevoli introiti fiscali incassati dal Colorado grazie alla liberalizzazione della marijuana. Cosa risponde al suo collega?
R. È come dire: lo Stato si arricchisce sulla pelle dei suoi cittadini e noi siamo contenti. Non si possono fare affermazioni simili a cuor leggero. Sì, con la legalizzazione lo Stato risparmierà anche i vent'anni di pensione che non dovrà pagare a quanti moriranno di tumore, ma a lungo andare uno scenario del genere sarà deleterio per tutti, perché avremo una società debole, fatta di drogati, malati e schizofrenici[624].

Per quanto la si sia voluta chiamare con un'operazione più ideologica che

[624] B. FRIGERIO, "*Chi propone di legalizzare la cannabis eviti di appellarsi alla scienza: non sa di cosa parla"*, Tempi.it, 25 luglio 2015.

scientifica “light”, leggera o no la cannabis resta sempre una droga.

CAP. 12 - IL DISAGIO MENTALE

I Manuali, “sono libri che riportano con criteri informativi e didattici le nozioni fondamentali relative su un dato argomento o su una disciplina determinata”[625]. Questo è il criterio seguito nei capitoli precedenti riferendomi da una parte al Magistero della Chiesa Cattolica e dall’altra alla medicina e alle varie scienze.
Trattando l’argomento di questo capitolo, correndo il rischio di una minore scientificità, attingerò dei contenuti anche dalla mia esperienza personale essendo da alcuni anni assistente spirituale presso un Centro di Riabilitazione Psichiatrica e Psicorganicità nel quale sono presenti quattrocento ospiti affetti da varie patologie mentali. Non mancherà anche un accenno alla Pastorale della salute (ultimo punto) perché come ricorda il professor E. Borgna, famoso psichiatra italiano, “le esperienze che ho potuto fare nei lunghi anni che ho vissuto in manicomio accanto alle persone più deboli e più fragili, incrinate dalla sofferenza, mi hanno dimostrato che laddove c’è un’esperienza del dolore, cresce immediatamente la percezione dell’insufficienza dei godimenti esterni, effimeri, temporanei, e cresce il desiderio di qualcosa che oltrepassi il contingente, l’abituale e ci porti verso l’infinito, alla ricerca di Dio”[626].
Augurandomi che il lettore colga il significato della mia scelta, mi accingo a trattare “il disagio mentale”, un argomento altamente complesso che spesso crea disagio nell’opinione pubblica.

Non è mia intenzione cimentarmi in analisi scientifiche sull’eziologia della malattia mentale ma unicamente evidenziare la problematica e presentarla sinteticamente con la costante attenzione alla persona che la soffre e, infine, fornire delle indicazioni alla comunità civile ed ecclesiale su possibili atteggiamenti da assumere nei confronti di questi “fragili”.

1.Complessità dell’argomento

Il “disagio mentale” è una frontiere di fragilità in continua e rapida espansione; di conseguenza l’argomento è ampio e tortuoso, coinvolgendo queste patologie soggetti affetti da molteplici sintomi che si presentano con differenti gravità.

Partiamo dalle situazioni più lievi per giungere alle criticità.

I dati riguardanti il disagio mentale mostrano un fenomeno di proporzioni impressionanti poiché la maggioranza delle persone si è trovata, almeno una volta nella vita, a contatto con questa sofferenza nella modalità prevalentemente della depressione a seguito di eventi stressanti che poi si è risolta, non entrando nel circuito della psichiatria che possiamo definire: “quel ramo della medicina che ha per oggetto lo studio clinico e la terapia delle infermità mentali e dei

[625] G. DEVOTO – G.C. OLI, *Il dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze 2000, pg. 1217.
[626] E. BORNIA, *La solitudine dell’anima,* Feltrinelli, Milano 2011, pg. 123.

comportamenti comunque patologici"[627].

Le modalità di sofferenza di chi accusa un disagio mentale sono assai differenti per le cause che originano questi disturbi e per la gravità dei sintomi essendo quello mentale-psichiatrico un settore variegato che va dagli esaurimenti nervosi alle depressioni, dalle insufficienze mentali alle oligofrenie, dalle nevrosi alle demenze, dagli stati di dissociazione alle schizofrenie. E le proiezioni future indicano un aumento proporzionale di questi disagi maggiore rispetto alle patologie cardiovascolari e tumorali[628].

Quante persone ho incontrato nei miei oltre trent' anni di sacerdozio che fanno uso quotidiano di Tavor, En, Valium, Lexotan… oppure, quasi con vergogna, mi hanno confidano che frequentano lo psicologo o lo psichiatra, quasi fosse "un disonore".

Il disturbo più frequente come accennato è la "depressione". I soggetti con questo sintomo, che vivono una quotidianità quasi "normale", nel nostro Paese rappresentano un quarto della popolazione, accrescendosi di oltre quattro volte in un decennio, passando dal 8,18% per 1000 abitanti del 2005, al 35,72% nel 2015[629]. Pure il ricorso alla consultazione psichiatrica o psicologica si è accresciuta del 10% negli ultimi 5 anni[630]. E i dati sono confermati dall' incremento delle vendite dei "medicinali di sostegno" e dall'uso e abuso di sonniferi, ansiolitici, antidepressivi, tranquillanti e psicofarmaci…, complice anche la superficialità prescrittiva che si registra in un numero considerevole di casi. Il farmaco appare la "via di fuga" più comoda, rapida e risolutiva.

Anche i giovani, gli adolescenti e i bambini non sono esclusi, anzi l'assunzione di questi farmaci è in crescente aumento, mentre decrescente è la media dell'età di chi ne usufriusce. Una ricerca dell'Istituto Mario Negri di Milano del 2015, condotta su un campione di 1.616.268 ragazzi ed adolescenti con meno di 18 anni, riporta che 63.550 hanno ricevuto cure per problemi psicologici, dipendenze o depressione.

Il fenomeno interessa prevalentemente i Paesi ricchi, e i fattori scatenanti non sono genetici e psicobiologici ma anche ambientali e sociali. Inoltre, i ritmi della vita moderna sempre più frenetici, le ampie trasformazioni sociali e le crescenti pressioni economiche che richiedono un ampio uso di risorse mentali e un sovraccarico emotivo peggiorano ulteriormente il problema. Quindi possiamo affermare che una fetta notevole di queste situazioni di sofferenza è provocata dalla "comunità", partendo da quella mondiale fino a giungere a quelle locali (civili, lavorative, parentali…).

Si conducono da anni benemerite campagne contro il fumo o le polveri sottili essendo responsabili di malattie e anche di morti, ma nessuno osa affermare che l'antagonismo, la concorrenzialità esasperata, la cultura "non del merito ma del privilegio", la produttività anonima che cancella la creatività, la mancata valorizzazione della preparazione professionale e delle doti personali "uccidono"

---

[627] *Lessico Universale Italiano,* voce: *Psichiatria,* Istituto della Enciclopedia Italiana, vol. XVIII, Mondadori, Milano 1984, pg. 42.

[628] Dati presentati al "XVIII Congresso ECNP (European College of Neuropsychopharmacology) a Amsterdam (2013).

[629] Dati: Rapporto Osservasalute, 2016.

[630] Dati: Studio Eurobarometer, 2016.

la stima, la fiducia e la speranza. Di tutto questo ipocritamente si tace!
E. Sgreccia così riassume le cause di questa sofferenza che si vuole occultare: "L'insicurezza derivante dalla perdita di senso della vita, dalla minaccia incombente su ciascuno da parte di un mondo che quotidianamente sovrasta e sfugge al controllo degli individui sono delle cause accompagnate alla perdita del senso della trascendenza. Ma si deve considerare anche lo stress della vita della città e dei trasporti, la labilità del sistema affettivo della famiglia. Evidentemente non c'è una causa sola ed è per questo che ci si appella ancora alla filosofia della complessità e alla minaccia del caos dentro l'ordine apparente"[631]. E. Toffler, scrittore statunitense studioso dei mezzi di comunicazione e del loro impatto sulla compagine sociale e sul mondo della cultura, evidenzia tre cause: "la disgregazione del tessuto comunitario relazionale nella famiglia e nella società, il venir meno di una vita strutturata e l'incapacità di dare senso all'esistenza"[632]. Infine, alla base del disturbo della depressione che necessiti o meno di farmaci, si cela l'invito a guardarsi dentro, a prendere coscienza di ciò che siamo, a verificare e riorganizzare la propria vita verso uno stato di maggiore benessere, prendendo in mano la propria esistenza anche se a volte è un'opera titanica.

Un'altra emergenza in costante crescita è "l'Alzheimer", una patologia scoperta dal neurologo tedesco A. Alzheimer all'inizio del XX secolo, e che consiste in un processo degenerativo che distrugge progressivamente le cellule del cervello con la conseguente progressiva perdita della memoria e delle funzioni mentali fino a determinare amnesie totali. E, negli stadi avanzati, la persona perde la capacità di deambulare e di parlare, diventa incontinente e si nutre con grande difficoltà. Anche la capacità comunicativa si affievolisce con il trascorrere del tempo e progressivamente il malato necessiterà di un assistenza totale.
Le cifre sono drammatiche: nel 2010 nel mondo i malati di alzheimer erano 36 milioni, nel 2013 44,35milioni, nel 2030 si prevedono 75,62milioni e nel 2050 circa 136milioni[633].
Questa patologia, inoltre, coinvolge intensamente il nucleo famigliare sia a livello *assistenziale che emotivo-relazionale poiché potrebbe verificarsi un doloroso e cambio di ruolo: da figlio a genitore.
A livello di cura si brancolla nel buio; l'unico intervento riguarda i sintomi mediante *terapie farmacologiche e psicosociali. I farmaci rallentano i sintomi della malattia ma funzionano solo se assunti tempestivamente; la terapia psicosociale tenta di "conservare", finché possibile, la capacità coordinativa e relazionale della persona.

Ingene, un'altra criticità che si sta rapidamente diffondendo è la difficoltosa distinzione tra disagio mentale e "devianza sociale", cioè quei comportamenti che oltrepassando ogni regola del vivere civile producono atti assurdi di "follia" che misteriosamente potrebbe celarsi in persone che vivono apparentemente nella *normalità e fulmineamente esplodono con gesti di violenza inimmaginabile:

[631] E SGRECCIA, *Manuale di bioetica. Vol. II Aspetti medico-sociali*, Vita e Pensiero, Milano 1991, pp. 39-40.
[632] E. TOFFLER, *La terza ondata. Il tramonto dell'era industriale e la nascita di una nuova civiltà*, Sperling & Kupfer, Milano 1987, pg. 468.
[633] Dati: Alzheimer's Disaese International.

genitori che massacrano i figli o viceversa, partner che uccidono e poi si tolgono la vita.

2.Chi è il malato psichico

A noi interessa ora tracciare un identikit di quello che comunemente è denominato “malato psichico”, poiché solo conoscendolo possiamo rispettarlo e difendere i suoi diritti.

Tra i molti che hanno descritto questo malato ci appare interessante “l’identikit” proposto da Simone Cristicchi con la canzone “Ti regalerò una rosa” che vinse il Festival di Sanremo nel 2007. Un commovente testo fu frutto della sua esperienza di volontario in un Centro di Igiene Mentale di Roma.

“Mi chiamo Antonio e sono matto. Sono nato nel ‘54 e vivo qui da quando ero bambino. Credevo di parlare col demonio. Così mi hanno chiuso quarant’anni dentro a un manicomio (…). Io sono come un pianoforte con un tasto rotto; l’accordo dissonante di un’orchestra di ubriachi (…). Per la società dei sani siamo sempre stati spazzatura: puzza di piscio e segatura. Per loro questa è la malattia mentale e non esiste cura”[634].

Nella mia esperienza, supportata dalla letteratura scientifica, apprendo quotidianamente che queste persone sono accompagnate quasi totalmente dalla paura e da un disorientamento spesso incontrollabile che li portano ad assumere atteggiamenti assurdi. Questo provoca un angoscia immensa e una sofferenza disperata che porta qualcuno anche al pensiero del suicidio. Essendo questi malati estremamente sensibili, colgono ogni sfumatura e ogni gesto o parola superficiale, e li ferisce. E poi c’è una profonda solitudine poiché il più delle volte, chi vive la malattia mentale, è cosciente del dramma che lo ha investito o meglio

[634] **TI REGALERO’ UNA ROSA**

“*Ti regalerà una rosa. Una rosa rossa per dipingere ogni cosa. Una rosa per ogni tua lacrima da consolare. E una rosa per poterti amare.*

Ti regalerò una rosa. Una rosa bianca come fossi la mia sposa. Una rosa bianca che ti serva per dimenticare ogni piccolo dolore.

Mi chiamo Antonio e sono matto. Sono nato nel ‘54 e vivo qui da quando ero bambino. Credevo di parlare col demonio. Così mi hanno chiuso quarant’anni dentro a un manicomio.

Ti scrivo questa lettera perché non so parlare. Perdona la calligrafia da prima elementare. E mi stupisco se provo ancora un’emozione. Ma la colpa è della mano che non smette di tremare. Io sono come un pianoforte con un tasto rotto: l’accordo dissonante di un’orchestra di ubriachi. E giorno e notte si assomigliano.

Nella poca luce che trafigge i vetri opachi me la faccio ancora sotto perché ho paura.

Per la società dei sani siamo sempre stati spazzatura, puzza di piscio e segatura. Per loro questa è malattia mentale e non esiste cura.

I matti sono punti di domanda senza frase. Migliaia di astronavi che non tornano alla base. Sono dei pupazzi stesi ad asciugare al sole. I matti sono apostoli di un Dio che non li vuole. Mi fabbrico la neve col polistirolo. La mia patologia è che son rimasto solo. Ora prendete un telescopio... misurate le distanze e guardate tra me e voi; chi è più pericoloso?

Dentro ai padiglioni ci amavamo di nascosto ritagliando un angolo che fosse solo il nostro.

Ricordo i pochi istanti in cui ci sentivamo vivi non come le cartelle cliniche stipate negli archivi. Dei miei ricordi sarai l’ultimo a sfumare. Eri come un angelo legato ad un termosifone. Nonostante tutto io ti aspetto ancora e se chiudo gli occhi sento la tua mano che mi sfiora. Mi chiamo Antonio e sto sul tetto.

Cara Margherita son vent’anni che ti aspetto. I matti siamo noi quando nessuno ci capisce. Quando pure il tuo migliore amico ti tradisce. Ti lascio questa lettera, adesso devo andare. Perdona la calligrafia da prima elementare. E ti stupisci che io provi ancora un’emozione? Sorprenditi di nuovo perché Antonio sa volare”.

percepisce chiaramente di essere prigioniero di questa patologia e che si trova in un labirinto dal quale è quasi impossibile uscire.
Ovviamente, ogni malattia, ha una sua sofferenza e una sua gravità, ma ritengo che queste patologie siano, forse il termine è troppo qualunquista, le "peggiori" poichè da una parte ci si sente privati della propria personalità e dall'altra si assumono atteggiamenti che non si vorrebbero addossare.
Così l'attore Rod Steiger descrive lo stato d'animo vissuto per alcuni anni: "Il tutto cominciò come una nebbia che s'insinuò piano piano nella mia testa e diventò così densa che io non potevo più vedere… La sofferenza precipitò e divenne così forte che io cominciai a non voler più camminare, a non volermi più lavare… E mi sedevo in giardino a fissare l'oceano dodici ore come un ebete"[635].

Come riassunto e conclusione di questa sintetica descrizione, riportiamo un brano del noto psichiatra E. Borgna: "Ogni paziente psicotico, risucchiato nella metamorfosi dei suoi orizzonti di significato, non può nondimeno non essere considerato come un 'uomo uguale a noi': anche se non è semplicemente un uomo come noi ma è anche un uomo diverso da noi: non come noi; ancorchè radicamente immerso nella ricerca angosciante e disperata di un significato a cui noi non siamo estranei. Nell'esperienza psicotica si manifesta la categoria dell'assurdo, nella quale si coglie un non senso non destituito di senso; e questo modo di essere, nelle sue antinomie e nelle sue contraddizioni, tematizza non solo la Gestalt psicotica, ma anche quella normale"[636].

3.L'ammalato psichico in Italia

3.1.ASPETTO LEGISLATIVO

Prima del 1978 la legge di riferimento per l'ammalato psichico era la numero 36/1904: "Disposizione sui manicomi e sugli alienati. Custodia e cura degli alienati". Reputava questi sofferenti pericolosi per sé e per gli altri. Di conseguenza, erano ricoverati nei "manicomi" connotati come "luoghi di contenimento sociale"; un carcere dove i malati psichici o presunti tali erano privati dei diritti civili e l'aspetto riabilitativo era solitamente assente.
Tanti, ricordano queste strutture, e ne parlano con orrore essendo più simili a lager che a luoghi di cura e le condizioni di degenza erano degradanti e umilianti. Inoltre, fino agli anni '60 del ventesimo secolo, era diffusa l'idea che la malattia mentale fosse una lesione organica inguaribile, e di conseguenza, la vita di questi individui era più vegetativa che umana. In questi "grandi contenitori" furono ricoverate anche persone non affette da patologie mentali ma unicamente diseredati nella società: ubriachi, senza fissa dimora, omosessuali, anziani soli…
Commoventi sono i romanzi di M. Tobino (1910-1991) che operò tutta la vita nel manicomio di Maggiano in provincia di Lucca. Così descrisse i manicomi: "Le celle sono il luogo più doloroso. Piccole stanze dalle pareti nude, con una porta molto robusta nella quale è infisso un vetro spesso per guardare dentro; nella parete di fronte, la finestra per la luce. L'ammalato, il matto, vi vive nudo. L'alienato nella cella è libero, sbandiera, non tralasciandone alcun grano, la sua

[635] E. ZOLI, *E liberaci dal male oscuro*, Longanesi, Milano 1993, pg.45.
[636] E. BORGNA, *Malinconia*, Feltrinelli, Milano 2001, pg. 26.

pazzia, la cella suo regno dove dichiara se stesso, che è il compito della persona umana"[637].

Possiamo poi notare la sua accentuata dedizione per i malati: "Scrissi questo libro per dimostrare che anche i matti sono creature degne d'amore, il mio scopo fu ottenere che i malati fossero trattati meglio, meglio nutriti, meglio vestiti, si avesse maggiore sollecitudine per la loro vita spirituale, per la loro libertà. Non sottilizzai sulle parole, se era meglio chiamare l'istituto manicomio oppure ospedale psichiatrico, usai le parole più rapide, scrissi matti, come il popolo li chiama, invece di malati di mente"[638]/[639].

Negli anni '60 si costituì un movimento di riforma con l'obiettivo di curare il malato psichico non più giudicato un criminale o un indemoniato. Anche l'evoluzione della farmacologia fornì notevoli contributi alla correzione dell'immagine di questi fragili.

Fautori, fra gli altri, di questa nuova visione furono i religiosi dell'Ordine Ospedaliero di San Giovanni di Dio.

Un caso emblematico, fu la trasformazione operata da Fra Pierluigi Marchesi, che nel 1962 assunse la direzione dell'Istituto psichiatrico Sant'Ambrogio di Cernusco sul Naviglio (Mi) nel quale erano ricoverati 1.300 pazienti. Riportiamo alcune sue illuminanti intuizioni.

"Fra Marchesi, immediatamente intuì la necessità di migliorare le condizioni di vita dei malati che non dovevano unicamente essere 'contenuti' ma andavano riabilitati; di conseguenza era indispensabile un grosso intervento sociale.

Nell' Istituto, i pazienti, vestivano rigorosamente la divisa, come in carcere, sempre riconoscibili, sia all'interno che all'esterno, in caso di fuga. Uno dei primi giorni di priorato, Fra Marchesì incontrò una malata che indossava un maglione rosso sopra la divisa, e il direttore sanitario rimproverò la caposala per la svista, preoccupato che in caso di fuga, sarebbe stato difficoltoso ritrovare la paziente. Ma, pochi mesi dopo, Fra Marchesi, fece sparire le divise. La stessa sorte subirono i muri divisori. L'istituto era composto da due sezioni: maschile e femminile, rigorosamente separate da un alto muro di cinta. Fra Marchesi lo fece abbattere, e si premurò di aprire i cancelli affinché i malati potessero uscire, ma soprattutto perché la gente della città potesse entrare e passeggiare nel parco secolare dell'Istituto, godendo dell'ombra dei pini millenari oltre che superare le diffidenze nei confronti dei ricoverati. La demolizione di quel muro di separazione, fu l'inizio di una lunga operazione per abbattere il 'muro culturale' riguardante lo 'stigma' sulla malattia mentale'. I medici immediatamente si dimostrarono contrari, preoccupati per la gestione dei controlli. Ma il Priore seppe superare le loro resistenze, e così i malati dell'sant'Ambrogio, i primi in Italia, ebbero la possibilità

[637] M. TOBINO, *Per le antiche scale*, Mondadori, Milano 2001, pg. 24.

[638] M. TOBINO, *Le libere donne di Magliano*,Mondadori, Milano 2001, pg. 45.

[639] Concludiamo questo breve ricordo di Tobino con la descrizione di suor Giacinta: "Quando suor Giacinta distribuisce il vitto nella sala di soggiorno, ha intorno duecento malate. Molte volte le hanno tolta la cornetta perché si vergognasse ad apparire pelata, hanno tentato di picchiarla, le hanno urlato sconcezze, l'hanno frugata nei suoi sentimenti più delicati. Suor Giacinta vive insieme alle matte, loro sorella, il suo destino immolarsi ogni ora senza premio" (*Le libere donne di Magliano*, op. cit., pg. 62).

di uscire dall'Istituto e i cittadini tranquillamente ad entrare"[640].
"Per il benessere dei suoi malati, non lasciò nulla di intentato. L'Istituto, nel corso dei mesi, si trasformò in un piccolo paese con molteplici attività svolte dai pazienti con vari supporti esterni. Costituì una biblioteca gestita dagli ospiti; fondò il giornalino 'Rivivere' e ne costituì una redazione; procurò una discreta attrezzatura sportiva. Ideò un atelier di pittura che troverà spazio in alcuni reparti, dove su appositi tavoli, gli ospiti potevano dipingere liberamente, e un laboratorio centrale coordinatore di queste attività, diretto da un pittore scelto dalla Direzione"[641].
"Per superare le diffidenze del paese, e i timori che ancora resistevano nel passare a fianco dell'ospedale, si organizzarono rappresentazioni teatrali e concerti con personaggi famosi da Adriano Celentano a Ornella Vanoni. Le sale erano affollate e nessuno subì alcuna violenza; furono occasioni per far nascere amicizie tra i cittadini di Cernusco e gli ospiti dell'istituto.
Nel frattempo, Fra Marchesi puntò anche su nuovi processi terapeutici; dalle cure psicologiche alle psicoterapie; dall'ergoterapia alla ludoterapia. L'ergoterapia verrà utilizzata nel centro di socioterapia per alcoolopatici, allargandosi poi all'inserimento di persone con diagnosi differenti"[642].

Nel 1978 fu approvata la legge 180: "Accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori"[643], definita anche "Legge Basaglia" e così, tra la fine degli anni '70 e l'inizio degli anni '80, più di 100mila persone lasciarono i manicomi.
Lo psichiatra F. Basaglia convinto che i manicomi non giovassero, progettò, riferendosi all'antipsichiatria inglese, al modello dello psichiatra ungherese T. Szasz e alla visione dell'antropologo E. De Martino, una nuova organizzazione dell'assistenza psichiatrica che superasse la "logica manicomiale" per aprirsi a quella "riabilitativa", cioè all'insieme di strategie rivolte a restituire o a fornire contrattualità sociale alle persone con problemi psichici. Con la visione di Basaglia e di altri soggetti, la psichiatria, riscoprì "i diritti" del malato mentale. In uno scritto affermò: "Il manicomio, nato come difesa da parte dei sani contro la pazzia, sembra essere finalmente considerato il luogo dal quale il malato mentale deve essere difeso e salvato"[644]. Dunque, si passò "dall'internamento" per ridurne la presunta pericolosità "alla cura" della malattia, alla riabilitazione e all'inserimento sociale. E, a questi cittadini, furono restituiti i diritti civili.

La legge 180/78 demandò l'attuazione della normativa alle Regioni che legiferarono con modalità assai eterogenee, producendo risultati diversificati sul territorio anche a causa della scarsa integrazione tra interventi terapeutici e assistenziali. In varie situazioni, inoltre, non si costituirono adeguate strutture "intermedie" (comunità, case protette, centri diurni…).

L'errore commesso fu quello di essersi illusi che fosse sufficiente abbattere le mura dei manicomi per sanare il malato mentale, scordando che la cronicità non

[640] Cfr.: G. CERVELLERA – G.M. COMOLLI, *Ospitare l'uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, Ancora, Milano 2012, pp. 44-45.
[641] *Ospitare l'uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, op. cit., pg. 49.
[642] *Ospitare l'uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, op. cit., pg. 54.
Per una visione globale delle opere innovative di Fra Marchesi; cfr.: *Ospitare l'uomo. La vita e le opere di Fra Pierluigi Marchesi*, op. cit., pp. 44-59.
[643] Cfr.: *Gazzetta Ufficiale* n. 133 del 16 maggio 1978.
[644] F. BASAGLIA (a cura di), *L'utopia della realtà,* Einaudi, Torino 2005, pg. 27.

poteva essere trascurata e, nonostante le richieste del dettato legislativo, furono progettate, come già accennato, poche e parziali "strutture di sostegno" che inserissero, con gradualità, questi malati nel contesto societario. Anche le famiglie furono trascurate, e spesso sconfortate da una pudica vergogna, si chiusero nella solitudine prive di aiuto e di conforto, oppresse e travolte da problematiche cui faticavano a rispondere. Dall'esperienza di un famigliare: "Non desta curiosità la vita in famiglia con questo malato, non si levano grandi grida pubbliche di protesta quando l'estrema degradazione della famiglia e del malato stesso viene scoperta"[645]: "Molte volte, stanchi e sfiduciati, si corre nella propria stanza, ci si chiude dentro a doppia mandata, lasciando il famigliare malato solo al proprio destino. Rimasti soli si cerca di rientrare lentamente nella propria dimensione, si cerca di cacciare l'ipotesi che un disordine così stridente possa coincidere con un senso compiuto e persino adombrare la normalità di una vita plausibile. Il rischio esiste. Ci si sente in balia di un'ansia sorda e di una paura che si trasforma spesso in dolore fisico. Si è presi, a momenti, da un desiderio di equilibrio, di ordine, da quelle condizioni che ti sembrano non appartenere"[646].

Pure la legge 104/1992, una normativa a favore dell'assistenza, dell'integrazione sociale e dei diritti delle persone con handicap, pur includendo in questa categoria anche i malati psichici, infatti definì persone handicappate "coloro che presentano una minorazione fisica, psichica o sensoriale che determina un processo di svantaggio sociale o di emarginazione", non previse per qusta tipologia di malati supporti particolari come per le altre forme di handicap.

Positiva, invece, fu la legge 6/2004 riguardante l'amministrazione di sostegno.

Come valutare la legge 180/78 ad oltre quarant'anni dall'entrata in vigore?

Mentre la legislazione fu rispettosa della dignità del malato psichico e i progressi della neuropsichiatria idearono terapie farmacologiche efficaci, l'assistenza a questi fragili e l'impegno per il loro graduale reinserimento in ambiti normali di vita e di relazione, in molti casi, fu ed è enormemente deficitaria per la carenza di politiche ad hoc e per scelte amministrative confuse e inficiate, come in altri settori, da meschini giochi di potere. Alcuni articoli della legge rimangono anche oggi unicamente "nobili enunciazioni", poichè i diritti per essere effettivi, richiedono politiche sociali efficaci. Di conseguenza, la battaglia, a favore di questi fragili continua[647].

---

[645] A. R. LUGLI ANDRETTA, *La vita in famiglia con il malato di mente,* in Dolentium hominum n. 16 (1991), pg. 256.

[646] *La vita in famiglia con il malato di mente,* op. cit, pg. 257.

[647] Riportiamo due pareri.

Disse il cardinale Carlo Maria Martini il 22 agosto 1982 nel corso di un convegno riguardante la legge 180; "Il processo d trasformazione dell'assistenza psichiatrica avviatosi con la legge 180, per un verso soffre di gravi ritardi e carenze, che impediscono la corretta applicazione dei validi profili innovativi che la ispirano, e, per un altro, mette in luce taluni aspetti discussi e discutibili.

Non si tratta di tornare indietro, verso soluzioni superate e non più tollerabili; ma neppure è lecito irrigidirsi in schematismi ideologici, dimenticando la realtà viva delle persone concrete che soffrono. Occorre piuttosto uno sforzo di applicazione e di inventiva da parte di tutti i responsabili: bisogna quanto prima realizzare tutte le strutture di cura e di supporto sul territorio previste dalla riforma, e insieme occorre il coraggio di ripensare quanto, sulla base dell'esperienza, si dimostrasse contradditorio o inefficace, trovando insieme soluzioni più adeguate. Il criterio determinante per ogni scelta deve essere quello dell'attenzione alla persona del malato, della corresponsabile partecipazione della famiglia opportunamente orientata e sostenuta, della solidarietà di tutto il corpo sociale e delle sue istituzioni" (in "Anime e corpi" n. 100 (1982), pp. 137-138).

3.2.ASPETTO CULTURALE

Scrisse papa Benedetto XVI: "Si avverte la necessità di meglio integrare il binomio terapia appropriata e sensibilità nuova di fronte al disagio, così da permettere agli operatori del settore di andare incontro più efficacemente a quei malati ed alle famiglie, le quali da sole non sarebbero in grado di seguire adeguatamente i congiunti in difficoltà"[648]. Caritas Italiana nel documento "Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana" del 2003 affermò: "(serve) un attenzione, un'accoglienza, una cura, una cultura e una politica sanitaria e sociale più adeguata nei confronti delle persone malate di mente e delle loro famiglie"[649].

Pertanto, sia Benedetto XVI che Caritas Italiana, hanno evidenziato la rilevanza della "crescita culturale", poichè anche oggi, certamente meno che nel passato, il malato psichico e il suo ambiente socio-affettivo, a volte, sono ghettizzate e il binomio tra "malattia psichica" e "pericolosità sociale" è ancora diffuso. Inoltre, i vocaboli che iniziano con il suffisso "ps", incutono timore a seguito di una cospicua disinformazione e molti dimostrano diffidenza verso queste persone un po' "strane". "Spariti i manicomi non è sparita la manicomialità come modo e stile di avvicinarsi e rapportarsi con l' altro"[650]. E per incrementare il clima di sospetto periodicamente siamo informati di episodi di violenza frutti più o meno indotti di alterazione della coscienza.

Se stilassimo una classifica sugli "ultimi" della società, dovremmo inserire senz'altro gli ammalati psichici in una posizione di rilievo. "La sofferenza mentale è, tra le povertà, quella che più deve interrogarci: sperimentarla è vivere privo d' appoggi, di difese, di consensi, lontano e separato dagli altri, chiuso in se stesso, estraneo alla vita. È essere 'tra gli ultimi della fila', quelli che non contano, non si sentono, non sanno difendersi, non riescono a pesare nelle decisioni politiche e sociali"[651]. Il cardinale D. Tettamanzi, nell'omelia della Notte di Natale del 2008 lì definì i "cosiddetti invisibili": "una categoria destinata ad allargarsi drammaticamente se venisse a mancare lo sguardo aperto e penetrante della

---

Pur essendo trascorsi oltre vent'anni da quando il cardinale propose queste riflessioni, ritengo che le sue osservazioni siano ancora attuali e possano essere oggetto di verifica e di programmazione.
Osservava L. M. Borgia: "Rispetto alle altre categorie di pazienti, il malato mentale è il più solo e il più debole: è isolato dalla comunità che non comprende la profondità di una malattia difficilmente identificabile e perciò inquietante. Persino le compagnie assicuratrici ritengono le spese mediche per le cure delle malattie mentali psichiatriche 'non rimborsabili', in quanto nel contratto assicurativo sono esplicitamente escluse dalle condizioni generali di polizza; non solo, per alcuni contratti l'insorgenza della malattia dopo la stipula, interrompe l'operatività della garanzia; è isolato dalle istituzioni che devono stanziare le risorse economiche: i fondi sanitari destinati alla psichiatria sono sempre minimi rispetto a tutti gli altri settori; è isolato nella stessa comunità familiare, spesso incapace a gestire da sola una situazione psicologicamente pesante ed un congiunto dal comportamento imprevedibile. Il paziente psichiatrico è così reietto, ghettizzato, respinto dai fatti dietro quelle sbarre che la legge 180/1978 eliminava formalmente, senza possibilità di emergere dall'abisso della patologia, dal momento che le opportunità di cura e di guarigione sono indissolubilmente legate alle relazioni interpersonali e all'inserimento nella comunità". (L.M. BORGIA, *E' possibile una bioetica in psichiatria? in* F. PELLEGRINO, *Pratica clinica e ricerca. L'uso appropriato dei farmaci in psichiatria*, Mediserve, Napoli 2004, pg. 86).

[648] BENEDETTO XVI, *Messaggio in occasione della XVI Giornata Mondiale del Malato,* 11 febbraio 2006.

[649] EDB, Bologna 2003, pg. 5.

[650] L. ATTENASIO, *Fuori norma la diversità come valore e sapere*, Armando editore, Roma 2000, pg. 36.

[651] CARITAS ITALIANA, *Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*, EDB, Bologna 2003, pg. 16.

carità che si fa prossimità e condivisione! (…). Sono le persone che soffrono per i più differenti disagi psichici e i loro famigliari". Eppure, le opportunità di cura e di guarigione, sono indissolubilmente collegati alle relazioni personali e all'inserimento nella comunità.

4.Contenziosi etici

Molteplici e complesse sono le problematiche etiche in psichiatria: dalla difficoltà ad ottenere il consenso informato ai benefici dell'uso degli psicofarmaci, dalla coercizione come strumento terapeutico agli obiettivi della terapia, alla partecipazione alle sperimentazioni cliniche. Un altro aspetto a cui si presta poca rilevanza è il diritto del paziente alla scelta del medico o della struttura in cui farsi curare. Non possiamo scordare, infine, le varie dinamiche sessuali che pongono anch'esse criticità.

Nel dibattito bioetico odierno, ai contenziosi posti dalla malattie psichiatriche, si offre uno spazio limitato, e nell'opinione pubblica si nota una generale indifferenza come dimostrato, ad esempio, dalla scarsa attenzione alle disposizioni normative sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (ex-OPG). Eppure, questo, come già affermato, è un malato debole, indifeso e spesso esposto alle decisioni altrui, quindi necessita di una maggiore tutela e salvaguardia da parte della anche della bioetica.

Il modello etico che proponiamo, come precedentemente, è quello ontologico "personalistico" che dovrà supportare l'incontro terapeutico e divenire il punto di riferimento riguardo la liceità o illiceità di un'azione o di un comportamento. Inoltre, i diritti alla salute e alla cura di questo paziente, come ribadito dall'articolo 32 della Costituzione Italiana[652] dovranno, non solo essere rispettati ma inquadrati nella complessività della sua esistenza[653].

---

[652] "La Repubblica italiana tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. 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".

[653] **I PRINCIPALI CODICI ETICI RIGUARDANTI LA PSICHIATRIA**

INTERNAZIONALI

1964:Dichiarazione di Helsinki (WMA) (World Medical Association)
1971: Dichiarazione sui diritti dei ritardati mentali (ONU).
1977:Dichiarazione delle Hawaii (WPA) (World Psychiatric Associat)
1991: Principi per la protezione delle persone malate di mente e per il miglioramente delle cure psichiatriche (ONU)
1995: Dichiarazione sulle questioni etiche riguardanti i malati mentali (WMA)
1996: Medicina Psichiatrica Legale: 10 principi di base (WHO)
1989: Dichiarazione di Atene sui diritti dei malati di mente (WPA)

EUROPA

1977: (R. 818) Raccomandazione sulla situazione dei malati di mente (Consiglio d'Europa)
1983: (R.83) Raccomandazione sulla protezione legale dei malati di mente ospedalizzati contro la loro volontà (Consiglio d'Europa)
1994: (R.1235) Raccomandazione sulla psichiatria ed i diritti umani (Consiglio d'Europa)
1996: Convenzione sui diritti umani e la biomedicina (art. 7) (Comunità Europea)
1987: Good Clinical Trial Practice (Consiglio d'Europa)

ITALIA

1994: Parere sull'eticità della terapia elettroconvulsivante (Comitato Nazionale per la Bioetica)
1995: Documento sull'etica della psichiatria dell'infanzia (Ordine dei Medici di Roma)

4.1.ETICA DEI COLLOQUI TERAPEUTICI

Rilevanti problematiche nei colloqui terapeutici riguardano l'equilibrio tra "autonomia" e "eteronomia" nel rapporto tra medico e paziente psichico e il modello di riferimento, cioè l'assunto antropologico. Questo assume rilievo particolarmente per la condizione di dipendenza del malato e per alcune decisioni che il terapeuta potrebbe fare assumere (o imporre) al suo paziente.

L'equilibrio dovrebbe fondarsi su un "alleanza terapeutica" che superi l'autoritarismo paternalistico o l'abbandono rinunciatario per sviluppare al massimo l'autonomia[654].

4.2.ETICA E ATTI TERAPEUTICI

4.2.1. CONSENSO INFORMATO

Il Consenso informato, è definito dal Comitato Nazionale per la Bioetica: "la legittimazione e il fondamento dell'atto medico e, allo stesso tempo, strumento per realizzare quella ricerca di alleanza terapeutica – nell'ambito delle leggi e dei codici deontologici – e di piena umanizzazione dei rapporti fra medico e paziente cui aspira la società attuale"[655].

Il medico deve fornire al paziente tutte le informazioni di cui dispone, senza travisare nulla e con modalità accessibili e comprensibili, prospettando pure differenti opzioni terapeutiche affinché il malato possa fornire un consenso libero e informato. A questo proposito rammentava il cardiale C.M. Martini: "Il paziente sa benissimo di essere lui, non altri, il vero responsabile della propria salute fisica e mentale. Se si affida a un terzo è solo perché da solo non potrebbe risolvere il problema della malattia che lo ha assalito. Ma anche dopo questo ricorso e affidamento a terzi, egli mantiene inalterato il potere di amministrazione del proprio organismo; e ciò comprende ovviamente anche il diritto di accettare o di rifiutare ciò che gli viene proposto, a seguito di un suo personale giudizio globale, concernente i suoi interessi personali, familiari e professionali"[656].

Il principio che fonda il Consenso Informato è sancito dalla Costituzione Italiana all' articolo 32 già accennato precedentemente, dalla legge 833/78 (artt. 33-35), dall'articolo 35 del Codice di Deontologia Medica della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO-2018).

Per quanto riguarda la capacità di esprimere un valido consenso, a livello internazionale si concorda su quattro parametri.

- "La capacità di manifestare una scelta". In mancanza di questa attitudine è pleonastico valutare gli altri parametri.
- "La capacità di comprendere le informazioni relative al consenso".
- "La capacità di offrire un giusto peso alla situazione e alle sue possibili conseguenze".
- "La capacità di utilizzare razionalmente le informazioni"[657].

2003: Decreto Legislativo 211 (art. 5).

[654] Cfr.: *Manuale di bioetica. Vol. II Aspetti medico-sociali*, op.cit., pp. 66-82.

[655] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Informazione e consenso all'atto medico,* Roma 1992, pg. 12.

[656] C.M. MARTINI, *Le ragioni del credere. Scritti e interventi.*, Mondadori, Milano 2011, pg. 673.

[657] Cfr.: AMERICAM PSYCHIATRIC ASSOCIATION, *Guidelines for assessing the decision-making capacities of potential research subjects with cognitive impairment,* Am J Psichiatry 155 (1998) 1649-1650.

P.S. Appelbaun ha indicato alcune domande per verificare le reali capacità del soggetto[658].

TIPO DI CAPACITA'	*ESEMPI DI DOMANDA*
Manifestare una scelta	-Può dirmi cosa ha scelto di fare? -(Nel caso non abbia scelto) Può dirmi cosa le sembra più difficile, cosa la ostacola nel decidere?
Comprendere le informazioni relative al consenso	-Mi dica con sue parole che cosa le è stato detto a proposito di: *i suoi problemi attuali di salute; *il trattamento consigliato; *i rischi e i benefici del trattamento; *i trattamenti alternativi con rischi e benefici; *i rischi e i benefici del non assumere nessun trattamento.
Dare un giusto peso alla situazione e alle sue possibili conseguenze	-Secondo lei quali sono i suoi problemi di salute? -Crede di aver bisogno di un qualche tipo di trattamento? -A cosa dovrebbe servire il trattamento? -Perché le hanno consigliato questo trattamento? -Secondo lei cosa le accadrebbe non ricevendo alcun trattamento?
Utilizzare razionalmente le informazioni	-Come mai ha scelto di accettare o di rifiutare il trattamento? -Cosa rende questo trattamento migliore degli altri?

La legislazione italiana prevede però alcune situazioni dove la persona può essere sottoposta ad un trattamento medico contro la propria volontà.
-In presenza di un rischio immediato per la vita. In questa situazione il consenso è presunto.
-Per le vaccinazioni obbligatorie stabilite nei programmi nazionali di salute pubblica (cfr.: Legge 292/63).
-Di fronte ad alcune patologie: tossicodipendenza (cfr.: Legge 126/90), TBC e Lebbra (cfr.: Legge 897/56) per evitare contagi.
-Nelle malattie mentali (cfr.: Legge 180/1978, art. 33).
Con l'articolo 33 il legislatore, pur affermando il principio che il malato psichico non può essere sottoposto a trattamento contro la propria volontà, ammette la

[658] Cfr.: P.S. APPELBAUM, *Assessment of patient's competence to consent to treatment*, N Engl J Med 26 (2006) 1834-1840.

possibilità, nell' interesse del paziente, del “trattamento sanitario obbligatorio”. Dunque, lo “stato di necessità”, autorizza il medico a rifiutare la volontà del paziente, agendo “in scienza e coscienza”, in difesa della salute e della integrità del malato e di terzi.

La carenza di un valido consenso del paziente, tranne nei casi sopra citati, espone il medico in “sede penale” alle imputazioni di lesione personale (cfr.: art. 582 c.p.), delitto di violenza privata (cfr.: art. 610 c.p.), omicidio colposo o preterintenzionale (cfr.: artt. 589 e 584 c.p.) e in “sede civile” al risarcimento del danno (cfr. ex art. 2043 c.c.).

In ambito psichiatrico, la dottrina del consenso informato, è da sempre ritenuta difficoltosa nell’applicazione poiché, la maggioranza dei malati psichici, non dispongono della capacità di comprendere le informazioni loro comunicate, e di conseguenza, di consentire liberamente al trattamento. Per questo, sorge il dubbio, sulla validità del consenso manifestato. Inoltre, il problema etico del consenso informato all'atto medico da parte del malato psichico, non riguarda unicamente le cure psichiatriche ma anche quelle in altri ambiti riguardanti la sua salute.

E’ opportuno però superare, come affermato da una vasta letteratura scientifica mondiale, il pregiudizio che il malato psichico sia impossibilitato ad esprimere un consenso informato alle proposte terapeutiche, infatti questa tipologia di malattia non ostacola in tutte le situazioni le facoltà mentali dell’individuo come pure non preclude il soggetto di tutelare i suoi interessi riguardanti la salute. Per questo è un obbligo etico adottare tutte le iniziative volte ad assicurare il consenso. Di notevole aiuto è anche il rapporto positivo che si instaura tra il terapeuta e il paziente che in alcuni casi potremmo definire di “sussidiarietà decisionale” che dovrebbe intervenire laddove il malato è incerto e dubbioso.

Da ultimo ricordiamo che l’articolo 37 del Codice di Deontologia Medica della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, puntualizza in caso di minore o infermo di mente che il medico “deve acquisire dal rappresentante legale il consenso o il dissenso informato alle procedure diagnostiche e/o agli interventi terapeutici” e segnalare all'Autorità competente l’eventuale opposizione del soggetto a un trattamento ritenuto necessario in relazione alle condizioni cliniche ma “procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili”.

.

4.2.2. SEGRETO PROFESSIONALE E RISERVATEZZA

Pure il segreto professionale e la riservatezza ingloba l’ambito psichiatrico nella sua totalità. Nessuno ha il diritto di rivelare quello che altri hanno manifestato nel corso di una seduta, e quindi diffondere informazioni senza previa autorizzazione. Dunque, il segreto professionale, non riguarda unicamente il rapporto medico-paziente, ma anche la comunicazione paziente-paziente, e il controllo del flusso delle informazioni riguardanti il malato e le diverse istituzioni (famigliari, datore di lavoro, banche, assicurazioni...).

E’ possibile venire meno al segreto professionale unicamente per una “giusta causa”; ad esempio un rischio per l’integrità del paziente o di altre persone.

4.2.3.DIRITTO ALLA SCELTA DEL MEDICO E DEL LUOGO DI CURA

Il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura è riconosciuto dal Codice di Deontologia Medica (art. 24) e dalla Legge di riforma sanitaria 502/90 (art. 8). Tuttavia per motivazioni prevalentemente economiche riguardanti l'indenizzo delle prestazioni, spesso, il malato psichico è costretto a riferirsi unicamente ai servizi gestiti dall' Azienda Sanitaria Locale (ASL) di riferimento e alcune ASL rifiutato di prendersi in carico i residenti esterni al proprio territorio. Per questo, il malato psichico è costretto, il più delle volte, ad accettare uno psichiatra o una struttura di ricovero, scelta da altri nel territorio di residenza.

Anche in questo caso dobbiamo osservare che decisione a livello locale possono annullare diritti garantiti da leggi nazionali.

4.3. SPERIMENTAZIONE FARMACOLOGICA

Alcuni documenti riguardanti la sperimentazione farmacologica hanno trattato "i requisiti" di tutela per gli adulti incapaci, a causa del loro stato psicologico, di manifestare un consenso consapevole ed esplicito a partecipare ad uno studio clinico.

L' articolo 5 del Decreto Legislativo n. 211/2003 indica i requisiti per questi arruolati:

"- sia stato ottenuto il consenso informato del rappresentante legale; il consenso deve rappresentare la presunta volontà del soggetto e può essere ritirato in qualsiasi momento senza pregiudizio per il soggetto stesso;

- la persona abbia ricevuto informazioni adeguate alla sua capacità di comprendere la sperimentazione ed i relativi rischi e benefici;

- lo sperimentatore tenga conto del desiderio esplicito di un soggetto in sperimentazione in grado di formarsi un'opinione propria e di valutare tali informazioni, di rifiutare la partecipazione o di ritirarsi dalla sperimentazione clinica in qualsiasi momento;

- non vengano dati incentivi o benefici finanziari ad eccezione delle indennità che, ove il promotore la sperimentazione sia un soggetto pubblico, potranno essere concesse solo nei limiti degli stanziamenti di bilancio ad esso assegnati;

- la ricerca sia essenziale per convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare un consenso informato o ottenuti con altri metodi di ricerca e riguardi direttamente uno stato clinico che ponga a rischio la vita o determini una condizione clinica debilitante di cui il soggetto soffre;

- le sperimentazioni cliniche siano state concepite in modo da ridurre al minimo il dolore, il disagio, la paura e gli altri rischi prevedibili in relazione alla malattia e allo stadio di sviluppo; sia la soglia del rischio che il grado di malessere devono essere definiti specificamente ed essere continuamente monitorati;

- il protocollo sia stato approvato da un Comitato etico competente sia nel campo della malattia in questione, sia per quanto riguarda le caratteristiche proprie della popolazione di pazienti interessata, o previa consulenza in merito alle questioni cliniche, etiche e psicosociali nell'ambito della malattia e della popolazione di pazienti interessata;

- gli interessi dei pazienti prevalgano sempre su quelli della scienza e della società;

- vi sia motivo di ritenere che la somministrazione del medicinale da sperimentare rechi al paziente un beneficio superiore ai rischi o che non produca alcun rischio".

Pur essendo tutelati dalla normativa, nei confronti di questi malati restano aperti due problemi: i parametri nel definire la capacità di esprimere il consenso e il progresso della scienza con l'acquisizione di conoscenze che potrebbero avvantaggiare i futuri sofferenti.

La scienza biomedica per progredire necessita dell'aspetto sperimentale che coinvolge pazienti con determinate patologie, ma in questi speciali arruolati si contrappongono due situazioni.

Da una parte, nei criteri di tutela esaminati precedentemente, è presente quello che manifesta la finalità di questa tipologia di ricerca: "convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare un Consenso informato"[659].

Dall'altra, ben comprendiamo, la rilevanza dello studio diretto condotto su persone con una significativa compromissione delle funzioni cognitive. La limitazione della loro partecipazione a sperimentazioni significanti li esclude da eventuali benefici e non acconsente di identificare trattamenti efficaci per i malati di domani.

Un'apertura alla partecipazione alla ricerca che superi i benefici diretti è presente nella "Raccomandazione R(90)3" del Consiglio d'Europa: "Una persona legalmente incapace non può essere inclusa in una ricerca se non ci si aspetta che questa possa dare un beneficio diretto e significativo per la sua salute", ma poi aggiunge: "Tuttavia, in via eccezionale, le leggi nazionali possono autorizzare una ricerca che coinvolge persone legalmente incapaci senza un beneficio diretto per la loro salute quando tali persone non sollevino obiezioni, purché la ricerca sia benefica per le persone della stessa categoria, e i medesimi risultati non possano essere ottenuti mediante ricerche su persone che non appartengano a tale categoria"[660].

Perciò quella che E.D. Pellegrino e D.C. Thomasma definiscono "beneficialità nella fiducia"[661] in un contesto di "alleanza terapeutica", potrebbe essere l'opportuno approccio.

4.4. ETICA E PSICOFARMACI

Gli psicofarmaci "sono farmaci utilizzati nella cura delle malattie mentali. Tra gli psicofarmaci si distinguono gli psicolettici, che abbassano il tono psicologico, i barbiturici, i neurolettici (derivati dalla fenotiazina; tranquillanti; derivati della Rauwolfia serpentina); e gli psicoanalettici, che innalzano e attivano il tono psicologico. A quest'ultimi appartengono le amfetamine, i timoanalettici, tra i quali sono da ricordare specialmente le idrazine per l'effetto inibitore delle mono-amino-ossidasi. Gli psicolettici, vengono di preferenza somministrati ai soggetti ansiosi e agitati, gli psicoanalettici ai pazienti depressi"[662].

Poniamo accanto a questa definizione scientifica, per facilitare il lettore, anche

[659] *Decreto Legislativo 211/2003*, art. 5.

[660] COUNCIL OF EUROPE COMMITTEE OF MINISTERS, *Recommendation n. R(90)3 of the Committee of Ministers to member States concerning medical research on human beings*, 6 febbraio 1990, art. 5.

[661] Cfr.: E.D. PELLEGRINO – D.C. THOMASMA, *For the patient's good.,* Oxford University Press, Oxford 1988.

[662] *Dizionario Medico Larousse,* voce*: psicofarmaci*, Saie, Torino 1981, pg. 700.

quella riportata da Wikipedia.org: “In medicina con la definizione di psicofarmaci si identificano tutti quei farmaci che agiscono sul sistema nervoso centrale. Si possono classificare in base al tipo di molecole (classi farmaceutiche) o all'effetto terapeutico. Fra essi i più utilizzati sono: gli ansiolitici, gli antidepressivi e i neurolettici (o antipsicotici); che a loro volta includono molecole appartenenti a classi diverse. A questi possiamo aggiungere i sali di litio e gli antiepilettici usati come stabilizzatori dell'umore. Ci sono anche psicofarmaci ipnotici”.

La diagnosi psichiatrica è tra le più complesse che la medicina contempli. Studi internazionali evidenziano un errore diagnostico dal 40% al 70%. Perciò anche nella prescrizione degli psicofarmaci, è doveroso procedere con la massima cautela. Inoltre, in psicofarmacologia, l’incertezza posologica è più accentuata rispetto al resto della farmacologia.

Dalle definizioni evidenziate e dalle affermazioni proposte, comprendiamo che il settore dei psicofarmaci è un intersecarsi di luci e di ombre.

Lo psicofarmaco è senz’altro proficui ma non può divenire l’unico strumento di cura del disturbo psichico poiché, privo una relazione terapeutica di valore, è insufficiente. Di conseguenza, il procedere parallelo del trattamento farmacologico e del trattamento psicoterapeutico, cioè quello relazionale, non è unicamente un’ esigenza clinica ma anche etica.

Prescrivendo degli psicofarmaci è imprescindibile ricercare anche il corretto rapporto tra diminuzione della sofferenza e il diritto del paziente a conservarsi per quanto possibile mentalmente lucido. E’ opportuno, dunque, superare la tentazione di reputare che l’incremento delle dosi quando il paziente non risponde alla terapia sia la soluzione migliore. Infine, il confine tra “terapia” ed “accanimento terapeutico”, in psichiatria, è alquanto minuto.

Un altro argomento etico collegato con i farmaci riguarda il rapporto medici e industrie farmaceutiche che, a volte, tendono a designare “come malattie” comuni alterazioni esistenziali, trasformando anche immotivatamente “la persona bisognosa di cure e di farmaci”[663]. Meritano una particolare attenzione anche “i legami” tra l’industria farmaceutica, medici e mondo accademico, che in gran parte influiscono sia sulla prescrizione che sul prezzo dei medicinali[664].

4.5.DINAMICHE SESSUALI

I fondamenti del Magistero della Chiesa nel campo sessuale fanno riferimento alla Enciclica “Humane vitae” di san Paolo VI, ripresi e riconfermati dai suoi successori. Li abbiamo già accennati trattando l’AIDS qui li approfondiamo con lo sguardo rivolto al malato psichico.

I tre punti principali.

-“Qualsiasi atto matrimoniale deve rimanere aperto alla trasmissione della vita”[665].

Principio cardine, desunto dalla natura dell’amore umano e degli atti coniugali, che esprimono, oltre l’amore tra i coniugi, la loro donazione vicendevole.

-“Per sua intima natura, l’atto coniugale, mentre unisce con profondissimo vincolo

[663] Cfr.: R. MOYNIHAN – A. CASSALS, *Farmaci che ammalano e case farmaceutiche che ci trasformano in pazienti*, Nuovi Mondi, Modena 2012.
[664] Cfr.:M: ANGEL, *La verità sulle case farmaceutiche*, Laura Capone Editore, Napoli 2012.
[665] *Humane vitae*, op. cit., n.11.

gli sposi, li rende atti alla generazione di nuove vite, secondo leggi scritte nell'essere stesso dell'uomo e della donna"[666].
Dunque, l'imprescindibilità della finalità unitiva da quella procreativa. La donazione totale e vicendevole non deve escludere nulla, neppure la possibilità procreativa; diversamente, la donazione è incompleta.
-"Salvaguardando ambedue questi aspetti essenziali, unitivo e procreativo, l'atto coniugale conserva integralmente il senso di mutuo e vero amore e il suo ordinamento all'altissima vocazione dell'uomo alla paternità e alla maternità"[667] .
Disgiungendo intenzionalmente l'atto unitivo da quello procreativo, si impoverisce la sessualità umana. Di conseguenza, "è da respingere ogni azione che, o in previsione dell'atto coniugale, o nel suo compimento, o nello sviluppo delle sue conseguenze naturali si proponga come scopo o come mezzo, di impedire la procreazione"[668].
Il Magistero della Chiesa si scontra con la tendenza della società attuale, fortemente erotizzata, dove tutto appare consentito e la dimensione biologica e corporea della sessualità è separata dai sentimenti, dai desideri e dagli affetti. La componente sessuale è rilevante per l'uomo e per la donna, ma va vigilata affinché rimanga una forza positiva e non riduca la persona in schiavitù. In altre parole: il desiderio sessuale è per l'uomo e non l'uomo per il desiderio sessuale!

Il tema si complica ulteriormente di fronte alla sessualità della persona disabile e pone l' interrogativo sulla tipologia di sessualità che deve instaurarsi quando il corpo è malato, e soprattutto quando sono presenti limitazioni cognitive o psichiche. Non possiamo scordare che in questi soggetti la dimensione "affettiva" è alquanto sviluppata ma priva di mediazioni.
Molti sono propensi di fronte a comportamenti sessuali discutibili a giustificare o minimizzare; noi crediamo che anche la persona con handicap vada educata dalla famiglia e/o dalle comunità assistenziali non solo su quello ciò che si può fare con le eventuali conseguenze ma soprattutto sulla gestione delle emozioni[669].

5. Gli immigrati affetti da disturbi psichici: nuova emergenza

L'aumento dei flussi migratori comporta un incremento del numero delle persone affette da disturbi psichici. Questo fenomeno che si amplierà nei prossimi anni è una nuova emergenza sociale e etica.

Costretti a lasciare il Paese in cui sono nati e vissuti per cercare una vita migliore, e prima di arrivarci, spesso subiscono violenze e torture che lasciano i segni molto più di quanto si pensi, e poi la permanenza nei campi d'accoglienza, le difficoltà comunicative e relazionali, le problematiche d'integrazione e di appartenenza… sono le motivazioni più comuni che determinano negli immigrati

[666] *Humane vitae*, op. cit., n. 12.
[667] *Humane vitae*, op. cit., n. 12.
[668] *Humane vitae*, op. cit., n. 14.
[669] Per approfondire l'argomento: D. GOLEMAN, *Intelligenza emotiva*, BUR, Milano 1999; F. VEGLIA, *Handicap e sessualità: il silenzio, la voce e la carezza*, Franco Angeli, Milano 2003; M CHIODI, *L'handicap: la coscienza e le relazioni. Spunti per una riflessione etico-antropologica*, CVS, Roma 2007.

una fragilità psichica. E uno studio della Società Italiana di Psichiatria effettuato nel 2016, certifica che almeno un richiedente asilo su tre soffre di disturbi mentali.

I nuovi scenari che si sta disegnando richiedono la ridefinizione dei percorsi di cura, essendo quello tradizionale inadeguato per il differente sfondo sociale e culturale e per le difficoltà determinate anche dalle barriere linguistiche di porsi un' obiettivo e un esauriente scambio di informazioni indispensabili per la cura.

6.Quali comportamenti assumere verso il disagio mentale?

Giunti al termine della trattazione ci poniamo con discrezione e profondo rispetto alcune domande che dovrebbero favorire comportamenti positivi nei confronti di questi fragili.

Per un malato con un grave deficit psichico è possibile il reinserimento sociale? Quale contributo può offrire il singolo, la comunità civile e la comunità ecclesiale?

Fra Pierluigi Marchesi, già citato in precedenza, ci offre un consiglio. "Un figlio di San Giovanni di Dio, padre Benedetto Menni, fondò una Congregazione Religiosa femminile che finalizza il suo cammino in special modo ed eroicamente nella assistenza ai malati di mente. E lo stesso padre Menni nella 'restaurazione' dell'Ordine in Spagna privilegiò l'assistenza psichiatrica fondando numerosi istituti psichiatrici. Riprendendo quel modello terapeutico, che fu detto dagli storici "metodo di dolcezza", noi abbiamo reinterpretato la riabilitazione come strumento di vera umanizzazione e non soltanto tecnica esecuzione di protocolli (…). Le varie scuole di riabilitazione hanno oggi il merito di aver scoperto le infinite vie per aiutare il cosiddetto folle a poter rientrare nella cosiddetta normalità. Ma resta un pericolo. In quanto religiosi e credenti dobbiamo sentirci chiamati ad evitare di perdere e soffocare la soggettività del malato mentale. Presi dalle convinzioni teoriche dei modelli riabilitativi dobbiamo evitare di omologare tutti i pazienti in storie parallele o sovrapponibili seguendo maggiormente le devianze individuali più che le nostre proprie ricette tecnico-scientifiche. L'uomo, anche il folle, è fatto ad immagine di Dio e va rispettato proprio per la sua debolezza estrema che ne costituisce la vulnerabile originalità. L'uomo è sempre fatto ad immagine di Dio soprattutto quando vengono in lui smarrite le tracce fisiche e spirituali di quell'intelligenza sublime che ci ha creati proprio *ad* imaginem et simulitudinem suam. Oserei dire che se manca questa fede nel Dio debole e ferito, capace di soffrire nelle sue creature, viene a mancare il presupposto stesso della uguaglianza e della solidarietà tra uomini.

Se mi è consentito rivolgere un appello finale agli uomini di scienza ed ai politici interessati al tema, vorrei dire che il malato mentale oggi ha soprattutto bisogno di questo riconoscimento di Dio ferito che cammina in mezzo a noi.

Formiamo persone umane capaci di cogliere il suo grido e comprendere il suo gesto. Dio è in mezzo a noi nei folli, nei poveri diseredati, nella sofferenza così come nelle conquiste della scienza e nella gioia di vivere"[670].

[670] P.L. MARCHESI, *Il ruolo della Chiesa nel trattamento dei malati mentali*, "Dolentium Hominum," 1997 n. 1, pg. 551.

Questi “strani”, che abitano accanto a noi e che notiamo per i loro comportamenti originali lungo la strada, ci domandano di adottare nei loro confronti il “metodo della dolcezza”, assumendo atteggiamenti positivi, superando l’irrazionale paura, mostrando disponibilità all'ascolto senza pregiudizi, aiutandoli a superare la solitudine. Per questo dobbiamo rivedere i nostri modi di accostarli e comunicare con loro. Solo se i nostri occhi saranno sensibili ci permetteranno di immedesimarci nella loro vita interiore, nel loro dolore e di vedere l’anima ferita in fondo ai loro occhi.

Suggerisce E. Borgna: “Nelle pazienti, e nei pazienti, che precipitano nella malattia mentale si intravede una disperata richiesta di aiuto che Bleuler definisce così: ‘Accettami, ti prego, per l’amore di Dio, così come sono’. Immagine e metafora, della disperazione e della speranza, della inquietudine del cuore e della nostalgia di amicizia, e di amore, che sgorgano nelle anime ferite e torturate dalla malattia e dalla sofferenza, e che trovano sola consolazione nell’essere accolte e ascoltate con attenzione, e con partecipazione emozionale”[671].

San Paolo, paragona la comunità ecclesiale, cioè la Chiesa, al corpo ed afferma: “quelle membra del corpo che sembrano più deboli sono più necessarie; e quelle parti del corpo che riteniamo meno onorevoli le circondiamo di maggior rispetto, e quelle indecorose sono trattate con maggior decenza, mentre quelle decenti non ne hanno bisogno” (1 Cor. 12, 22-24).

J. Vanier, filosofo e fondatore della comunità “Arche”, dopo una vita trascorsa con i più fragili della società commentava: “Anche nella Chiesa le persone con handicap mentale non sono sempre onorate né viste come necessarie al corpo; troppo spesso sono considerate come insignificanti, oggetti di carità” [672] e concludeva motivando l’accoglienza che dobbiamo riservare loro: “A volte li si cura, ma senza vedere che è una grazia e una benedizione essere vicini a loro” [673].

E il documento di Caritas Italiana, citato in precedenza, identificava nella Chiesa, mistero di comunione, un “antidoto contro la grave carenza relazionale di cui è vittima l’ammalato del nostro tempo, la quale favorisce lo sviluppo del disagio mentale e non ne permette la guarigione”[674].

La comunità cristiana, cioè l’insieme delle persone che sono unite dal debito dell’amore reciproco (cfr.: Rm. 13,8) devono vedere queste persone unicamente come “un dono a cui donare dolcezza”.

CAP. 13 - ANZIANI

Abbiamo più volte rilevato la sacralità della vita umana dal concepimento alla morte naturale e perciò anche della vecchiaia, come pure che per la “logica utilitarista” quelli meno utili al Pil poiché non producono e costano possono essere

[671] E. BORGNA, *Le intermittenze del cuore*, Feltrinelli, Milano 2003, pg. 177.
[672] J. VANIER, *La force de la vulnerabilité,* In ChriIstus 178 (2008), pg. 194.
[673] *La force de la vulnerabilité,* op. cit.
[674] *Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana*, op. cit., pg. 13.

scartati, abbandonati e anche eliminati.

Di fronte al rapido incremento degli anziani e alle problematiche dell'ultima fase della vita è indispensabile stabilire un "patto tra le generazioni" affinché questi uomini e queste donne che per la crescita della società e la gestione della famiglia hanno sostenuto lotte e sacrifici, ottengano l'accoglienza e la solidarietà che nel corso del tempo hanno donato, sconfiggendo il paradossale e velato rischio di colpevolizzarli per alcune esigenze che la loro età comporta.

Ha ammonito papa Francesco: "Quando gli anziani sono scartati, quando gli anziani sono isolati e a volte si spengono senza affetto, è brutto segno! (…). Un popolo che non custodisce i suoi anziani, che non si prende cura dei suoi giovani, è un popolo senza futuro, un popolo senza speranza"[675]. E concluse: "L'attenzione agli anziani fa la differenza di una società"[676]. Ma già Benedetto XVI aveva affermato: "La qualità di una società, vorrei dire di una civiltà, si giudicano anche da come gli anziani sono trattati e dal posto loro riservato nel vivere comune"[677]. E, infine, non scordiamo il libro di Siracide: "Non trascurare i discorsi dei vecchi, perché anch'essi hanno imparato dai loro padri; da loro imparerai il discernimento e come rispondere nel momento del bisogno" (Sir. 8,9).

1.Aspetti sociologici

1.1.GLI ANZIANI NELLA NOSTRA SOCIETÀ

Gli anziani condizioneranno sempre maggiormente l'organizzazione della nostra società poichè l'Italia sta trasformando rapidamente in un "Paese di anziani".

All'inizio del secolo scorso, gli anziani nella nostra nazione esprimevano una situazione particolare poichè unicamente il 30 % della popolazione raggiungeva i 60 anni e appena il 5% gli 80.

La situazione si è totalmente modificata!

Oggi troviamo circa 12milioni di cittadini oltre i 65 anni[678] e, contestualmente, un notevole calo delle nascite o meglio un crollo demografico come abbiamo già rilavato. Inoltre, l'aspettativa di vita continua a crescere e gli italiani, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, sono al terzo posto della classifica mondiale con una "speranza di vita media" del 82,6% di anni, preceduti solo dalla Svizzera e da Singapore.

I dati, che rivelano un fenomeno di profonda trasformazione societaria, da soli sono sterili; prendono significato se inseriti in una determinata situazione storica e, soprattutto, se confrontati con quel rapporto che dovremmo instaurare con l'anziano descritto da san Giovanni Paolo II. "Nel passato si nutriva gran rispetto per gli anziani e oggi? Se ci soffermiamo ad analizzare la situazione attuale, costatiamo che presso alcuni popoli la vecchiaia è stimata e valorizzata; presso altri, invece, lo è molto meno a causa di una mentalità che pone al primo posto l'utilità immediata e la produttività dell'uomo. Per via di tale atteggiamento, la cosiddetta terza o quarta età è spesso disprezzata, e gli anziani stessi sono

[675] PAPA FRANCESCO, *Discorso alla Comunità di sant'Egidio di Roma*, 15 giugno 2014.
[676] *Discorso alla Comunità di sant'Egidio di Roma*, op. cit.
[677] BENEDETTO XVI, *Discorso alla casa-famiglia "Viva gli anziani" di Roma,* 12 novembre 2012.
[678] Gli ultraottantenni sono circa 2.500.000, cioè il 23 % degli anziani.

indotti a domandarsi se la loro esistenza sia ancora utile. Si giunge, persino, a proporre con crescente insistenza l'eutanasia come soluzione per le situazioni difficili. Il concetto di eutanasia, purtroppo, è venuto perdendo in questi anni per molte persone quella connotazione di orrore che naturalmente suscita negli animi sensibili al rispetto della vita"[679].

Nel film l' "Albero degli zoccoli" di E. Olmi (1978), ambientato in una cascina della bassa bergamasca dove vivevano insieme quattro nuclei famigliari, è ben descritta la "famiglia patriarcale" dove gli anziani erano stimati e punti di riferimento per figli e per nipoti. Il film, pur essendo ambientato tra l'autunno 1897 e la primavera 1898, descriveva una tipologia di famiglia e un rapporto "quasi di sacralità" nei confronti dell'anziano che sono sopravvissuti nella nostra società fino agli anni '60 del ventesimo secolo quando, l'industrializzazione e le contestazioni giovanili del '68, hanno modificato nei nuclei famigliari le relazioni e il vocabolo "anziano" ha assunto anche un'accentuazione negativa. E, oggi, più che mai, ritornano attuali le parole di una canzone di D. Modugno: "il vecchietto dove lo metto, dove lo metto non si sa. Mi dispiace ma non c'è posto, non c'è posto per carità" essendo gli anziani non più ritenuti una risorsa ma il più delle volte un onere.

Nel XXI secolo la maggioranza delle famiglie non riuscirà a soddisfare i bisogni che nasceranno nella stessa. Pensiamo, ad esempio, alla gestione dei genitori anziani nelle famiglie "mononucleari". Anche il sistema sanitario faticherà a rispondere efficacemente alle richieste della popolazione anziana, maggiormente soggetta alle malattie e, in varie situazioni affetta da polipatologie cronico-degenerative, bisognosa di farmaci, d'indagini diagnostiche e di ricoveri frequenti.

La velocità dell'invecchiamento della popolazione, l' ampiezza dei problemi connessi, l'incapacità a livello politico e culturale dell'analisi dei dati e della programmazione delle soluzioni e la rigidità sociale, hanno trasformato la vecchiaia in un drammatico problema. Si sta affrontando la situazione con notevole ritardo e con modalità frammentarie creando "residenze assistenziali" o "sanitarie assistenziali" che raggiungono, in alcuni casi, prevalentemente in quelle gestiste dal "for profit", oneri mensili eticamente inaccettabili. Si sono istituiti servizi d'assistenza domiciliare che per mancanza di adeguate risorse, forniscono, il più delle volte, meno del minimo necessario. Ma "se il gruppo famigliare non sa ad affrontare con successo il compito di sviluppo che caratterizza la fase in cui si trova in un determinato momento è probabile che si sviluppi un esplosione sintomatica e una sofferenza del sistema"[680].

1.2. LA FAMIGLIA E GLI ANZIANI

Tutti vorremmo terminare la vita nella nostra casa, il luogo più naturale, circondati dall'affetto dei famigliari essendo la cura dei parenti elementi che assicurano e sostengono l'anziano.

Purtroppo, questo desiderio per molti non si realizzerà, essendo rimasti soli o circondati da famiglie incapaci di fornire un'adeguata assistenza. Magari, "non per

[679] GIOVANNI PAOLO II, *Lettera agli anziani*, n. 19.

[680] L FRUGGENTI, *Famiglie, dinamiche interpersonali e processi sociali,* La Nuova Italia Scientifica, Roma 1997, pg. 35.

cattiva volontà", ma per problemi oggettivi: le ripercussioni delle crisi economiche, la composizione del nucleo, la partecipazione delle donne al lavoro a tempo pieno, una determinata tipologia d'urbanizzazione... Rivela una ricerca che abitare con un anziano non autosufficiente è arduo e "determina, in generale, un peggioramento psico-relazionale tanto dell' individuo quanto della famiglia che lo assiste. Assistere l'anziano è, inoltre, per lo più frustante - la situazione non può migliorare - e ci si può scontrare con l'ostilità della persona anziana stessa. La presenza di un non autosufficiente determina l'impossibilità di programmare vacanze, di frequentare gli amici, di coltivare i propri passatempi…"[681]. Inoltre, l'attuale indebolimento istituzionale della famiglia (divorzi, separazioni, convivenze…) e lo sviluppo delle famiglie mononucleari complicano maggiormente la problematica.

Ma anche di fronte alle difficoltà, non è sempre vero che le famiglie vogliano ricoverare forzatamente l'anziano in una struttura protetta per evitare di assumersi, almeno in parte, il peso della dipendenza. Spesso sono costrette da medici di medicina generale che rifiutano di fornire un'assistenza continua, oppure dal persistente conflitto tra la sanità e il sociale. Vari anziani sono dimessi dagli ospedali in condizione di non autosufficienza e il loro carico, con decisioni pilatesche e alquanto discutibili delle amministrazioni ospedaliere, è riversato unicamente sulla famiglia: "Adesso pensateci voi! Mettetelo voi da qualche parte… noi abbiamo fatto quello che era nostro dovere".

Per le aziende sanitarie gli anziani sono malati scomodi, difficilmente inquadrabili in un DRG[682], ed essendo portatori di più patologie richiedono la collaborazione di vari professionisti. Curarli, quindi, è una perdita economica! Gli anziani richiedono tempo per essere osservati e, quindi, adeguatamente gestiti, ma il sistema sanitario premia prevalentemente la rapidità delle prestazioni.

Consapevoli dell'onere economico che l'anziano comporta, riteniamo che la famiglia debba essere supportata attuando politiche fiscali adeguate, con permessi per assentarsi dal lavoro, con contributi per modificare abitazioni inadeguate architettonicamente o non idonee a ospitare tre generazioni (nonni, figli e nipoti).

È indispensabile, inoltre, recuperare i valori del vicinato per creare reti formali e informali collegate al piano, al palazzo, al quartiere…; composte da parenti, vicini, amici e volontari. Si pensi al contributo che si potrebbe offrire a chi rimane solo poichè i figli sono al lavoro e la persona necessita di un amico che lo visiti con regolarità, gli procuri la spesa, gli prepari il pranzo…; in altre parole di un amico che sia vicino concretamente.

Come affermato precedentemente, i bilanci delle aziende ospedaliere impongono, scaduti i termini previsti dal DRG, la dimissione del paziente compreso l'anziano, non badando, il più delle volte, alla sua situazione psico-fisica e sociale. Questa situazione provoca immensi disagi soprattutto all'anziano solo, costretto a ritornare alla propria abitazione, affidandosi unicamente sulle sue scarse forze e con l'unica prospettiva della solitudine.

[681] L. CALVARUSO, *Introduzione in "LABOS". Quarta età e non autosufficienti*, Edizione T.E.R., Roma 1988, pg. 17.

[682] I DRG (Diagnosis-relates group) sono l'equivalente italiano dei raggruppamenti omogenei di diagnosi.

Gli anziani che necessitano un periodo di "convalescenza protetta" dopo le dimissioni ospedaliere, come pure tantissimi altri, con una reale ed efficiente assistenza domiciliare integrata[683] e l'attivazione di alcuni supporti (centri diurni, portierati sociali, residenze per brevi periodi di ricovero...), potrebbero abitare, poi, serenamente nella propria casa.
Oltre ai molteplici benefici psicologici, non possiamo scordare, come dimostrato da molteplici studi, che recando le cure a domicilio si ottiene una notevole riduzione di costi rispetto al ricovero nella struttura protetta. Ma, purtroppo, il sistema ospedaliero divora ancora ingenti risorse mentre alla domiciliarità è riservato lo scarto. Ciò significa che il *Welfare* andrà rivisto e commisurato a questa realtà demografica travolgente, ponendo particolare attenzione alle dinamiche pensionistiche e al prolungamento della vita.

1.3. RESIDENZE ASSISTENZIALI E ASSISTENZA DOMICILIARE

*Pur apprezzando i progressi compiuti nell'assistenza geriatrica e la buona qualità offerta da varie Istituzioni Totali, il ricovero dell'anziano in una residenza assistenziale dovrebbe essere l'ultima ipotesi, da attuarsi in situazioni estreme.
Varie ricerche evidenziano che gli anziani istituzionalizzati, soprattutto contro la loro volontà, allontanati dall'abitazione, simbolo dell'identità e della stabilità, dagli amici, fondamentali a livello relazionale, e privati dell' intimità…, vivono complessi d'alienazione con esiti drammatici: improvvise demenze e stati depressivi acuti.
Infatti, accanto ad Istituti con una buona o discreta qualità di assistenza, ne troviamo altri spesso oggetto di informazioni giornalistiche, in cui l'ospite subisce abusi come lo sono taluni atteggiamenti degli operatori che mostrano, soprattutto al non autosufficiente, il loro autoritarismo.
È indispensabile vigilare affinché nessuno si erga a padrone dell'anziano, ma in ogni Istituto siano salvaguardate la sua autonomia e la sua dignità. Per papa Francesco le case per anziani dovrebbero essere "polmoni di umanità"[684], dei "santuari di umanità dove chi è vecchio e debole viene curato e custodito come un fratello o una sorella maggiore"[685].

Anche le rette delle residenze assistenziali, non inferiori a 2.000 euri il mese, giungendo in alcuni casi a cifre molto superiori, in massima parte a carico di figli e nipoti che devono anche indebitarsi[686], non possono lasciarci indifferenti soprattutto in questi anni di difficile congiuntura economica. Caso emblematico è l'IMU che la maggioranza dei comuni riscuote dagli appartamenti dei ricoverati in RSA se questi sono affittati poiché li identifica come "seconda casa". Una lampante ingiustizia e una chiara scorrettezza, poiché le entrate dagli affitti sono

[683] Per "assistenza domiciliare" s'intende il complesso di prestazioni mediche, infermieristiche, riabilitative e di supporto psicologico erogate al domicilio dell'anziano fragile. Si definisce "integrata" quando sono fornite contemporaneamente, se necessarie, prestazioni proprie del comparto sanitario e del comparto sociale" (L. SANDRIN, F. CARETTA, M. PETRINI, *Anziani oggi. Una sfida per la medicina, la società e la Chiesa*,Camilliane, Torino 1995, pg. 95).
[684] PAPA FRANCESCO, *Incontro con gli anziani in piazza san Pietro,* 28 settembre 2014.
[685] *Incontro con gli anziani in Piazza san Pietro,* op. cit.
[686] Anche un anziano che vive con una badante assunta regolarmente, sommando i costi totali della stessa (onorario mensile, periodi di riposo e ferie, Tfr… oltre le spese mensili di gestione (alimentazione, utenze, spese condominiali…) costa circa 2.500 euro. In Italia sono circa 900mila famiglie che hanno fatto questa scelta.

utilizzate, nella quasi totalità delle situazioni, per pagare le rette di degenza del genitore anziano che non ha la possibilità di coprire questo onore unicamente con la sua pensione.

2.Aspetti psicologici

"Come sono duri e dolorosi gli ultimi anni di un uomo vecchio! Ogni giorno diventa sempre più debole; la vista si annebbia; l'udito si smorza; la forza si dissolve; il cuore non ha più pace; la bocca si fa silenziosa e non parla più. Il potere della mente diminuisce e oggi non può ricordare quello che era ieri. Tutte le ossa sono doloranti. Tutte quelle cose che non molto tempo prima si facevano con piacere adesso danno dolore; e il gusto scompare. La vecchiaia è la peggiore sfortuna che può affliggere un uomo".

La vecchiaia, già di per sé gravosa come affermato dal filosofo egiziano J. Ptahhotep nel 2.500 a. C., è il periodo delle crisi e delle rotture dei precedenti equilibri e diviene insostenibile quando la si vive come vittime dell'antico detto latino "Senectus ipsa morbus est" (la vecchiaia stessa è una malattia). Un diffuso pregiudizio poi allontana “l'età dei capelli bianchi” dal contesto societario imprigionandola in una sorta di “anticamera della morte”. Ma molti non accettano *questa condanna, vogliono essere ancora utili in un ambiente che tenta di emarginarli. Hanno ben presente a livello vitale un famoso brano del libro del Siracide: “ai capelli bianchi si addice il giudizio, agli anziani dare il giusto consiglio. Ai vecchi si addice la sapienza, agli uomini eminenti la riflessione e il consiglio. Corona dei vechi è la molta esperienza, il timore del Signore è il loro vanto” (25.2-6).

Per conoscerli psicologicamente proponiamo alcune riflessioni.

2.1.LA VECCHIAIA E LE VECCHIAIE

*Non esiste la “vecchiaia” ma le “vecchiaie”, infatti gli anziani sono una categoria eterogenea ed estremamente complessa, essendo l'invecchiamento un fenomeno soggettivo che abbraccia un ampio arco temporale con situazioni psico-fisiche molteplici e la modernità posticipa l’invecchiamento biologico e anticipa quello sociale, rompendo appunto la sincronicità tra vecchiaia biologica e vecchiaia sociale. Dunque, è complesso determinare quando l’uomo inizia la sua vecchiaia; possiamo unicamente constatare che alcune persone ingrigiscono prima di altri.

A livello cronologico identifichiamo alcune categorie[687].

-“Giovani anziani” dai 65 a 74 anni: sono le persone in transizione tra la vita attiva e il collocamento a riposo e vivono un periodo d'adattamento. Si pensi, ad esempio, alla crisi del pensionamento che toglie uno status sociale e una provata sicurezza economica, spalancando le porte, alcune volte, ad una maggiore povertà e alla solitudine.

-“Anziani” dai 75 agli 84 anni: questi individui sono immerse nel processo d'invecchiamento. Le malattie si cronicizzano e, solitamente, diminuisce parzialmente l'indipendenza fisica.

[687] Cfr.: COMITATO ESPERTI OMS, *La salute degli anziani,* in “Quaderni di sanità pubblica” 1991, n. 79, pg. 9

-“Molto anziani”: sono gli uomini e le donne che hanno compiuto gli 85 anni. Limitati nelle abilità fisiche, il più delle volte sono totalmente dipendenti per le condizioni di salute che peggiorano con progressività spesso inarrestabile.
Dunque, il quadro fisico e psichico dell’anziano è alquanto variegato: da un’indipendenza totale a una completa non autosufficienza. Perciò incontriamo i “molto anziani” autosufficienti che pur doloranti per alcune patologie, non tollerano, come già accennato, l'emarginazione ma reclamando la permanenza sulla scena sociale, ad esempio praticando del volontariato[688]; altri, anche se “giovani anziani”, sono indipendenti per le “piccole attività” quotidiane ma necessitano di supporto per quelle più impegnative, infine, alcuni, con scarsa possibilità di movimento, esigono un’assistenza continuata.
Affermava lo scrittore G. Arpino: "Niente è più umano del diventare vecchi, niente più naturale. Bisogna, però, saperlo, accettarlo, sorreggerlo, senza cadere in giovanilismi sciocchi e pericolosi, senza pretendere di truccare le carte del gioco[689]". E’ la tentazione di tanti influenzati dal contesto societario!
Noi vogliamo offrire un'altra prospettiva; quella di elaborare una differente scala di valori che evidenzi l’ importanza “dell’essere” rispetto “all'azione e all'attività” poiché la vecchiaia può spalancare inedite possibilità e spazi vitali nuovi anche connessi all’ottica spirituale. Rammentava Platone: “Quanto più s'indeboliscono gli altri piaceri, quelli del corpo, tanto più aumentano i miei bisogni e le mie gioie relative alle cose dello spirito"[690].

Dunque, l’anziano, deve compiere un itinerario che lo riconcili con l’ età e con i limiti che questa comporta, facendosi aiutare e vivendo questa dipendenza come un dono e un segno di affetto, superando i rimpianti e la mitizzazione dei tempi passati. E’ questo anche il tempo della riconciliazione se ci fossero tensioni non risolte o difficoltà relazionali che il trascorrere degli anni hanno arrugginito.

2.2. ALCUNI PROBLEMI GENERALI

Le “pluripatologie” a lento o veloce decorso, causano la decadenza delle capacità intellettuali, sensoriali e relazionali.

Le “abitazioni inadeguate”[691] o la costrizione ad abbandonare le proprie nei centri storici per motivazioni economiche per trasferirsi in anonimi quartieri periferici, oppure in luoghi diversi da quelli abituali.

Le “condizioni economiche” che variano da un discreto benessere a casi d'estrema povertà[692].

Il “dramma della solitudine e dell’isolamento”, non come la scelta di vita che fecero Diogene o gli stiliti, ma conseguente alla rottura dei precedenti equilibri

[688] Nel nostro Paese un terzo degli oversessantacinque risulta iscritta a un’associazione e uno su 10 svolge regolarmente attività di volontariato. Ne sono testimoni alcune associazioni: Auser (Associazione per l’autogestione dei serzi e la salidarietà); Antea (Associazione nazionale terza età attiva); Ada (Associazione diritti degli anziani)…
[689] G. ARPINO, *Passo d’addio,* Einaudi 1988, pg. 63.
[690] Citato in G. MONOIS, *Storia della vecchiaia. Dall’antichità al rinascimento,* Laterza, Bari 1988, pg. 73.
[691] Oltre il 20% delle abitazioni sono senza ascensore, con scale ripide, porte strette, pavimenti sconnessi e prive di acqua calda e di riscaldamento.
[692] Nel 2018 gli ultra 65enni poveri erano circa 1.800.000, pari al 25% degli indigenti recensiti a livello nazionale.

personali e sociali; alla morte del coniuge[693] o alla perdita degli amici e dei compagni. E la solitudine può essere riscontrata anche nella propria famiglia; si pensi, ad esempio, al fenomeno degli anziani "video dipendenti".
In Italia il 15%[694] degli anziani abitano soli nel periodo in cui si è più fragili, si richiedono maggiori attenzioni e ci si chiude alla speranza nel futuro. L'isolamento può trasformarsi in disperazione e portare al suicidio; infatti oltre un terzo dei tredicimila che ogni anno lo tentano hanno un'età superiore ai 65 anni. Ammoniva santa Teresa di Calcutta: "Noi crediamo che la povertà consista solo nell'aver fame di pane, nell'essere nudi per mancanza di vestiti, nell'essere privi di un'abitazione di mattoni e di cemento. Esiste una povertà più grande: quella di *non sentirsi amati, non sentirsi desiderati; sentirsi emarginati"[695].

2.3.L'ELEVATA VARIABILITÀ CARATTERIALE

Diversamente dai soggetti in età evolutiva, come affermato, non esiste "la psicologia" del settantenne, dell'ottantenne e del novantenne, ma ne troviamo tante quanti sono gli individui che appartengono alla terza-quarta età.

Nella senilità le differenze non riguardano unicamente le peculiarità genetiche ma la situazione attuale e, soprattutto, la storia vissuta fatta d'incontri e di perdite, di gioie e di dolori, di successi e di fallimenti; per questo molti affermano che s'invecchia come si è vissuto.

Per conoscere l'anziano dobbiamo intersecare, come ricordava F. Kastembaum, "cinque differenti tipi di età"[696]. "L'età cronologica": il numero di anni; "l'età biologica": lo stato fisico; "l'età soggettiva": come ci si sente e lo stile con cui si trascorre la vecchiaia; "l'età funzionale": l'attività attuale; "l'età sociale": la percezione di accoglienza da parte degli altri.
*Ciò rende impossibile comporre una mappatura dei bisogni degli anziani come pure intervenire in modo mirato.

3.Aspetti etici

Nell'assistenza e nella cura di ogni categoria di fragili i principi etici assumono sempre notevole rilevanza. Ciò anche con l'anziano.
Declineremo quindi i principi etici prioritari offrendo indicazioni alla società, agli operatori sanitari e ai famigliari.
-*Principio della sacralità della vita*.
E' il principio etico per eccellenza dal quale discendono tutti gli altri. E, nuovamente ribadiamo, che ogni vita quindi anche quella dell'anziano va rispettata, protetta, curata e assistita sempre e in qualunque circostanza. -*Principio di autonomia.*
La persona anziana, per quanto le sue capacità cognitive e gli aspetti logistici lo permettano, deve possedere la libertà di scegliere "come" e "dove" trascorrere

[693] In Italia vivono circa 4.000.000 di vedovi: 700.000 uomini e 1.100.000 donne.
[694] La percentuale al nord raggiunge anche il 25%.
[695] *Madre della carità*, op. cit., pg. 76.
[696] Cfr.:G. STOKES, *On being old. The psychology of later life*, The Falmer Press, London-Washington DC 1992, pp. 63 ss.

l'ultimo tratto della vita. Questo principio, a volte si scontra con la decisione dei famigliari che determinano il ricovero in una residenza assistenziale, oppure con circostanze particolari che obbligano l'anziano ad abbandonare la propria abitazione. L'autonomia, in alcune situazioni, può essere ridotta per salvaguardare motivazioni altrettanto rilevanti come quelle della dignità e della sicurezza della persona. Ciò deve avvenire in un contesto dialogico superando la logica delle imposizioni.

-*Principio di beneficienza.*

Alla famiglia o all'istituto di ricovero è chiesto di agire sempre e solo per il "maggior bene" dell'anziano rispondendo ai suoi bisogni fisici, psichici, sociali e spirituali.

Alcune situazioni emblematiche da monitorare.

I comportamenti che manifestano "abuso psicologico" sia da parte degli operatori sanitari che dei famigliari; essi vanno dalle aggressioni verbali alle intimidazioni, dalla negazione del diritto alle decisioni all' ingiusto sfruttamento delle risorse economiche proprie dell'anziano. Come pure vanno evitati gli atteggiamenti che scordano il diritto alla riservatezza e al rispetto del senso del pudore.

Un'altra modalità di abuso psicologico è l'eccessivo uso dei farmaci, in particolare quelli di contenzione che sono in prevalenza psicofarmaci. Nell'anziano, l'assorbimento, la distribuzione, il metabolismo e l'eliminazione di un farmaco diversificano da quella dell'adulto; di conseguenza è doveroso identificare con la massima attenzione prodotti e dosi efficaci e sicure che non influiscano sulla qualità della vita e sull'autosufficienza.

Per quanto riguarda la contenzione attuata per prevenire eventuali danni che l'anziano possa arrecare a se stesso o agli altri, vari studi epidemiologici internazionali hanno dimostrato che alcuni medicinali non eliminano ma potrebbe pure accrescere la possibilità di danno per il paziente stesso. In particolare sono stati segnalati tre effetti negativi: l'incremento dei traumi fisici, ad esempio di cadute quando il paziente tenta di liberarsi; l'aumento della morbosità fisica e psichica; l'accelerato declino funzionale che si manifesta nell'incremento del disorientamento e nella regressione.

-*Principio di non maleficenza*.

Significa evitare ciò che potrebbe causare danni e sofferenze. Si pensi, ad esempio, alla disattenzione nell'assistenza o alla scorretta postura dell'allettato.

-*Principio di verità e libero consenso*.

Anche l'anziano ha il diritto, in base alle sue capacità cognitive, di fornire il proprio consenso alle cure proposte. A volte ciò è particolarmente complesso per le difficoltà comunicative dovute a disturbi cognitivi e uditivi e per i deficit sensitivi. Come pure, all'anziano, incute paura la novità dei nuovi procedimenti terapeutici per le difficoltà nel recepire positivamente le moderne, e forse eversive, istanze dei nostri tempi anche a livello medico-scientifico.

-*Principio di riservatezza*.

Gli operatori sanitari sono tenuti al segreto sulle informazioni e confidenze ricevute dagli anziani.

-*Principio di proporzionalità.*

Ogni proposta terapeutica dovrà valutare i benefici rispetto agli oneri della cura, i

vantaggi in rapporto ai danni, la proporzionalità rispetto alla situazione concreta. Dall'esame di questi elementi scaturirà la decisione se intraprendere il procedimento terapeutico o abbandonarlo per consentire all'anziano di vivere la conclusione dell'esistenza in modo pienamente umano.

-Principio di giustizia.

Il principio di giustizia ha come fondamento che l'assegnazione delle risorse avvenga secondo le reali necessità dei singoli o come risposta a bisogni particolari affinché tutti, nel nostro caso gli anziani, possano usufruire di condizioni equivalenti e omogenee.

4.Aspetto antropologico-relazionale

Proponiamo alcuni suggerimenti e famigliari e operatori sanitari per un'adeguata comunicazione con l'anziano.

La finalità di ogni incontro con l'anziano è di sostenerlo nel vivere pienamente e positivamente il presente. Di conseguenza, dobbiamo accostarlo nella sua *globalità, ritenendolo un valore da onorare e da servire, stimandolo un dispensatore di saggezza e, quindi, un maestro nella famiglia e nella società essendo gli anziani la riserva sapienziale di un popolo.

4.1.COMPRENDERE LA DIVERSITÀ E RISPETTARLA INTUENDO I SUOI ATTEGGIAMENTI

La prima forma di rispetto richiede di oltrepassare i pregiudizi e i luoghi comuni che identificano il vocabolo "vecchio" prevalentemente in senso negativo; sinonimo di paranoico, retrogrado, arteriosclerotico, schiavo di abitudini passate, incapace di cambiamento.

Si rispetta la sua dignità non ridicolizzandolo ma accettando le menomazioni, i cambi d'umore e d'atteggiamenti non sempre condivisibili e comprensibili, ricordando che non tutti i gesti comunicano quello che possiamo recepire da una lettura superficiale, nascondendo, il più delle volte, un immenso desiderio di affetto poichè la tenerezza cui era abituato è scomparsa. I figli ormai adulti hanno i loro impegni e i loro interessi, i nipoti lo guardano con distacco, pochi gli dedicano del tempo. Inoltre, nell'anziano, è presente una intensa paura poichè convive con molteplici timori: del dolore e della malattia, della perdita di autonomia, del gravare sui propri cari o dell'essere abbandonato, del tempo perduto e della morte.

È un'osservazione un po' ardua ma altamente profonda. "Possono andare serenamente incontro alla morte solo quelle persone che sono maturate e hanno sapientemente valorizzato il tempo della vita. Secondo l'antropologia medica ciò che mette angoscia alla conclusione della vita non è la morte, ma il tempo non vissuto, rimasto vuoto e sciupato, il tempo senza interessi e lotte, apatico e fatuo"[697]. Questi ricordi possono scatenare "sensi dei fallimento" o "sensi di colpa" che a volte sono acuti, difficilmente controllabili, e il confronto coraggioso con il passato e con la morte incombente è sempre ostico![698].

[697] *Mensile Testimoni,* 15 novembre 2002, pg. 3.

[698] Per approfondire l'argomento: E.H. ERIKSON, J.M. ERIKSON, H.Q. KIVNICH, *Coinvolgimenti vitali nella*

Speciale attenzione richiede il linguaggio, a volte eccessivamente tecnico e scientifico, poco noto all'anziano poiché non appartiene al suo livello culturale e alla sua esperienza vitale. Va evitata, inoltre, l'abusata abitudine di rivolgersi immediatamente con un "tu", poco accettato. Chi lo fa, nella maggioranza dei casi, non è mosso da una "moda giacobina" ma dal proposito di familiarizzare. Però, questa modalità espressiva, può instaurare sentimenti di subalternità, di scarsa considerazione e un disagio soprattutto nella fase iniziale dell'incontro, poiché nessuno è autorizzato ad invadere la sfera privata e personale dell'altro.

4.2. L' AIUTO CHE SOLLECITA

"L'idea di vecchiaia" è spesso associata con quella di tristezza, di malinconia, di depressione e di pessimismo; l'anziano allegro rimane un'eccezione poichè la terza o la quarta età sono accompagnate prevalentemente dalla rigidità, non unicamente delle articolazioni, ma anche del pensiero e delle decisioni.

Chi si pone accanto all'anziano deve stimolarlo a scoprire gli orizzonti ancora aperti nella vita, a valorizzare il presente e le sue potenzialità; incitandolo a superare sia la "tendenza centripeta" che lo ingabbia, rendendolo amorfo nei riguardi della realtà, indirizzandolo a preoccuparsi unicamente della propria situazione psico-sociale, sia la tentazione di ritenersi una "nave in disarmo".

E' dannoso sostituirsi a lui imponendo delle soluzioni o sopperendolo nelle attività che può svolgere magari con lentezza. Occorre valorizzare la sua autonomia, far affiorare le sue capacità umane e intellettive velate da scorie che il tempo ha sedimentato. Va incoraggiato a intrattenere amicizie, a praticare interessi o hobby, a coltivare la crescita culturale e sociale, a conservare l' igiene per il corpo e la cura della casa.

Rammentava F. Bourget che nella natura "il bosco ha nel trionfo dei suoi colori autunnali la sua primavera". Anche la vecchiaia, se vissuta in pienezza, si trasforma in una nuova stagione interessante e serena. "Invecchia bene" unicamente chi riconosce interiormente il progredire degli anni ammettendo i limiti e cogliendo le opportunità. Sono stati esempi incoraggianti uomini eccezionali che hanno largito "il meglio" in età avanzata (L. Tolstoj, R. Wagner, G. Verdi, V. Bellini...), o sono rimasti straordinari e in piena attività fino al termine della vita (san Giovanni Paolo II, santa Teresa di Calcutta, frére R. Schutz, G. Andreotti, R. Levi Montalcini, F. Zeffirelli, A. Cammilleri...).

Questa ottimistica visione della vita, pur nella vecchiaia, era presente, ad esempio, nel santo papa Giovanni XXIII che quando fu eletto pontefice a settantasette anni fu subito definito dai commentatori frettolosi un "papa di transizione". Era giudicato anziano e con scarse idee, invece si è mostrato un "anziano-giovane" con un'immensa fiducia nell'avvenire. E quei cinque anni di pontificato trasformarono la Chiesa e il mondo.

Un esperienza da valorizzare è il "diventare nonni"; situazione da vivere non unicamente come un servizio di babysitteraggio ma come una "nuova rinascita".

---

terza età. Vivere oggi l'esperienza della terza eta', Armando, Roma 1997; L. SANDRIN, *Il cammino del perdono. Bricciole di psicologia*, Camilliane, Torino 2010.

4.3.LA SPERANZA CHE SOSTIENE

La speranza è un motore eccezionale della vita; anche un proverbio popolare afferma che è “l’ultima a morire”. Questa virtù solleva l'uomo dalle frustrazioni conseguenti alle delusioni, alle sofferenze o all’incapacità di cogliere l'esistenza nella sua bellezza e nella sua ricchezza. Ma, nella nostra società, incontriamo tanti pessimisti e molti delusi; ciò significa che sperare, per i più, è difficile, soprattutto con l'avanzare dell'età; eppure è un potente antidoto all'angoscia, all' ansia e allo smarrimento.

Chi visita l'anziano deve proporgli momenti e spazi di speranza in un clima di apertura verso gli altri e verso le cose, aiutandolo a pensare positivamente, a combattere il pessimismo derivante dalle difficoltà nel recepire le nuove, e forse eversive, istanze dei nostri tempi, a sfidare la tentazione del ripiegarsi su se stesso. Consolatorie sono le parole di san Giovanni Paolo II: “Rivolgendomi agli anziani, so di parlare a persone che hanno compiuto un lungo percorso. Parlo ai miei coetanei: posso, dunque, facilmente cercare un'analogia nella mia vicenda personale. La nostra vita è stata iscritta dalla Provvidenza nel XX secolo, che ha ricevuto una complessa eredità del passato ed è stato testimone di numerosi e straordinari eventi. Come tanti altri tempi della storia, esso ha registrato luci ed ombre. Non tutto è stato oscuro. Molti aspetti positivi hanno bilanciato il negativo o sono emersi da esso come una benefica reazione della coscienza collettiva"[699].

Una fonte di speranza è l'evidenziare e apprezzare i piccoli risultati raggiunti, giorno dopo giorno, in qualsiasi campo. Ma, anche un volto sereno e sorridente, fa trasparire ottimismo e speranza. Però, per infondere speranza, serve innanzitutto possederla!

Un inciso: il cristiano possiede "un di più” rispetto agli altri. Il suo sperare ha origine in Dio; è fondato sulla sua fedeltà di un Padre che assicura che il susseguirsi degli avvenimenti, delle epoche, delle dittature e dei grandi personaggi, anche ora, non è che una cornice poiché nella storia è presente e opera il Signore Gesù.

4.4. L' APPREZZAMENTO DELLA LORO ESPERIENZA

Accanto all'anziano siamo i testimoni e i custodi dell’immenso valore delle sue esperienze, della sua saggezza, delle sue tradizioni e della sua memoria storica che rischia di perdersi.

La memoria dei fatti appartenuti alla sua esperienza sono conservati saldamente e ricordati e narrati con facilità in un clima d'ascolto. Inoltre, questa narrazione, ha un valore terapeutico: “La ricostruzione della storia di vita della persona può essere considerata di per sé una modalità d’intervento, e questo in due diverse direzioni: per il valore terapeutico, in senso ampio, attribuito al gioco dei ricordi e alla narrazione che ne può conseguire e per il valore che può assumere per le persone l’essere ‘interrogati’ su se stessi, cioè l’essere riconosciuti e accolti da altri come degni d’interesse”[700]. E il cardinale G. Colombo completa il pensiero: "Lungo l’arco dei suoi molti anni l'anziano è andato accumulando un ricco

[699] *Lettera agli anziani,* op. cit., n. 3.

[700] P.TACCANI, S. TRAMMA, A. BARBIERI DOTTI, *Gli anziani nelle strutture residenziali,* La Nuova Italia Scientifica, Roma 1987, pg. 80.

patrimonio di esperienze di lavoro e di vita. Il rapido progresso tecnico della nostra epoca può avere oltrepassato le prime, rendendole anacronistiche e quasi inservibili, ma le esperienze di vita permangono come un tesoro sempre attuale e valido"[701]. Per questo la Bibbia insegna: "Corona dei vecchi è un'esperienza molteplice"(Sir. 25,6).

Una società indifferente alla storia e ai valori degli anziani non potrà sperare in un futuro felice essendo come un albero senza radici e papa Bergoglio aggiunge: “Quando una società perde la memoria è finita”[702].

Conclusione

Se pensassimo maggiormente che la vecchiaia è il naturale percorso della vita e che tutti dovremo, a Dio piacendo, affrontarla, e non vorremmo essere trattati in modo anonimo e quasi con disprezzo, cambieremmo determinati atteggiamenti che assumiamo nei riguardi degli anziani, iniziando dai nostri genitori.

La storia biblica che non idealizza la vecchiaia, anzi ne propone un ritratto alquanto realistico e anche pessimistico, contiene però un elogio all'anziano cui va tributato rispetto e dedizione: "Alzati davanti a chi ha i capelli bianchi, onora la persona dei vecchi"(Lv.19,32). Dio, inoltre, con la collaborazione dell'anziano, compie alcune tappe fondamentali nella Storia della Salvezza. Abramo anziano e Sara sterile, in età avanzata, ottengono il dono del figlio Isacco (cfr.: Gen. 21,1-7) che rappresenterà le radici genealogiche della fede cristiana all'inizio del suo cammino storico. Zaccaria ed Elisabetta, attempati, accolgono Giovanni Battista (cfr.: Lc. 1,5-25) il precursore di Gesù. I "vecchi" Simeone e Anna, nel tempio di Gerusalemme, per primi, riconoscono il Messia e proclamano la sua missione salvifica (cfr. Lc. 2,22-38).

Oltre che a livello etico-religioso, il rispetto e la cura dell'anziano è un dovere sancito dalla Carta Costituzionale[703] quando afferma che i lavoratori hanno diritto a mezzi adeguati anche in vecchiaia.

Gli anziani a noi più vicini sono i genitori e il quarto comandamento rimane invariato nei loro confronti: “Onora tuo padre e tua madre, perché si prolunghino i tuoi giorni nel paese che ti dà il Signore, tuo Dio"(Es. 20,12). E anche le conseguenze sono sempre le stesse: "Figlio, soccorri tuo padre nella vecchiaia, non contristarlo durante la sua vita. Anche se perdesse il senno, compatiscilo mentre sei nel pieno vigore"(Ecc. 6,12-13). "Non disprezzare tua madre quando è vecchia" (Pr. 23,22). “Chi onora il padre espia i peccati; chi onora la madre è come chi accumula tesori. Chi onora il padre avrà gioia dai propri figli e sarà esaudito nel giorno della sua preghiera. Chi onora il padre vivrà a lungo poiché la pietà verso il padre non sarà dimenticata, ti sarà computata a sconto dei peccati"(Ecc. 3,3-6.14).

A queste esortazioni segue un duro ammonimento: "Se poi qualcuno non si prende cura dei suoi cari, soprattutto di quelli della sua famiglia, costui ha rinnegato la fede ed è peggiore di un infedele"(1 Tm 5,8).

---

[701] G. COLOMBO, *La pastorale della terza età*, Il Segno, Milano 1973, pg. 23.
[702] Discorso alla Comunità di sant’Egidio di Roma, 15 giugno 2014.
[703] Cfr.: COSTITUZIONE ITALIANA, art. 38.

Un rilievo importante: il rispetto dovuto ai genitori è vincolante in ogni caso; oltrepassa “l'ottimo padre, la madre premurosa o i genitori fedeli” essendo un dovere vincolato dalla legge naturale come ben spiegava, nel primo secolo, il filosofo stoico Epitteto: "Il tale ti è padre? Appartientesi aver cura di lui. Chiedergli in ogni cosa; se ti rampogna, se ti batte portalo pazientemente. Ma egli è un cattivo padre, forse che la natura ti obbliga al padre buono? Non già, ma semplicemente al padre"[704].

Per il cristiano sussiste un motivo in più: i genitori sono stati i collaboratori di Dio nel donarci la vita. Questo è l'onore che i figli devono attribuire al padre e alla madre: “I figli risponderanno ai benefici ricevuti dai genitori con affetto riconoscente, con devozione e fiducia; saranno loro vicini nelle avversità e nella solitudine della vecchiaia"[705].

Il trattamento riservato dai genitori ai propri genitori, cioè ai nonni, inoltre, è anche un'alta scuola pedagogica per i figli.

Non dimentichiamo, infine, un l’importante ammonimento già evidenziato all’inizio del capitolo: "la grandezza di una civiltà si misura dall'attenzione che essa porta a queste ricchezze e, per conseguenza, alle garanzie che sa offrire alle persone anziane di poter sempre incrementare il proprio inserimento anche operativo come membri di una comunità"[706]. Dobbiamo quindi costruire una cultura che supporti maggiormente quest’ultima tappa della vita.

Ma, l'anziano, è anche portatore di doveri; perciò deve il massimo rispetto ai figli e alle loro famiglie, permettendogli libertà nelle scelte e nei giudizi, evitando indebite pressioni o ostacolando la programmazione del loro futuro.

La conclusione è una preghiera di un anziano.

“*Signore non permettere che io divenga uno di quei vecchi brontoloni, sempre intenti a lamentarsi e a brontolare; che si fanno tristi e diventano insopportabili agli altri.*

Conservami il sorriso, anche se la bocca è un po' sdentata.

Fa' di me, Signore un anziano sorridente, conservami un cuore aperto.

Fa' di me un anziano generoso, che sappia condividere i suoi quattro soldi con chi non ne ha… e i fiori del suo giardino con chi non ha la terra per coltivarli.

Non permettere che io divenga l’uomo del passato, parlando sempre del buon vecchio tempo quando non faceva mai freddo e disprezzando i tempi dei giovani, quando piove continuamente.

Signore, fa di me un anziano che non ha dimenticato la sua giovinezza e che sa rinnovare la giovinezza degli altri.

Signore, io non ti domando la fortuna e la felicità.

Io ti domando semplicemente che la mia ultima stagione sia bella, perché porti testimonianza alla tua bellezza”[707].

---

[704] EPITETTO, *Antologia di scritti,* Mondadori, Milano 1973, pg. 87.

[705] CONCILIO VATICANO SECONDO, *Gaudium et spes,* n. 48.

[706] GIOVANNI PAOLO II, *Ai movimenti di pensionati ed anziani,* 21 maggio 1982.

[707] A. PANGRAZZI, *La pastorale verso gli anziani* in “Presenza della sofferenza”, Camilliane, Torino 1987, pg. 83.

PARTE QUARTA: LA VITA CHE VOLGE AL TERMINE

CAP 14 - LA MORTE NELLA CULTURA ATTUALE

1.La morte nella società contemporanea

La nascita, la crescita e la morte formano un trinomio inscindibile essendo momenti costitutivi della persona che dovrebbe acquisire sia "l'ars vivendi" che "l'ars moriendi" così descritta da H. Nouwen: "La gente muore. Non solo i pochi che conosco, ma innumerevoli persone, ovunque, ogni giorno, ogni ora. Morire è l'evento umano più naturale, qualcosa che tutti dobbiamo sperimentare. Ma moriamo bene? La nostra morte è qualcosa di più di un destino inevitabile, qualcosa che semplicemente non vorremmo esistesse. Ma può diventare in qualche modo l'atto di una realizzazione, forse più umana di ogni altro atto umano"[708], poichè quando l'uomo "non sa più guardare alla propria morte, mettendosi in rapporto con ciò che giace oltre lo spazio e il tempo della sua esistenza, perde il desiderio di creare e l'eccitazione di essere uomo"[709]. Dunque, la morte, dovrebbe costituire un passaggio eloquente per ogni uomo.

Eppure della morte, un appuntamento che attende tutti, è arduo parlarne: rammenta la precarietà e la provvisorietà, incute paura, provoca terrore, suscita pudori non essendo potenzialmente controllabile. J. Baudrillard affermava: "Al giorno d'oggi non è normale essere morti (…). Essere morti è un'anomalia impensabile, rispetto alla quale tutte le altre sono inoffensive. La morte è una delinquenza, una devianza incurabile"[710].

Inoltre, il contesto societario, non consente di trattare il tema come ogni altro argomento dell'esistenza, o meglio di recepire la morte come il naturale compimento della persona; perciò si muore peggio che in passato. Da avvenimento biologico e naturale, da "sorella" con la quale convivere, è trasformata in nemico da combattere, mostro da esorcizzare, evento da negare, anche se poi, in alcune circostanze, invade le televisioni e i giornali, ed è presentata nei talk show come spettacolarizzazione banalizzata dove la riverenza sparisce, oppure nei film dove è assente ogni coinvolgimento personale e reazione emotiva.

La morte è dunque il tabù degli ultimi decenni del XX secolo e dei primi del XXI. "L'antico divieto sociale di parlare di sesso e di funzioni genitali si è oggi spostato sulla morte e sui morti, tanto che G. Gorer parla di 'pornografia della morte' (The Pornography of death, è il titolo della sua opera)"[711]. Concetto ripreso anche da P. Ariès: "oggi sembra che ci si vergogni a parlare di morte, come una volta ci si vergognava a parlare di sesso e dei suoi piaceri"[712]

Oggi si vive come se non si dovesse morire mai!

---

[708] H. NOUWEN, *Il dono del compimento,* Queriniana, Brescia 1995, pg. 12.
[709] H. NOUWEN, *Il guaritore ferito,* Queriniana, Brescia 1982, pg. 18.
[710] J. BAUDRILLARD, *Lo scambio simbolico e la morte,* Feltrinelli, Milano 2007, pg. 89.
[711] D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 2000, pg. 534.
[712] *Storia della morte in occidente,* op. cit., pg. 184.

La vita è sradicata dalla morte; tutto ci distrae da questa realtà, e di conseguenza la visione che ha estromesso la morte dalla quotidianità, ha diminuito anche la capacità di accompagnare il prossimo moribondo.
Da evento gestito nell'ambito familiare e comunitario, dove la persona terminava la vita nel proprio letto, trasmetteva le ultime volontà, riceveva i sacramenti e si affidava a Dio per compiere una "buona morte", è divenuto un momento anonimo da relegare in spazi artificiali, in ambienti specialistici per "scomparire in silenzio", lontano dalla quotidianità, nell' impersonale stanza d'ospedale dove avvengono circa il 75% dei decessi, oppure nelle "casa di riposo" (RSA), per non turbante l'equilibrio della gente. Spesso si elogia chi "se ne è andato rapidamente senza disturbare nessuno", facendo una "bella morte", descritta da R. Rémond, come quella che "sopraggiunge all'improvviso, che vi porta via di sorpresa come un ladro e vi risparmia la sofferenza, la decadenza fisica e mentale, il timore dell'ultima ora"[713].

Sono state ideate, soprattutto nelle grandi città, le "case funebri" dove deporre la salma, affinché la società drogata dal delirio dell'onnipotenza e della bellezza inesauribile che concepisce la vecchiaia, la malattia e la morte come segni di decadenza, e perciò dimensioni deprecabili, non sia turbata da quest' anomalia inaccettabile. E anche quando si visita la spoglia mortale si esprimono attestati di stima per lo scomparso, ma pochi si chiedono del suo futuro.

La morte, dunque, da evento sociale è stata privatizzata; coinvolge unicamente il defunto e i suoi famigliari. Per questo si predispongono alcuni accorgimenti affinchè passi inosservata e velocemente: basta rintocchi di campane a lutto o necrologi murali, niente cortei funebri al cui passaggio si toglieva rispettosamente il cappello o abiti appropriati al lutto per non adottare un atteggiamento dissimile da quello degli altri giorni. No al culto della memoria[714] e alle lacrime definite da Ariès come "le escrezioni del malato e le urine e le une e le altre sono ripugnanti"[715].
Le difese più comuni sono il "negare, rimuovere, dimenticare, fare come se la morte non esistesse. Sembra questa l'unica maniera di combattere l'angoscia di morte propria di questa società, di queste città che sono come grandi cimiteri, sotto la luna, di uomini morti, o uomini che devono morire e che molto spesso hanno nessuna o poca speranza in una loro personale vita eterna"[716].
Rammentava il filosofo B. Pascal: "gli uomini non avendo potuto liberarsi dalla morte, dall'ignoranza e dalla miseria, hanno deciso per essere felici di non pensarci"[717].

Pure negli ospedali il vocabolo "morte" è sussurrato sottovoce, sostituendolo con il termine "exitum". La medicina, che spesso non riconosce i propri limiti, ha

[713] R. REMOND, *Il nuovo anticristianesimo*, Lindau, Torino 2007, pg. 16.
[714] Scrive Ariès: "Nel XIX secolo era dappertutto presente: cortei funebri, abiti da lutto, estensione dei cimiteri e della loro superficie, visite e pellegrinaggi alle tombe, culto della memoria, ma questo eloquente scenario di morte si è dissolto nell'epoca nostra, e la morte è divenuta l'*innominabile*. Ormai tutto avviene come se né io, né tu, né quelli che mi sono cari, fossimo più mortali" (*Storia della morte in occidente,* op. cit., pg. 75).
[715] *Storia della morte in occidente,* op. cit., pg. 69.
[716] S. ACQUAVIVA, *Eros, morte e esperienza religiosa,* LaTerza, Bari 1990, pg. 160.
[717] B. PASCAL, *Pensiero,* n. 250.

trasformato la visione della morte, e anche il medico, quando si dissolvono le ultime speranze, tende spesso a “passare la mano”, ad esempio, diradando le visite. E’ stato verificato che se in un reparto suonano contemporaneamente due campanelli, quello di un ammalato ordinario e quello di un morente, l'operatore sanitario istintivamente risponde per primo a quello del paziente comune.

Ovviamente, anche nel passato, la morte procurava timori ma per ragioni opposte: ieri la paura era suscitata dal giudizio di Dio, oggi dalla sua dimenticanza!

2. La morte nel vissuto personale

La morte richiama la fluidità e la precarietà dei nostri giorni!

Vari autori affermano che l’atteggiamento che si assume d’innanzi alla morte trae origine principalmente dal comportamento perseguito nella vita, infatti ogni considerazione sulla morte richiama una determinata visione della quotidianità vissuta.

In latino i verbi “nascere” e “morire” sono deponenti, cioè assumono una forma passiva e un significato attivo. La forma passiva indica un evento indipendente dalla scelta personale, il significato attivo mostra che il fatto, nel nostro caso la morte, ha l’accezione che noi gli attribuiamo.

Per questo troviamo due atteggiamenti divergenti.

Il primo è adeguatamente riassunto nella leggenda “di Samarcanda”. ”C'era una volta un uomo che non voleva morire. Era un uomo di Isfahan. E una sera quest'uomo vide la Morte che lo aspettava seduta sulla sedia di casa. ‘Cosa vuoi da me?’ gridò l'uomo. E la Morte: ‘Sono venuta a…’. L'uomo non le lasciò completare la frase, saltò su un cavallo veloce e a briglia sciolta fuggì in direzione di Samarcanda. Galoppò tre giorni e tre notti, senza fermarsi mai, e all'alba del terzo giorno giunse a Samarcanda. Qui, sicuro che la Morte avesse perso le sue tracce, scese da cavallo, e si mise in cerca di un alloggio. Ma quando entrò in camera trovò che la Morte lo aspettava seduta sul letto. La Morte si alzò, gli andò incontro e gli disse: ‘Sono felice che tu sia arrivato e in tempo, temevo che ci perdessimo, che tu andassi da un'altra parte o che tu arrivassi in ritardo. A Isfahan non mi lasciasti parlare. Ero venuta a Isfahan per avvisarti che ti davo appuntamento all’alba del terzo giorno nella camera di quest'albergo, qui a Samarcanda’”[718].

G. Ancona, che riporta questa leggenda nell’ introduzione ad un suo libro sulla morte, così commenta: “Suggestione e realismo s’intrecciano nella leggenda di Samarcanda che rappresenta nell’essenza il paradigma di un incontro ineludibile: l’uomo e la morte. Per quanto, infatti, ci sforziamo di non pensarla o fuggirla, la morte è sempre lì ad attenderci…”[719].

La secolarizzazione e la laicizzazione hanno reso maggiormente ostico l’argomento, poichè la maggioranza dei nostri contemporanei faticano a comprendere un destino di “uomini risorti” a livello spirituale ma anche corporeo, mentre, nel passato, quando la religione cristiana, che ha come fondamento la

[718] O. FALLACI, *Un uomo*, Rizzoli, Milano 1979, pg. 32.
[719] G. ANCONA, *La morte. Teologia e catechesi*, Paoline, Cinisello Balsamo (Mi) 1993, pp. 5-6.

risurrezione del Signore Gesù[720], era vissuta e praticata, questo era un indubbio riferimento.

Il secondo atteggiamento è quello di coloro che offrono alla morte un "significato totalmente esistenziale", preparandosi con serenità e consapevolezza a quel l'evento, amando e valorizzando ogni giornata e ogni attività.

Per comprendere queste categorie un indispensabile supporto è offerto, come affermato, dal cristianesimo poiché la morte è un mistero inesplorabile dalla limitata ragione umana. Di conseguenza, la fede acconsente al credente un approccio peculiare e la certezza che "preziosa agli occhi del Signore è la morte dei suoi fedeli"(Sal. 115,15).

Il Signore Gesù, con la Sua risurrezione, l'avvenimento che celebriamo ogni anno a Pasqua, testimonia che la nostra vita come la Sua, non cesserà con la morte. Il Messia, annuncia che ogni uomo è destinatario della vita eterna; che la morte è unicamente il transito dall'esistenza terrena, breve, per alcuni brevissima, e spesso scalfita dalla sofferenza e dal dolore a quella eterna, contrassegnata dalla gioia e dalla beatitudine, poichè dopo il Venerdì Santo è predisposta per ognuno, come per Cristo, la Pasqua. Perciò, l'uomo trascorre la prima parte dell'esistenza nel mondo e poi la proseguirà partecipe della stessa vita di Dio, a secondo del giudizio particolare che riceverà (Cfr.: Gv. 5,29).

Dunque, il credente, "accogliendo la morte" le offre il significato di una tappa che pone termine all'esistenza terrena segnata dal peccato, dal dolore e dalla precarietà. E' un preludio alla beatitudine eterna con il Cristo Risorto: la pienezza per ogni essere umano.

San Paolo, ammalato e anziano, osservando il suo corpo in declino, afferma: "Egli trasformerà i nostri miseri corpi a immagine del suo corpo glorioso" (Col. 1,14). Piene di speranza sono anche queste parole che sant'Agostino pone sulla bocca di un defunto: "Sono ormai assorbito nell'incanto di Dio, nella sua sconfinata bellezza. Le cose di un tempo sono così piccole al confronto. Vivo in una gioia purissima"[721].

Siamo perfettamente convinti che tutti dovremo affrontare la morte; non sappiamo quando. Per questo un mistico, nell' "Imitazione di Cristo", affermava: "La mattina fa' conto di non arrivare alla sera. Scesa la sera non osare di riprometterti la mattina"[722]. Oppure: "Guardare la vita dal punto d'osservazione della morte, dà un aiuto straordinario a vivere bene. Sei angustiato da problemi e difficoltà? Portati avanti, collocati al punto giusto: guarda queste cose dal letto di morte. Come vorresti allora aver agito? Quale importanza daresti a queste cose? Fa' così e sarai salvo. Hai un contrasto con qualcuno? Guarda la cosa dal letto di morte. Cosa vorresti avere fatto allora: aver vinto o esserti umiliato? Aver prevalso, o aver perdonato?"[723].

A volte, la morte dell'altro, per la sua drammaticità si trasforma anche in "maestra di vita". Un esempio eloquente fu quello narrato da Fra Pierluigi Marchesi (Fatebenefratello). Siamo agli inizi degli anni 40' del ventesimo secolo,

[720] "Se Cristo non è risuscitato, allora è vana la nostra predicazione ed è vana anche la nostra fede" (Cor. 15,14).
[721] Da: *De fide rerum quae non videntur*
[722] *Imitazione di Cristo,* Libro I°, cap. XXIII.
[723] R. CANTALAMESSA, *Sorella morte,* Ancora, Milano 1991, pg. 45.

è in corso la seconda guerra mondiale, e Fra Pierluigi era novizio presso l'ospedale di Erba (Co). Un giorno, un treno proveniente da Milano, fu mitragliato e contemporaneamente anche la città di Erba subì pesanti attacchi bellici. Nelle sue memorie ricorderà che la piccola cittadina della Brianza, in due giorni, dovette piangere centoundici vittime. E lui e i suoi confratelli, per una settimana, operarono giorno e notte per curare i feriti e per ricomporre e vestire i morti. Quella traumatica esperienza suscitò nel giovane novizio una profonda riflessione che ricorderà nel corso di una conferenza dopo molti decenni: "Per me la vocazione è nata a Erba, perché quando si veste un morto se non hai una vocazione o si scappa o nasce la vocazione"[724]. Una vocazione che sarebbe proseguita per tutta la vita servendo gli ammalati.

La riflessione attinente la propria morte è essenziale anche per l'operatore sanitario. Scriveva E. Kubler-Ross a riguardo del medico, ma la medesima conclusione è valida per tutti coloro che operano nel settore assistenziale. "Per trovare la formula giusta per un incontro è necessaria la capacità di un medico di pensare alla propria morte. Qualora questo fosse per lui un pensiero arduo, qualora la morte fosse per lui un evento terribile da considerare 'tabù', egli allora non potrà parlarne serenamente e con spirito caritatevole con i suoi ammalati"[725].

3. Accompagnamento del morente

L'argomento della morte, nell'ambito sanitario, è sempre attuale e va affrontato da chi assiste il malato, particolarmente se è portatore di una patologia grave o è terminale, per evitargli un doloroso "isolamento psicologico".

Il malato, prossimo alla morte, soffre due immensi dolori: "il dolore fisico" che la medicina, il più delle volte, allevia e la sofferenza "della solitudine", poichè la malattia grave, spesso e istintivamente, induce gli operatori sanitari alla fuga. Ciò provoca isolamento ed emarginazione, e così il malato, come rammenta una pregnante espressione della sapienza popolare, potrebbe "morire solo come un cane".

Ricorda la "Carta degli Operatori Sanitari": "Quando le condizioni di salute si deteriorano in modo irreversibile e letale, l'uomo entra nello stadio terminale dell'esistenza. Per lui il vivere si fa particolarmente e progressivamente precario e penoso. Al male e alla sofferenza fisica sopraggiunge il dramma psicologico e spirituale del distacco che il morire significa e comporta. Come tale il malato terminale è una persona bisognosa di accompagnamento umano e cristiano, cui medici e infermieri sono chiamati a dare il loro contributo qualificato e irrinunciabile"[726].

Gli operatori sanitari curano prevalentemente la patologia ma, spesso, si presentano impreparati nella relazione.

I famigliari indossano la maschera della "bugia pietosa" anche se conoscono la verità e, il più delle volte, sollecitano il medico affinchè il loro congiunto non sia informato affinchè "non si spaventi". Proteggono il malato dalla consapevolezza

[724] Cfr.: *Ospitare l'uomo. La vita di Fra Pierluigi Marchesi,* op. cit., pp. 22-23.
[725] E. KUBLER ROSS, *La morte e il morire,* Cittadella, Assisi 1982, pg. 35.
[726] *Carta degli Operatori Sanitari*, op. cit., n. 115.

del morire valendosi di sfumate riferimenti che vorrebbero infondere fiducia ma, il più delle volte, provocano ribrezzo per ciò che tacciono. E così, nessuno, si prodica affinché il congiunto si prepari alla morte, anzi è costretto a recitare la parte colui che è sicuro di un prossimo miglioramento.
Ma, il paziente terminale, anche nello stadio finale della sua esistenza rimane una persona "inguaribile" ma non "incurabile" che conserva totalmente la sua dignità. Di conseguenza, gli approcci assistenziali e relazionali, devono porsi come primo obiettivo la "qualità di vita" procurando al malato sollievo dal dolore, ascoltando le sue ansie, interpretando le sue piccole o grandi esigenze.

Accompagnare alla morte, significa anche porre attenzione all'aspetto spirituale.. Un articolo pubblicato sulla "Rivista italiana di cure palliative", riportando uno studio dello psicologo A. Filiberti condotto presso l'ospedale di Verbania, indicava che l'85% dei malati tumorali desiderava un'adeguata assistenza spirituale. Pur non addentrandoci nel complesso argomento della "spiritualità" dobbiamo evidenziare che la dimensione spirituale è un aspetto dell'assistenza da non trascurare. Ciò è assai avvertito nei Paesi anglosassoni dove l'assistente spirituale è un componente dell'équipe terapeutica.

4.Verità e morte

Direttamente concatenato con la fase terminale della vita è l'argomento "della verità": il malato vuole conoscere la verità? Apprendere la verità è un diritto del malato? Chi, come e quando comunicarla?

Non è un mistero che in Italia fatica a farsi strada la cultura della "verità al malato" poiché spesso la realtà diagnostica è vergognosamente occultata da medici e da famigliari. Quanti parenti dell'ammalato oncologico dicono al medico: "Il mio congiunto non sospetta nulla, quindi lei non deve assolutamente informarlo sulle sue condizioni", oppure chiedono al cappellano di amministrare il sacramento dell'Unzione degli Infermi quando è già morto o nascosto dietro una porta con la scusante "di non spaventarlo".

Per comprendere l'evoluzione psicologica dell'ammalato con prognosi infausta e, di conseguenza, intuire se desidera apprendere la verità possiamo riferirci al testo di E. Kubler Ross: "La morte e il morire"[727].
Il volume, che calò il sipario sulle reazioni psicologiche di fronte a un'ostica verità, riporta i risultati di una ricerca condotta su oltre duecento malati tumorali. E, la Kubler Ross, sostenne che la maggioranza di questi malati dall'istante in cui è comunicata la diagnosi tumorale percorrono cinque fasi.
- La negazione e il rifiuto. "No, non è possibile. Non è il mio caso!".
- La ribellione, l'aggressività o il rifiuto delle cure ritenendosi ingiustamente puniti.
- Il patteggiamento con Dio e con il destino promettendo qualche cosa come contropartita alla salute.
- La depressione, cioè il tormento nei riguardi della incontestabilità della diagnosi, che si manifesta in un lento "lasciarsi andare".
- L'accettazione, così descritta dalla Kubler Ross: "Se un ammalato ha avuto il

[727] *La morte e il morire*, Cittadella, Assisi 2005.

tempo sufficiente ed è stato aiutato a superare le fasi sopra descritte, raggiungerà uno stadio nel quale non sarà né depresso né arrabbiato per il suo 'destino' (...). L'accettazione non deve essere scambiata con una fase felice. E' quasi un vuoto di sentimenti. 'È come il tempo per il riposo finale prima del lungo viaggio', come l'ha definito un malato"[728].

Le cinque fasi variano per età, carattere, storia personale, visione dell'esistenza, essendo questo periodo "un grande travaglio di lutto che conduce dal no al sì, dalla rivolta all' accettazione"[729]. Però, ricordava la Kubler Ross, l'angoscia della morte non è indomabile essendo l'uomo abile a profferire significati anche a questa esperienza[730].

Alcuni malati ammettono esplicitamente di conoscere la verità, altri, pur non dichiarandolo, di giorno in giorno, si accorgono sempre di più della gravità della loro situazione, e sebbene utilizzino meccanismi di difesa, tentano di comunicare il loro desiderio di parlarne apertamente.

La Kubler Ross nota, inoltre, che alcuni medici ostacolarono lo studio difeso invece dai pazienti. "Vi siamo riconoscenti - ripetevano gli sventurati - perché possiamo finalmente parlare del dramma che siamo costretti ad affrontare da soli, in silenzio, perché così vogliono i medici e i nostri parenti, secondo i quali non bisogna parlare di morte. Ogni volta che tentiamo di accennarvi, veniamo zittiti, ci rinviano a speranze che sappiamo illusorie"[731]. E conclude: "Se molti non arrivano a morire placati ma se vanno in collera e in rivolta, ciò lo si deve proprio al personale ospedaliero e ai familiari con il loro atteggiamento di nevrotica negazione della realtà"[732].

Riteniamo che la comunicazione della verità, pur essendo un' incombenza del medico, investa tutti coloro che circondano il malato, in particolare i famigliari, poiché rivelarla è insufficiente. E' indispensabile supportare il cammino del sofferente per evitargli dolorose reazioni depressive e ulteriori sofferenze.

Colui a cui la vita riserverà poco tempo, come richiamano alcune "Carte dei diritti dei malati e dei morenti", ha il diritto di essere informato sulle sue condizioni evitando biasimevoli inganni.

La verità, che ovviamente non può essere imposta, va comunicata nel corso di un confidente colloquio tra medico e paziente.

L'informazione assume alcune sfaccettature:

-è "diretta", quando il medico espone al paziente la verità diagnostica e gli illustra i trattamenti che da seguire;

-"mediata", quando il messaggio è supportato dai familiari;

-"graduale", quando si accorda del tempo per sedimentare le informazioni e le reazioni.

La maggioranza delle scuole filosofiche sia laiche che religiose concordando su questo principio etico, ma nella quotidianità il malato è spesso defraudato di questo diritto, non avendo sufficientemente compreso i "valori in gioco", in

[728] *La morte e il morire,* op.cit., pg. 129.
[729] *La morte e il morire,* op.cit., pg. 188.
[730] Cfr.: *La morte e il morire,* op.cit., pg. 195.
[731] *La morte e il morire,* op.cit., pg. 196.
[732] *La morte e il morire,* op.cit., pg. 203.

particolare la “dignità morale” del malato, che non può mai essere lesa essendo un soggetto libero e responsabile in ogni momento della propria esistenza. Di conseguenza, deve conoscere che la sua vita è in una fase di terminalità, avendo il diritto di gestire fino alla conclusione, e da protagonista, la propria esistenza, compresa la realizzazione di obblighi e di doveri personali, di coscienza, nei rapporti con la sua famiglia, la sua professione e la società. Gli ultimi giorni, possono essere, per alcuni, tra i più importanti dell’esistenza!
Un ulteriore aspetto da non scordare è il coinvolgimento del paziente nella decisione terapeutica quando si prospettano diverse opzioni poichè riduce il disturbo di tipo “adattivo” al trattamento.

Concludendo evidenziamo nuovamente l’importanza di accompagnare il sofferente di fronte ad una verità infausta o a possibili discordanze di informazioni, comprendendolo e offrendogli la possibilità di manifestare le sue emozioni, le sue speranze e le sue angosce, consentendogli di parlare sia di quello che sta lasciando, inquieto forse per la consapevolezza di non aver vissuto totalmente e attivamente la sua vita, ma anche di quello che sta attendendo e del suo futuro, ascoltandolo e aspettando con lui. Unicamente, in questa condizione culturale e spirituale, potrà realizzare quel percorso di adeguamento alla situazione che lo attende e che la psicologia del profondo nomina: “elaborazione del lutto”.

5.Cristianesimo e morte

Il tema della morte ha interessato le religioni, i sistemi filosofici, la letteratura e l'arte che però non hanno sollevato la copertura del mistero. Dall'umanesimo greco in avanti molti hanno proposto delle risposte proponendo atteggiamenti di rassegnazione e di fatalismo, oppure consolazioni effimere e di breve durata. Altri hanno evidenziato nella morte, sopratutto quella incomprensibile degli innocenti, la prova della non esistenza di Dio e di conseguenza hanno seguito la via dell’ateismo.

Noi invece siamo convinti che il cristianesimo possa fornire speranze e ragioni al timore poiché la fede cristiana, autorizza il credente, a giustificare la morte come parte integrante di un cammino infinitamente più vasto; essa, non annulla la persona, ma la trasfigura mediante il perdurare dell’esistenza in tempi e in spazi differenti dagli attuali.

Inoltre, esiste una intrinseca relazione tra vita e morte, poichè il Signore Gesù ha insegnato con la sua risurrezione che oltre la morte, l’esistenza di ogni uomo proseguirà nell’eternità in comunione con Dio. In Cristo, rammentava san Paolo, “tutti riceveranno la vita”(1 Cor. 15,22), essendo il Figlio di Dio la “primizia di coloro che sono morti” (1 Cor. 15,20).
Ulteriori approfondimenti sono forniti dal Catechismo della Chiesa Cattolica che offre una risposta e una precisazione riguardante la “resurrezione dei morti”.
La risposta: “Con la morte avremo la separazione dell’anima dal corpo. Il corpo dell’uomo cade nella corruzione, mentre la sua anima va incontro a Dio, pur restando in attesa di essere riunita al suo corpo glorioso. Dio nella sua onnipotenza restituirà definitivamente la vita incorruttibile ai nostri corpi riunendoli

alle nostre anime, in forza della Risurrezione di Cristo"(n. 997).
La precisazione: "Il 'come' supera la possibilità della nostra immaginazione e del nostro intelletto; è accessibile solo nella fede"(n. 1000).
Ovviamente, l'accoglienza di questa veduta, è sempre e unicamente un dono di Dio che va invocato, come pure le convinzioni su queste realtà sono direttamente proporzionali alla fede individuale.
Riguardo alla risurrezione, il cardinale G. Biffi, affermò: "è molto interessante, drammatico e inevitabile parlarne perché i casi sono due: con la morte o si va a finire nel niente o si va a finire nella vita eterna. Le altre soluzioni sono forzatamente provvisorie. Io so già che tra qualche anno o andrò a finire nel niente o andrò a finire nella vita eterna. Ma se andrò a finire nel niente, io vivo già adesso per niente; cioè, se l'approdo dell'esistenza è il niente, anche la sostanza dell'esistenza è il niente, e questa è un'assurdità. Che qualcosa debba venire dal niente solo per tornare al niente è una contraddizione"[733]. Già il filosofo russo J. Solov'ev rammentava che la morte è "un fatto", e nei confronti "dei fatti", nessuna filosofia, ideologia e illusione estetica resiste[734]. Dunque, il cristiano possiede nella Risurrezione del Signore Gesù "il fatto" che lo salvaguardia dalla morte che rimane sempre, un mistero e un transito doloroso.
Queste riflessioni possiamo presentarle a coloro che propongono l'eutanasia come "liberazione per il malato", "ma la giustificazione è totalmente falsa poichè liberarsi significa passare da una situazione di assenza di libertà (chiusura fisica o morale) a una condizione di riconquista autonomia. Ma la morte, per 'il non credente', - e chi la richiede è tale - non è 'passare a', ma semplicemente 'non esistere più'. La liberazione implica un poi nel quale la persona, non è più costretta o rinchiusa ma si realizza in maggiore pienezza e gioia. Ma niente di tutto questo può sperare chi non spera in niente dopo la morte"[735].

La morte anche per il cristiano è circondata dal timore.
Anche il Signore Gesù, incarnandosi, ha vissuto l' esperienza della morte; come ha reagito? Nel Getsemani ebbe paura e invocò Dio: "Padre mio, se è possibile, passi da me questo calice!"(Mt. 26,39°) e l'evangelista Luca aggiunge: "In preda all'angoscia, pregava più intensamente; e il suo sudore diventò come gocce di sangue che cadevano a terra"(Lc. 22,34). Pochi giorni prima pianse dinanzi al sepolcro del suo amico Lazzaro, pur sapendo che poco dopo l'avrebbe risuscitato (cfr. Gv. 11,1-44).
Ebbene, il cristianesimo, pur donando valide prospettive al fine vita, legittima il turbamento, il tremore e la trepidazione.

Concludiamo con una riflessione del filosofo M. Bizzotto che riassume quanto abbiamo affermato.
Il cristianesimo "annuncia la speranza nella risurrezione, tuttavia non banalizza l'evento del trapasso, non ne toglie il peso e la sofferenza e nemmeno concede sconti. Il venerdì santo è sempre il tempo della tenebra e del lamento che esprime

[733] G. BIFFI, *L'Aldilà,* LDC, Torino 1998, pg. 5.
[734] Cfr.: J. SOLOV'EV, *A story of anti-Christ,* Publishing 2012, pp. 66-72.
[735] G. MIRANDA, *I problemi etici dell'eutanasia nell'Enciclica Evangelium Vitae,* in E. SGRECCIA – D. SACCHINI *(*a cura di), *Evangelium Vitae e bioetica. Un approccio interdisciplinare,* Vita & Pensiero, Milano 1996, pg. 89.

nella scena impressionante della croce lo strazio dell'abbandono di chi pur portando nell'agonia la speranza si sente sprofondare nella morte. Il pensiero del sabato di risurrezione è pensabile attutisca in parte il dolore del trapasso, ma non lo soppianta né lo ignora. La sofferenza dilaga e semina sconcerto. Tra venerdì e sabato santo c'è un salto, pur nell' indissolubile e sostanziale unità. Per quanto si anticipi la promessa della vita, quando si cade, si cade senza attenuanti. Chi però pretende di anticipare l'esperienza del sabato, trapiantandola nel venerdì, incorre nel pericolo di rimuovere l'evento della morte più che sperimentarne lo strappo (…). Solo se la morte è avvertita con la sua durezza, appunto come morte, anche la speranza è autentica. La salvezza cristiana è già in opera in ogni momento del presente, tuttavia lascia aperto il percorso del suo compimento. L'essere presi dalla fretta impaziente di volerlo chiudere anticipatamente non giova né all' autenticità dell'esperienza cristiana né a quella semplicemente umana. Anche la speranza è a volte fraintesa ed è sfruttata come favorevole pretesto per accettare con ingenuo candore la tragicità del male e della morte. Non c'è speranza se non c'è anche dolore e se non si avverte il carattere letale della morte con la sua forza dissolvente. Innestare direttamente il tema della beatitudine, saltando la storia, equivale spesso ad un comodo chiudere gli occhi alla realtà, soprattutto quando questa è incresciosa e triste"[736].

CAP. 15 - BIOETICA E FINE VITA

1. Eutanasia

1.1.STORIA DEL TERMINE

Il termine eutanasia che letteralmente significa "buona morte" deriva dal vocabolo greco εὐθανασία, composto da εὖ (buono) e θάνατος (morte). E' questo il desiderio di tutti; vorremmo vivere l'ultimo periodo dell'esistenza pur di fronte alla tragicità della morte con serenità, fiducia, assistiti nel miglior modo possibile, circondati dall'affetto delle persone che più abbiamo amato.

Ma, alla fine del XIX secolo, questo nobile desiderio fu stravolto e falsato, e il termine eutanasia assunse il significato di procurare intenzionalmente la morte a una persona la cui qualità di vita è permanentemente compromessa da malattia o da menomazioni. È vero che ci sono trattamenti altamente invasivi con effetti indesiderabili assai gravosi senza certezze di miglioramento; in questi casi, il malato può dopo un'adeguata consultazione con il medico, rifiutare determinate terapie. Ma questo non è eutanasia e lo vedremo inseguito trattando delle cure palliative.

L'eutanasia è l'azione o l'omissione che procura la morte della persona.

In Italia l'eutanasia è reato[737]; chi provoca la morte di una persona anche consenziente, è condannato per omicidio o per istigazione al suicidio. Ma, purtroppo, abbiamo assistito ad alcuni casi di assoluzione, accampando la circostanza attenuante "dell'agire per pietà". Pure la Costituzione esclude

[736] M. BIZZOTTO, *Occultamento della morte,* in "Camillianum" 17 (1998) pg. 52.
[737] Cfr.: CODICE PENALE : artt. 579-580.

l'eutanasia quando reputa il diritto alla vita tra quelli inviolabili[738], quindi esclude ogni atto che abbia come fine la soppressione di una vita umana.

L'eutanasia, definita da san Giovanni Paolo II: "un attentato alla vita che nessuna autorità umana può legittimare essendo la vita dell'innocente un bene indisponibile"[739], ha alle sue spalle una prolungata storia con un indicativo punto di riferimento negli Spartani che abbandonavano i bambini con handicap alle fiere e alla intemperie sul monte Taigeto.

Platone ne esortava la pratica sugli adulti gravemente malati[740]; Aristotele l'approvava per motivazioni di vantaggio politico[741]; Seneca, Epitteto, Petronio, Plinio il giovane, Silio Italico l'applicarono su se stessi, uccidendosi in disprezzo alla malattia o alla vecchiaia.

Erano presenti, ovviamente, anche opinioni opposte. Tra le molte ricordiamo l'ammonimento di Cicerone a Publio*:* "Tu, o Publio, e tutte le persone rette dovete conservare la vostra vita e non dovete allontanarvi da lei senza il comando di chi ve l'ha data, affinché non sembriate sottrarvi al dolore umano che il creatore vi ha stabilito"[742].

Dunque, di eutanasia, si discute da sempre, ma solo nel ventesimo secolo irruppe violentemente in Europa. Negli anni '40, in Germania, il regime nazista, attivando il "Programma T 4", sterminò oltre 70mila persone classificate come "indegne di vivere".

Il primo Paese che approvò l'eutanasia fu l'Olanda nel 2001, seguita dal Belgio nel 2003. In entrambi i Paesi è acconsentita anche per i minori.

Chiarificante per inquadrare adeguatamente la tematica e fondare il nostro rifiuto è il pensiero del giurista Alberto Maria Gambino che indica "la sacralità della vita" "un principio di democrazia globale". "La vita è sacra sin dal concepimento, passando per l'intero arco temporale dell'esistenza umana – da adolescente, lavoratore, genitore, malato, anziano – fino alla morte naturale. Papa Francesco ha recentemente collegato tale espressione con un'altra, opposta, di rara efficacia: 'cultura dello scarto'. Mi pare questo il principio intrinseco, valido per credenti e non credenti: solo il rispetto della vita e della sua dignità garantiscono a ciascuno la considerazione di persona che va sempre 'amata', 'difesa', 'curata'. Se ne intendiamo il senso più profondo, allora ci accorgeremmo che, in chiave legislativa, il diritto alla vita non riguarda solo la vita nascente o nel suo stadio terminale, ma è il presupposto che condiziona e presidia l'intera esistenza di ogni essere umano"[743].

1.2.IL MAGISTERO DELLA CHIESA

La bioetica cattolica, come già affermato più volte, pone come fondamento assoluto, universale e irrinunciabile della sua Dottrina "la dignità e la sacralità della vita umana dal concepimento alla morte naturale". Questa certezza pone le fondamenta sulla creaturalità dell'uomo: "ogni persona è stata voluta da Dio per

[738] Cfr. Costituzione Italiana, art. 2.
[739] GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae*, 3.
[740] Cfr.: PLATONE, *La Repubblica*, 460B.
[741] Cfr.: ARISTOTELE, *Politica*, 7
[742] CICERONE, *Somnium Scipionis*, III,7.
[743] Intervista rilasciata a Zenit.org il 17 novembre 2014.

se stessa ad immagine e somiglianza del Dio vivente e santo"[744]. Un'essenza che offre alla persona la più alta dignità rispetto alle creature terrene, e rende la vita dell'uomo indisponibile a situazioni o atti che possano nuocerla o sopprimerla nella fase iniziale o nello stadio terminale con la sospensione dell'alimentazione o dell'idratazione artificiale, con il suicidio consapevole o con l'eutanasia.

Per la nobiltà che l'uomo possiede agli occhi di Dio, ogni vita, anche quella con grave handicap fisico o ritardo mentale, o vissuta in stato vegetativo permanente, è sempre un "valore immenso" e, come tale, "un bene" sul quale, unicamente il Creatore, può deciderne la conclusione.

Concetto ribadito con insistenza dalla Congregazione per la Dottrina della Fede: "Solo Dio è il Signore della vita dal suo inizio alla sua fine: nessuno, in nessuna circostanza, può rivendicare a sé il diritto di distruggere direttamente un essere umano innocente"[745]; "Niente e nessuno possono autorizzare l'uccisione di un essere umano innocente, feto o embrione che sia, bambino o adulto, vecchio, ammalato incurabile o agonizzante. Nessuno può chiedere questo gesto omicida per se stesso o per un altro affidato alla sua responsabilità, né può acconsentirvi esplicitamente o implicitamente. Nessuna autorità può legittimamente imporlo né permetterlo. Si tratta infatti di una violazione della legge divina, di un'offesa della dignità della persona umana, di un crimine contro la vita, di un attentato contro l'umanità"[746].

Giudizio presente non solo in tutto il Magistero della Chiesa ma più volte ribadito da san Giovanni Paolo II nell'enciclica *Evangelium vitae:* "La vita dell'uomo proviene da Dio, è suo dono, sua immagine e impronta, partecipazione del suo soffio vitale. Di questa vita, pertanto, Dio è l'unico signore: l'uomo non può disporne (…). La vita e la morte dell'uomo sono, dunque, nelle mani di Dio, in suo potere: 'Egli ha in mano l'anima di ogni vivente e il soffio di ogni carne umana', esclama Giobbe (12,10). 'Il Signore fa morire e fa vivere, fa scendere negli inferi e risalire' (1 Sam. 2,6). Egli solo può dire: 'Sono io che do la morte e faccio vivere' (Dt. 32,39)"[747]. Di conseguenza: "… in conformità con il Magistero dei miei predecessori e in comunione con i vescovi della Chiesa cattolica, confermo che l'eutanasia è una grave violazione della Legge di Dio, in quanto uccisione deliberata e moralmente inaccettabile di una persona umana"[748].

Anche Papa Francesco, sulla scia dei suoi predecessori, ha richiamato varie volte, e con forza, il rispetto della vita fino alla morte naturale. Ricordiamo solo i casi più recenti. Di fronte alla morte di Noa Pothoven, la ragazza diciassettenne olandese che ha scelto di morire il 5 giugno 2019: #L'eutanasia e il suicidio assistito sono una sconfitta per tutti. La risposta a cui siamo chiamati è non abbandonare mai chi soffre, non arrendersi, ma prendersi cura e amare per ridare la speranza#[749]. E di Vincent Lambert: #Non costruiamo una civiltà che elimina le persone la cui vita riteniamo non sia più degna di essere vissuta: ogni vita ha

[744] CATECHISMO DELLA CHIESA CATTOLICA, n. 2319.
[745] CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Donum vitae,* Città del Vaticano 1987, n. 4.
[746] CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLA FEDE, *Dichiarazione Iura et bona,* Città del Vaticano 1990, n. 2.
[747] *Evangelium vitae,* op. cit., n. 39.
[748] *Evangelium vitae,* op. cit., n. 65.
[749] Tweet sull'account @Pontifex, 6 giugno 2019.

valore, sempre#[750]. Papa Bergoglio ha definito, inoltre, il suicidio assistito e l'eutanasia "gravi minacce per le famiglie in tutto il mondo". Mentre "la loro pratica è legale in molti Stati, la Chiesa contrasta fermamente queste prassi e sente il dovere di aiutare le famiglie che si prendono cura dei loro cari sia malati sia anziani. Cultura della morte e cultura dello scarto non sono un segno di civiltà ma un segno di abbandono che può mascherarsi anche di 'falsa compassione'**.** Invece, è necessario assumere la fatica di affiancarsi e accompagnare chi soffre"[751].

1.3.OSSERVAZIONI

Evidenziamo alcune negatività dell'eutanasia e le conseguenze.

1.3.1. RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE.

La legittimazione dell'eutanasia comprometterebbe irreparabilmente "la fiducia", elemento essenziale del rapporto medico-paziente e "l'alleanza terapeutica", introducendo in questa relazione situazioni di sospetto, di diffidenza e di sfiducia.

Narrava con rammarico un medico olandese: "La mentalità di morte è diventata la norma fra i medici olandesi. Conosco un internista che curava una paziente con cancro ai polmoni. Arriva una crisi respiratoria che rende necessario il ricovero. La paziente si ribella: 'non voglio l'eutanasia!', implora. Il medico l'assicura, l'accompagna in clinica, la sorveglia. Dopo sei ore la paziente respira normalmente, le condizioni generali sono migliorate. Il medico va a dormire. Il mattino dopo, non trova più la sua malata: un collega gliel'aveva 'terminata' perché mancavano letti liberi"[752].

1.3.2. TRADIMENTO DELLA PROFESSIONE SANITARIA.

Recitando il *Giuramento di Ippocrate*, il medico giura di operare per "il maggior interesse del paziente", come pure "di perseguire la difesa della vita, la tutela fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza"[753] cui ispirerà "con responsabilità e costante impegno scientifico, culturale e sociale, ogni atto professionale"[754].

Procurare l'eutanasia è in totale opposizione agli obblighi deontologici come pure con il vertice dei principi etici in sanità che racchiude il fine primario della professione medica: *il principio di beneficenza* (o beneficialità).

Inoltre, in termini di contratto societario, la collettività ha demandato al medico unicamente il compito di assistere e curare il malato.

Legalizzare l'eutanasia stravolge, dunque, il significato della professione sanitaria, trasformando il medico da servitore della vita a collaboratore della morte, attribuendogli un ruolo improprio. E i medici e gli infermieri italiani hanno ben compreso tutto ciò e si stanno ribellando per evitare di trasformarsi in "sicari".

Lo ha chiaramente ribadito un documento di Filippo Anelli, presidente della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici (Fnomceo), inviato nell'aprile 2019

[750] Tweet sull'account @Pontifex, 11 luglio 2019.
[751] *Amoris Laetitia*, op. cit., n. 48.
[752] Testimonianze del prof. K. Gunning, in Avvenire 5 Dicembre 2000.
[753] Cfr.: FNOMCeO, 2007.
[754] Cfr.: FNOMCeO, 2007.

a tutti i colleghi per ricordare che, anche qualora la "dolce morte" un giorno diventasse legge in Italia, esisterebbe ancora un codice deontologico da rispettare; il codice ispirato al giuramento di Ippocrate. Inoltre, il Codice di Deontologia Medica 2018 all'articolo 17 afferma: "Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte". Ancora più esplicito fu Anelli in un' intervista al quotidiano La Verità del 17 aprile 2019. "La legge non può imporci di andare contro una deontologia che esiste da più di duemila anni", in virtù della quale "i medici sono sempre stati custodi della vita". Ma il presidente dei medici va oltre ricordando ai fautori dell'eutanasia, in primis all'Associazione Luca Coscioni, che è vero che la "società è cambiata", e i medici non intendono "affrontare il problema sotto il profilo ideologico", ma neppure è giusto obbligare i medici a "rimanere attori passivi di un passaggio epocale". Insomma, oltre all'autodeterminazione dell'individuo occorre fare i conti anche con l'altra persona coinvolta del rapporto di cura: "Accanto alla libertà di un cittadino deve esserci anche quella dell'altro cittadino, che in questo caso è un medico, nel rispetto delle sue convinzioni più profonde. Il primato della libertà non può valere solo a senso unico. E dare la morte a una persona è esattamente il contrario del motivo per il quale il 100 per cento dei medici ha scelto questa missione o professione che sia". E poi prosegue: "Noi non facciamo politica. Ma abbiamo l'obbligo di chiedere che la dignità dell'uomo, anche nel momento supremo della sofferenza, continui ad avere un significato. La soluzione non è mai la morte, piuttosto bisogna mettere in atto quegli strumenti che leniscano la sofferenza del malato. […] Ci sono alternative al suicidio assistito"[755].

Uguale posizione la troviamo anche nel Codice Deontologico delle Professioni infermieristiche 2019: "L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale" (art. 24). "Abbiamo rimarcato (con il nuovo codice deontologico) che non siamo per l'eutanasia perché in ogni caso salvaguardiamo la vita", ha affermato Barbara Mangiacavalli, presidente Federazione nazionale ordini professioni infermieristiche (Fnopi)[756].

1.3.3. LE ATTESE DEL MALATO.

La maggioranza dei medici che operano in reparti di oncologia o in hospice, e anche la nostra esperienza professionale, testimoniano la faziosità e la falsità della motivazione principale evidenziata nella richiesta di una legge che liberalizzi il suicidio assistito e l'eutanasia: il desiderio del malato terminale, trasformando, indegnamente, questa tematica in terreno di scontro ideologico.

Anche la supplica di alcuni: "fatemi morire", espressa in un momento di disperazione, di dolori acuti o in una situazione di solitudine contiene, implicitamente, un'invocazione d'aiuto più che un desiderio di morte; significa: "Occupatevi di me

[755] Intervista di Giorgio Gandola a Filippo Anelli, presidente dell'Ordine dei medici : "*I dottori salvano vite. All'eutanasia preferiamo Ippocrate",* La Verità, 17 aprile 2019.

[756] *Pastorale salute: nuovo codice deontologico infermieri. Mangiacavalli (Fnopi), "siamo contrari all'eutanasia*", SIR, 13 maggio 2019.

e alleviate il mio dolore, perché non ce la faccio più!".
Quando al malato terminale si offrono un'autentica vicinanza e un valido aiuto terapeutico accompagnandolo fino alla morte, la richiesta di eutanasia scompare.
Ha affermato il dottor Angelo Mainini, direttore sanitario della Fondazione Maddalena Grassi di Milano sorta nel 1991 e che nel 2016 ha assistito a domicilio di 1.800 malati in condizioni gravi. "La stragrande maggioranza dei nostri pazienti, malati cronici neurodegenerativi, all'inizio ha un'idea, poi però con il progredire della malattia cambia. Se si chiede a una persona in salute cosa vorrebbe fare se diventasse tetraplegica, la risposta è scontata. Ma nella realtà avviene un'altra cosa. Persone che dicono: 'Il tubo della peg non me lo metterò mai', quando arriva il momento in cui non riescono più a deglutire, lo richiedono. Perché magari c'è un nipote che deve nascere o un figlio che deve sposarsi. Con il tempo si trovano nuove motivazioni per cui vivere, più profonde, più radicali. In tanti poi dicono: 'La tracheostomia non la farò mai'. Ma quando rischiano di soffocare la accettano, perché anche se una persona è paralizzata, con l'aiuto di farmaci adeguati che tolgano il dolore, se è voluta bene scopre che vale ancora la pena vivere"[757].

Interessante è questa osservazione di A. M. Gambino. "Diverso è, invece, quando il malato opta per la scelta eutanasica per motivi esistenziali. Qui ci troviamo davanti ad una drammatica sconfitta dello Stato e della Chiesa, intesi come comunità di credenti e non credenti, che non hanno saputo dare risposte alla richiesta di dare un senso alla propria esistenza"[758].

1.3.4. LE MOTIVAZIONI DEI FAMIGLIARI

Accompagnare un famigliare nel periodo terminale della vita affinchè "muoia con dignità" è un atto d'autentico amore!

Questa visione si scontra con quella dei fautori del suicidio assistito e dell'eutanasia che la giustificano, travisando vergognosamente la nobile affermazione del "morire con dignità", insinuando nei famigliari il dubbio che procurare la morte del loro caro sia una modalità eccellente per mostrare affetto, cioè "un bene" compiuto nei suoi confronti, scordandosi che la "pietà" si manifesta non nel sopprimere ma nell'accogliere. Per questo, a volte, implorano con insistenza i medici affinché "il loro caro non soffra più". E così, l'eutanasia, si trasforma anche in questo caso in una battaglia ideologica dei sani.

Non possiamo scordare, inoltre, che questo comportamento è determinato anche dall'angoscia che alcune patologie provocano nei famigliari. Di conseguenza, possiamo dedurre che l'eutanasia è spesso la tentazione dei sani che temono il confronto con la propria sofferenza e la propria morte per liberarsi anticipatamente da un dolore che li coinvolge profondamente. Ma, sbarazzarsi del malato non è la modalità più opportuna e il modo migliore per rimuovere una propria sofferenza, ma unicamente un'escamotage per evitare il confronto con la propria condizione umana.

Se lo sconforto è ovvio, è inacettabile una scelta di morte per sbarazzarsi velocemente "da qualcosa" che invece è "qualcuno". Denunciò il cardinale C.M.

[757] Tempi.it, 4 settembre 2018.
[758] Intervista rilasciata a Zenit.org, op. cit.

Martini: " 'Mostruosa' appare la figura di un amore che uccide, di una compassione che cancella colui del quale non si può sopportare il dolore, di una filantropia che non sa se intenda liberare l'altro da una vita divenuta soltanto di peso oppure se stessa da una presenza divenuta soltanto ingombrante"[759].

La risposta attesa dal malato terminale, lo ripetiamo nuovamente, è il conforto dei parenti nella ricerca dei significati della malattia; il loro supporto per affrontarla con dignità poichè, mentre i dolori fisici sono efficacemente sedati, resta terribile la sofferenza psicologica nel presagire l'approssimarsi della morte[760].

1.3.5. L'ERRATO ESERCIZIO DELLA LIBERTÀ.

Per F. D'Agostino: "Praticare l'eutanasia non è rendere omaggio alla libera volontà di una persona che chiede di essere aiutata a morire, ma sanzionare quello stato di abbandono morale e sociale, che si avrebbe il dovere – sia da parte delle istituzioni che da parte di tutti gli individui di buona volontà – di combattere strenuamente"[761]. E qui entra in gioco il valore sociale di ogni vita umana. Ad esempio, da anni, si lotta contro la pena di morte per i condannati per delitti gravissimi e noi condianniamo a morte i più fragili e indifesi?

Ebbene, l'eutanasia potrebbe trasformarsi in una formidabile pressione sulle persone vulnerabili dato che il malato è libero solo formalmente poiché sta vivendo una condizione di totale debolezza a livello psicologico, emotivo ed esistenziale. Si pensi, esempio, alle sollecitazioni che potrebbero essere esercitare sugli anziani, sui depressi e sui disabili, facendogli "pesare" i loro costi per la società. Quindi, il suicidio assistito e l'eutanasia, potrebbero essere utilizzati per risolvere il problema dei costi della sanità e del sociale e tanti potrebbero essere uccisi anche se non lo vogliono. Interessante è la storia di Francois e Anna Schiedts. Nel maggio 2015, questa coppia di ottantenni belgi, Francois (anni 89) e Anne (anni 86), dopo 63 anni di matrimonio decisero di darsi insieme una "buona morte preventiva" per "paura del futuro" dopo aver salutato famigliari e amici. Così commentò la morte dei genitori uno dei tre figli, Jean-Paul: "Capisco perfettamente l'atteggiamento dei miei genitori. Li sostengo, sia per loro che per noi, loro figli, questa è la soluzione migliore. Se uno di loro dovesse morire, chi resta sarebbe così triste e totalmente dipendente da noi"[762].

"Altro che autodeterminazione. Per me, l'eutanasia è una richiesta che proviene dalle persone sane che vogliono disfarsi di un malato grave o in fase terminale"[763] affermò il francese Lucien Israel, psichiatra e psicoanalista con decenni di esperienza con malati terminali. Sembra insomma che, nella nostra epoca, ammalarsi e invecchiare stia diventando sempre più rischioso e problematico!

Si domanda il cardinale C. Ruini: "Perché dunque non consentire alla libertà di esprimersi fino al suicidio e all'eutanasia? La risposta è che non si può separare la nostra libertà dalla realtà del nostro essere: se va contro questa realtà la libertà si autodistrugge. Possiamo aggiungere che l'uomo è essenzialmente un essere in

[759] C.M. MARTINI, *Discorso alla città di Milano per sant'Ambrogio*, 6 dicembre 1989.
[760] L'argomento è stato presentato nel capitolo precedente.
[761] F. D'AGOSTINO – L. PALAZZANI, *Bioetica. Nozioni fondamentali,* La Scuola, Torino 2013, pg. 2007.
[762] Dal sito internet: *Moustique Magazine*.
[763] *Psicoanalisi e libertà: omaggio a Lucien Israele: Atti dei giorni IFRAS, giugno 1997*, Arcani, Strasburgo,

relazione e quindi la nostra libertà non può prescindere dal rapporto con gli altri: la decisione sulla nostra morte non riguarda dunque soltanto noi. Ancora, non potremmo essere liberi se all'origine della nostra libertà non vi fosse un'altra e più grande libertà, la libertà creatrice di Dio: se infatti fossimo soltanto frutto di una natura inconsapevole, governata dal caso e dalla necessità, da dove potrebbe venire la nostra libertà?"[764].

1.4.L'EUTANASIA AI MINORI

In Olanda e in Belgio la pratica dell'eutanasia è stata estesa anche ai minori.

In Olanda con il "Protocollo di Groningen" (elaborato dalla Clinica Universitaria di Groninger) dal 2004, l'eutanasia può essere somministrata a chi ha compiuto i dodici anni, oppure a un bambino fino al compimento del primo anno di età se presenta gravi malattie o malformazioni.

Il Parlamento belga l'ha estesa a ragazzi, bambini e neonati il 14 febbraio 2014 al termine di una frettolosa discussione dalla quale sono stati esclusi pediatri ed esperti del settore e firmata dal re Filippo il 2 marzo 2014. Ma, nonostante che la legge fu approvata velocemente poiché ritenuta "urgentissima", nei due anni successivi non risultava nessuna domanda, mentre tra il 2016 e il 2017 hanno ricevuto l'iniezione letale tre ragazzi/adolescenti di 9, 11 e 17 anni. Quello di 17enne era affetto da distrofia muscolare di Duchenne, quello di 9 anni soffriva di tumore al cervello, mentre quello di 11 aveva la fibrosi cistica.

Un bambino/ragazzo/adolescente può ottenere l'eutanasia se soffre di dolori fisici insopportabili, oppure è giunto allo stadio terminale della vita. La richiesta deve essere libera e ottenere il consenso di entrambi i genitori. Ma è credibile che a 11 anni un ragazzo abbia compiuto liberamente la scelta di morire senza essere influenzato da terzi, comprendendo pienamente ciò stava compiendo? E, chi soffre di fibrosi cistica, può essere definito un malato terminale? Le statistiche suggeriscono un'aspettativa mediana di vita intorno ai 40 anni, età in continuo aumento per i progressi della ricerca.

2. Suicidio Assistito

Il suicidio assistito è il facilitare il malato a porre fine alla propria vita. L'unica diversità dall'eutanasia riguarda chi compie l'atto: l'eutanasia, l'operatore sanitario; il suicidio assistito, (molto probabilmente) la persona stessa.

A livello etico ma anche linguistico la valutazione è simile: è sempre la collaborazione che si offre a una persona a morire, e non come si afferma comunemente nell' "aiutare a morire", poiché "aiutare" significa assistere un morente nel trapasso, alleviargli il dolore, dirgli che desideriamo la sua presenza in terra fino all'ultimo, essendo pronti a lottare insieme nella sofferenza e nel cammino al suo destino eterno.

Nei Paesi che hanno introdotto l'eutanasia, la discussione si è svolta prima attorno al "diritto al suicidio" per poi passare con il trascorrere del tempo

[764] Prefazione al libro: E. ROCCELLA, *Eluana non deve morire. La politica e il caso Englaro*, Rubbettino, Soveria Mannelli (Cz) 2019.

all'eutanasia. Il suicidio (assistito o no) è un male, è una sconfitta, è la negazione della solidarietà, dell'amicizia e dell'amore.

3.Suicidio assistito e eutanasia nel mondo

Fermiamo la nostra attenzione unicamente sui Paesi dove è autorizzata l'eutanasia e consentito il suicidio assistito. Però, anche in altre nazioni, è ammessa più o meno implicitamente "l'eutanasia passiva" (Finlandia, Germania, Spagna, Ungheria), o è mascherata come in Francia dal gennaio 2016 dalla dicitura "sedazione profonda e continua", o in Norvegia dove è prevista una riduzione di pena se l'autore ha aiutato a far morire qualcuno dietro sua esplicita e ripetuta richiesta. L'eutanasia e il suicidio assistito sono illegali in Gran Bretagna, e chi collabora al suicidio assistito è condannato per "istigazione al suicidio", ma, vedremo inseguito, le conseguenze nefaste, soprattutto sui bambini del "best interest" che però in alcuni casi non ha risparmiato neppure gli adulti. Comunque, l'Ordine dei Medici di quel Paese con tre sondaggi negli ultimi quindici anni, si propone di convincere i medici a maturare una mentalità favorevole almeno al suidicio assistito. In Portogallo suicidio assistito e eutanasia rimangono un reato, però è ammessa la possibilità di sospendere i trattamenti in situazioni terminali escludendo l'idratazione e l'alimentazione artificiale.

In Europa l'eutanasia volontaria è legale in Olanda dal 2002, in Belgio dal 2004 e in Lussemburgo dal 2009 mentre il Svizzera è consentito il suicidio assistito. Esamineremo, inoltre, la situazione del Canada dove l'eutanasia è autorizzata dal 2015, dell'Australia e degli Stati Uniti

BELGIO

In Belgio, i morti per eutanasia, sono in continuo aumento. 349 nel 2004 anno di approvazione delle legge, 2309 nel 2017. Esaminando i dati del 2017, il decesso non era atteso a breve in 654 casi, il 25% dei pazienti per i quali si poteva intervenire con altre modalità. Il 64% dei casi erano malati tumorali, il 25% soffrivano di poli-patologie, una situazione classica dell'anziano spesso portatore di varie malattie, il 6,9% erano malati con patologie del sistema nervoso e il 4% di quello respiratorio[765].

Per il momento, il medico, liberamente può fare obiezione di coscienza anche se si è tentato di eliminare questo diritto.

Nel 2014 il partito socialista belga richiese un'estensione della legge per le persone con progressiva perdita dello stato di coscienza o affetti dal morbo di Alzheimer.

Considerando che la popolazione del Belgio è di circa 11 milioni di abitanti, se gli stessi dati riguardassero l'Italia i morti potrebbero essere 14.000 ogni anno; una cifra considerevole e con la prospettiva di un costante aumento.

Ma, i belgi, stanno anche rendendosi conto dell'errore compiuto, e sempre più persone si recano nei comuni dove hanno depositato la dichiarazione anticipata di

[765] Dati pubblicati nell'VIII° Rapporto alle Camere legislative della Commissione federale di controllo e valutazione dell'eutanasia.

eutanasia per ritirarla e stralciarla. 170.942 domande dal 2004, 128.291 ancora valide, 42.651 scadute e non rinnovate.

OLANDA

Esamineremo la condizione di questo Paese, il pioniere dell'eutanasia, nell'exursus finale di questo capitolo.

SVIZZERA

In Svizzera il suicidio assistito è legale dal 1941 e possono accedervi anche cittadini stranieri. Farmaci mortali possono essere prescritti unicamente nei casi in cui il destinatario abbia un ruolo attivo nella somministrazione del farmaco stesso. In altre parole, l'articolo115 del codice penale svizzero, ritiene un reato aiutare una persona a suicidarsi solo per motivi "d'interesse personale".
In questo Paese, quindi, sono presenti Cliniche specializzate come quelle gestite da Dignitas, autorizzate a porre fine alla vita dei pazienti. Un suicidio assistito non dovrebbe costare più di 5.000 o 6.000 franchi svizzeri, ma il fondatore delle cliniche Dignitas, Ludwig Minelli, è accusato di avere incassato centinaia di migliaia di franchi illegalmente dalle vittime delle sue strutture. E, per sfasare un mito, ricordiamo che gli italiani che raggiungono il paese elvetico per uccidersi sono meno di cento all'anno.

CANADA

In Canada l'eutanasia attiva fu legalizzata nel dicembre 2015. E, nel 2018, 4.235 malati ne hanno fatto richiesta con un aumento del 57% rispetto al 2017 che ebbe 2.704 decessi, il 168% in più del 2016.
Per ottenerla è sufficiente essere portatore di una malattia incurabile che si ipotizzi porti alla morte in breve tempo.
Ma, quello che preoccupa maggiomente, fu la totale e immediata condivisione dei medici che ora ritengono la MAID (morte medicalmente assistita) un atto medico uguale al praticare qualsiasi terapia.
Questo orrore appare solo agli inizi, poiché i medici dell'ospedale dei bambini di Toronto hanno pubblicato nell'ottobre 2018 sulla rivista British Medical Journal's Medical Ethich le linee guida per una possibile eutanasia sui bambini nelle quali i genitori sono totalmente estromessi dalla decisione e sarebbero avvisati solo a morte avvenuta del proprio figlio.

AUSTRALIA

L'eutanasia attiva è illegale in Australia tranne che nel periodo compreso tra il 1995-97 in cui fu legale nel Territorio del Nord non garantito, in quel periodo, dalla costituzione nazionale. Ora, alcune organizzazioni, chiedono al governo di legiferare per rendere l'eutanasia possibile su tutto il territorio nazionale.
Il suicidio assistito è autorizzato. E, nello Stato di Victoria, troviamo una stampante in 3 D per l' "eutanasia fai da te"; la prima al macchina per suicidarsi, prodotta dal medico Philip Nitschke, direttore di Exit International. La macchina, chiamata "Sarco", è una capsula a forma di sarcofago, montata su una piattaforma. La persona entra, digita un codice, e un congegno riempe la capsula

di azoto uccidendo la persona.

STATI UNITI

Negli Stati Uniti solo in 6 Stati su 50 è legalizzato il suicidio assistito. In Oregon dal 1997, nello Stato di Washington dal 2008 e subito dopo in California, Colorado, Hawaii e Vermont.

L' eutanasia attiva è illegale ma il paziente ha il diritto di rifiutare le cure e i supporti medici, anche se tale decisione affrettano il decesso.

Inquietante è la storia di Alice Whiting che si è suicidata in California a 89 anni nel 2016. Non era malata terminale e quindi non poteva accedere al suicidio assistito. Come ha fatto? Seguendo le indicazioni di un articolo del New York Times che spiegava quale veleno utilizzare, in che dose ingerirlo, in quale città e farmacia acquistarlo. Lo ha spiegato il figlio David Whiting al giornale locale Orange County Register.

4.Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT)

Dopo anni di discussioni, a seguito dell'approvazione prima della Camera dei Deputati il 20 aprile 2017, poi del Senato il 14 dicembre 2017, il Disegno di Legge: "Norme in materia di consenso informato e di diposizioni anticipate di trattamento", le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) sono divenute legge anche nel nostro Paese, affermando esplicitamente, per la prima volta nella storia della Repubblica, la "disponibilità" della vita umana con ricadute preoccupanti per il cittadino, per il malato e per il medico.

Da notare che deputati e senatori ignorarono totalmente il parere negativo della maggioranza di medici, bioeticisti, giuristi, associazioni di cittadini auditi che avevano argomentato che il Disegno di legge doveva essere modificato, ognuno presentando autorevoli motivazioni. Al Senato su 42 audizioni ben 37 avevano evidenziato consistenti perplessità; lo stesso avvenne a Montecitorio. Questo diniego ha permesso l'approvazione di una normativa ambigua, con ampie falle di incostituzionalità, aperta a molteplici forzature.

4.1.SCHEMA DELLA LEGGE

Il testo è costituito di 8 articoli che affrontano due temi: il Consenso Informato e le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (Dat).

Esaminiamo sinteticamente gli aspetti più rilevanti.

Art. 1: Consenso informato

L'articolo afferma che il Consenso informato è l'atto fondante di ogni attività medica; di conseguenza "nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito" privo di questo. E, il medico, è obbligato a rispettare la volontà espressa dal paziente di accettare o di rifiutare un trattamento diagnostico o terapeutico; solo così sarà "esente da responsabilità civili o penali". Anche la nutrizione e l' alimentazione per via enterale o parenterale sono ritenuti "trattamenti sanitari", quindi il singolo può chiederne la sospensione. Infine, "la piena e corretta attuazione" della legge è a carico di "ogni struttura sanitaria pubblica o privata", ovviamente anche di quelle di ispirazione cristiana.

Negli 11 commi dell' articolo notiamo un costante intreccio di tre concetti: il principio di autodeterminazione del paziente, la mutazione della relazione medico-paziente, la concezione contrattualistica della cura.

Art. 2: Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

L'articolo chiede un'appropriata "terapia del dolore" da garantire anche nelle situazioni in cui il malato abbia rifiutato gli interventi indicati dal medico. Obbliga inoltre i sanitari ad astenersi da "ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati". Impone ai medici "in presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari" di applicare la "sedazione palliativa profonda continua". L'articolo fa riferimento anche alla legge 38/2000, quella riguardante le "cure palliative", snaturandone totalmente il senso come vedremo inseguito.

Art. 3: Minori e incapaci

L'articolo affrontato l'argomento del consenso dei minori e delle persone incapaci. Nel primo caso sarà espresso dai genitori, nel secondo dai tutori o amministratori di sostegno.

Art. 4: Disposizioni anticipate di trattamento

E' l'articolo centrale della legge poiché introduce le "Disposizioni Anticipate di Trattamento" (DAT). Ogni persona maggiorenne in grado di intendere e di volere, sottoscrivendole "in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi", esprime "le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari". E, anche qui, il medico è tenuto a rispettarle "senza fiatare"!

Art. 5: Pianificazione condivisa delle cure

Nella relazione tra medico e paziente, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante, "può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico è tenuto ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità".

Art. 6: Norma transitoria

L'articolo riguarda le Dichiarazioni depositate presso i comuni o i notai prima dell'entrata in vigore della normativa.

Art. 7: Clausola di invarianza finanziaria

Stabilisce che l'applicazione della legge avvenga senza oneri per la finanza pubblica.

Art. 8: Relazione alle Camere

Il Ministro della Salute relazionerà al Parlamento entro il 30 aprile di ogni anno.

4.2.CRITICITÀ

1.DISPOSIZIONI, DICHIARAZIONI E ASPETTO VINCOLANTE

La prima problematicità la riscontriamo nel titolo della legge: "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". Il termine "disposizioni" ha sostituito "dichiarazioni" presente nella formulazione originaria

del DDL.

Il baratto di “dichiarazioni” con “disposizioni” ha suscitato molteplici perplessità nelle audizioni parlamentari avendo i due vocaboli significati differenti e anche discordanti. Non è nostra intenzione proporre una disquisizione linguistica ma solo affermare il “peso” e il “potere” della singola parola che può costruire o distruggere, creare unione o divisione, fondare la vita o la morte. Ma purtroppo, siamo abituati a svuotare di significato anche termini altamente valoriali, da libertà ad amore, da diritti a responsabilità… E ciò è errato, poiché come affermava Nanni Moretti in “Palombella rossa”, le parole sono importanti, hanno un senso, devono assumere uno specifico significato.

IL TERMINE “DISPOSIZIONE”

E’ un “imperativo vincolante”, frequentemente utilizzato come sinonimo di norma. In questo testo orienta il rapporto medico-paziente nella direzione contrattualista a scapito della relazione di cura scordando l’impossibilità di una parità fra i due soggetti e l’asimmetria della relazione poiché il medico possiede delle competenza professionali, mentre il paziente, il più delle volte, è incapace di impostare un confronto obiettivo con il suo stato di salute, con le istanze scientifiche e con le conseguenze etico-morali. Inoltre, l’attività del medico, è fondata sui principi di autonomia, indipendenza e responsabilità, ha come riferimento le regole deontologiche, e “può rifiutare la propria opera professionale quando vengano richieste prestazioni in contrasto con la propria coscienza o con i propri convincimenti tecnico-scientifici”[766].

Il vocabolo “disposizioni” è concretizzato con affermazioni esplicite in vari punti della legge parlando di “autonomia decisionale del paziente” (art. 1, co. 2); di rifiuto di qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario (cfr. art. 1, co. 5), di vincolare le proprie volontà (cfr. art. 1, co. 1).

IL TERMINE “DICHIARAZIONE”

Fu usato dal Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) nel Parere del 18 dicembre 2003: “Dichiarazioni Anticipate di Trattamento”. Il Documento invitava i medici ad esaminare i trattamenti ai quali la persona desiderava o non essere sottoposta nel caso in cui non fosse stata più idonea a fornire un consenso o dissenso informato ma sempre “nell’ottica dell’orientamento”, non potendo vietare al medico di agire “secondo scienza e coscienza” compiendo ciò che reputava più opportuno nell’interesse del malato. Affermava il Parere: “Questo carattere non (assolutamente) vincolante, ma nello stesso tempo non (meramente) orientativo, dei desideri del paziente non costituisce una violazione della sua autonomia, che anzi vi si esprime in tutta la sua pregnanza; e non costituisce neppure (come alcuni temono) una violazione dell’autonomia del medico e del personale sanitario. Si apre qui, infatti, lo spazio per l’esercizio dell’autonoma valutazione del medico, che non deve eseguire meccanicamente i desideri del paziente, ma anzi ha l’obbligo di valutarne l’attualità in relazione alla situazione clinica di questo e agli eventuali sviluppi della tecnologia medica o della ricerca farmacologica che possano essere avvenuti dopo la redazione delle dichiarazioni anticipate o che

[766] *Codice di Deontologia Medica* (versione 2018), art. 22.

possa sembrare palese che fossero ignorati dal paziente" (Punto 8).

Il termine "dichiarazioni" è presente anche nella "Convenzione di Oviedo" emanata il 4 aprile 1997 dal Consiglio d'Europa. In essa si dichiarava che "i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che, al momento dell'intervento, non è in grado di esprimere la sua volontà saranno tenuti in considerazione" (art. 9). Da questo articolo si deduce che "i desideri del malato" vanno considerati ma non sono vincolanti. Non a caso l'articolo 9 della Convenzione usa l' espressione "souhaits e wishes" che corrisponde al concetto di cosa desiderata ma non imposta a terzi. Anche il Codice di Deontologia medica all'articolo 38 è della stessa opinione affermando: "Il medico tiene conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento espresse in forma scritta (…). Il medico, nel tenere conto delle dichiarazioni anticipate di trattamento, verifica la loro congruenza logica e clinica con la condizione in atto e ispira la propria condotta al rispetto della dignità e della qualità di vita del paziente (…)". Infine: "procede comunque tempestivamente alle cure ritenute indispensabili e indifferibili".

LA DECISIONE "VINCOLANTE" DEL PAZIENTE

E' chiaramente ribadita, come già affermato, all'articolo 1, co. 5 acconsentendo al cittadino o al malato il rifiuto degli esami diagnostici e dei trattamenti sanitari anche salvavita. In più, il paziente, può rinunciare anche alla nutrizione e all'alimentazione per via enterale o parenterale. Questa serie di rifiuti che possiamo definire "la scelta del paziente dell' eutanasia passiva", demotivano il medico che esaudirà le volontà del malato per evitare fastidiose responsabilità penali o civili.

Ma le domanda che dobbiamo porci sono:

-*Chi può fare queste richieste*? Tutti coloro che sono in grado di intendere e di volere.

-*Quando?* Oggi in base allo stato esistenziale che si sta vivendo o "presagendo" la malattia di domani.

Questi interrogativi "mascherano" situazioni assai allarmanti.

Prima. Non contemplando il testo nessun vincolo e non specificando lo stato di salute della persona, ogni malattia anche lieve, può divenire "motivo di morte*",* poiché la sospensione delle cure può essere richiesta da chi sta vivendo un esaurimento nervoso e non intende affrontare le sfide della vita, o dall'anziano affetto da patologie croniche, o dal portatore di handicap che si ritiene un onere per la famiglia, soprattutto in quelle regioni dove è carente un'efficiente rete di servizi sanitari e sociali. In Olanda e Belgio si chiama eutanasia "attiva", in Italia, come già affermato, "passiva". Qual è la differenza tra le due metodologie che non modifica però la sostanza, poiché l'eutanasia è sempre "un attentato alla vita che nessuna autorità umana può legittimare essendo la vita dell'innocente un bene indisponibile"[767]? E' "attiva" quando si somministrano sostanze provocanti la morte; è "passiva" quando non si assumono terapie ordinarie o proporzionate alla situazione.

Seconda. *Come può un sano prevedere come reagirà da malato?*

[767] *Evangelium vitae*, op. cit., 3.

Tra il momento della redazione delle DAT e il tempo in cui saranno applicate, il più delle volte trascorrerà un lungo periodo. Inoltre, è impossibile conoscere in anticipo, quali patologie ci potrebbero affliggere domani. Per questo, l'esperienza di vari malati, mostra la diversità di prospettiva e di volontà nel sottoscrivere il biotestamento in un determinato periodo della vita, solitamente in condizioni di buona salute, e l'essere affetto da patologia grave o invalidante, quando lo stato d'animo potrebbe non corrispondere più al desiderio originario, poiché la fragilità esistenziale modifica i parametri di osservazione dei valori e delle vicissitudini della vita[768].

L'esperienza che riportiamo mostra la contraddizione tra quanto firmato nelle DAT e quanto richiesto dal malato nell'avvicinarsi alla morte. "Il signor Smith era un cardiopatico; giunto in ospedale per dolori al petto gli fu diagnosticato un infarto. Su richiesta del medico il paziente mostrò una copia del proprio testamento biologico, è un codice DNR (Do Not Resuscitate), un soggetto da non rianimare. Alle quattro del mattino il signor Smith lamentò un dolore sempre più forte, sudava e perciò chiamò l'infermiera con il campanello. Un cardiologo che transitava per la sala medica, accorgendosi dal monitor che il paziente era in arresto cardiaco, si precipitò nella sua stanza per tentare di defibrillarlo, ma fu fermato dall'infermiera essendo un codice DNR. Alla fine, il paziente, fu dichiarato morto"[769]. Il signor Smith ci insegna, oltre che aver espresso un consenso "disinformato", che i moribondi, spesso, si aggrappano alla vita con tutte le loro forze.

Terza. La "verità" dove la mettiamo?

Il tema già trattato precedentemente oltrepassa le DAT ma contemporaneamente le interpella pesantemente in nome di quel consenso libero e informato continuamente decantato.

2.SPROPORZIONALITÀ DELLE CURE, ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE PER VIA ENTERALE O PARENTERALE

SPROPORZIONALITÀ DELLE CURE

Anche l'affermazione dell'articolo 2 co. 2: "Il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati" è ambigua.

Premesso che con "trattamenti inutili o sproporzionati" possiamo intende l'accanimento terapeutico sempre proibito[770], quello che fa problema è la dicitura:

[768] Cfr.: R. PUCCETTI, M.C. POGGETTO, V. CASTIGLIOLA, M.L. DI PIETRO, *Dichiarazioni anticipate di trattamento (Dat): revisione della letteratura*, in Medicina e Morale, LXI, n. 3.

[769] R. PUCCETTI, *Se il testamento biologico apre alla cattiva pratica medica*, in Newsletter di Scienza & Vita, 2009, n. 18.

[770] L'accanimento terapeutico è proibito da vari documenti: dal Codice di Deontologia Medica (versione 2018, art. 16) alla Convenzione di Oviedo(art. 24).Questa è pure la posizione della Chiesa cattolica ribadita nuovamente nel novembre 2017 da papa Francesco nel Messaggio ai partecipanti al Meeting Regionale Europeo della World Medical Association sulle questioni del Fine-vita: "È dunque moralmente lecito rinunciare all'applicazione di mezzi terapeutici, o sospenderli, quando il loro impiego non corrisponde a quel criterio etico e umanistico che verrà in seguito definito 'proporzionalità delle cure' (cfr. Congregazione per la Dottrina della Fede, Dichiarazione sull'eutanasia, 5 maggio 1980, IV: Acta Apostolicae Sedis LXXII - 1980, 542-552). L'aspetto peculiare di tale criterio è che prende in considerazione 'il risultato che ci si può

“somministrazione delle cure” avendo confuso il termine “cura” con quello di “terapia” che non sono sinonimi ma azioni distinte. Infatti, la “terapia”, è il complesso di interventi medici e farmacologici che hanno come finalità la guarigione, il miglioramento o la stabilizzazione del malato e in alcuni casi, ad esempio di fronte a situazioni terminali, possono divenire un “trattamento straordinario” e “sproporzionato”, perciò vanno sospesi. La “cura” invece è l'insieme di provvedimenti atti a conservare le condizioni psicofisiche del paziente nella situazione migliore fino alla morte. Potremmo definire la cura come il “farsi carico globalmente del paziente”, ricordata all’ articolo 39 del Codice di Deontologia Medica. “Il medico non abbandona il paziente con prognosi infausta o con definitiva compromissione dello stato di coscienza, ma continua ad assisterlo e se in condizioni terminali impronta la propria opera alla sedazione del dolore e al sollievo dalle sofferenze tutelando la volontà, la dignità e la qualità della vita”.

ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE PER VIA ENTERALE O PARENTERALE

Il testo all’articolo 1, co. 5 presenta l’alimentazione e l’ l’idratazione per via enterale o parenterale “trattamenti sanitari”, quindi il paziente può esigere di interromperli. Al di la del fatto che nuovamente non si specifica in quali situazioni possono essere sospesi, quello che vogliamo sottolineare è che nella “cura” devono rientrare sia l’alimentazione che l’ idratazione per via enterale o parenterale da fornire anche ai pazienti che versano in condizioni gravi, oppure sono in coma o in stato vegetativo persistente per il semplice fatto che la nutrizione e l’idratazione sono “sostegni vitali” sia per il sano che per il malato, dunque atti dovuti eticamente, deontologicamente e giuridicamente, e non smarriscono questa qualifica in base al mezzo utilizzato per assumerli. Se queste fossero sospese, il paziente morirebbe, non a causa della malattia che lo affligge ma per la sottrazione, appunto, dei mezzi di ordinaria sussistenza configurando questa azione come eutanasia passiva.

Il carattere artificiale della nutrizione è presente anche in altre situazioni; ad esempio con il latte ricostituito per i neonati che non possono essere allattati dalla mamma per via naturale. Ma nessuno ritiene che questa nutrizione vada sospesa perché artificiale. Da notare, inoltre, che la sospensione soprattutto dell’idratazione, provocherebbe al malato atroci sofferenze che potrebbero

---

aspettare, tenuto conto delle condizioni dell’ammalato e delle sue forze fisiche e morali’ (ibid). Consente quindi di giungere a una decisione che si qualifica moralmente come rinuncia all’ accanimento terapeutico” (7 novembre 2017).

Da notare, però, l’ impossibilità a fornire dei protocolli esaustivi per scongiurare l’accanimento terapeutico, poiché la stessa terapia potrebbe essere ordinaria o straordinaria a secondo della situazione del paziente. Anche una trasfusione di sangue, praticata ad un ammalato in fase agonica, può configurarsi accanimento terapeutico. Osservava il prof. P.Mantegazza, rettore dell’Università degli Studi di Milano dal 1984 al 2001: “Certamente per il medico è un grosso problema, e crediamo che debba veramente agire in ‘scienza e coscienza’ quando deve decidere sull’utilità o sull’inutilità di un atto medico, e se deve continuare la terapia o no” (*Corriere Medico*, novembre 1989, pg. 8).Gli addetti ai lavori, ben sanno, che questo rischio oggi appare capovolto passando dall’accanimento terapeutico all’ “abbandono terapeutico” dovendo i medici, a volte, optare tra i costi e la cura più opportuna, faticando a prescrivere al paziente quanto scienza e coscienza suggeriscono. Osservava D. Pellegrino: "La battaglia più dura che molti medici oggi si trovano a combattere (...) si risolve, principalmente, nel tentativo di riduzione dei costi della sanità” (D.PELLEGRINO – A. TOMASMA, *Medicina per vocazione*, EDB, Roma 1992, pg. 32).

prolungarsi per giorni, non essendo la morte immediata, e allora il testo propone una soluzione quasi peggiore del problema: il ricorso alla sedazione profonda somministrando analgesici anche in dosi letali (cfr. art. 2, co. 2).

Dunque, "no" all'accanimento terapeutico e "no" all'abbandono terapeutico!

Al di là dalla nostra opinione anche la comunità medico-scientifica è dubbiosa sul fatto che l'alimentazione e l' idratazione per via enterale o parenterale siano terapia. Per quanto riguarda l'aspetto bioetico facciamo nostra quest' osservazione di F. D' Agostino, presidente onorario del Comitato Nazionale per la Bioetica: "La modalità di assunzione di cibo e acqua, anche se mediante sondino naso gastrico, non li rende un 'preparato artificiale' (come la deambulazione non diviene artificiale se l'individuo usa una protesi). Si tratta di cure proporzionate ed efficaci. La loro sospensione configura un abbandono del malato e una forma di eutanasia omissiva: la loro obbligatorietà si giustifica per la valenza umana e simbolica della cura di persone in condizioni di estrema vulnerabilità" [771].

3.IL GRANDE PASTICCIO DEL RAPPORTO MEDICO-PAZIENTE

Questa legge stravolge e altera il plurimillenario ruolo del medico, tramutandolo da difensore della vita in un acritico esecutore dei desideri di morte del paziente. Per questo molti medici sono terrorizzati, e vari più propensi ad arrendersi che a lottare ed alcuni temendo guai giridici sono orientati all'abbandono terapeutico.

Annotava il filosofo e psichiatra tedesco K. Jaspers: "un medico non è un tecnico, né un salvatore, ma un'esistenza che risponde ad un'altra esistenza…"[772].

Ma è eticamente e deontologicamente corretto e accettabile finalizzare un elemento primario della cura, cioè il rapporto medico-paziente, alla semplice firma di un documento enfatizzando la libertà del paziente e riducendo, fino farla scomparire, quella del medico?

La legge sulle DAT intende "riscrivere" l'identikit del medico e il suo rapporto con il malato come affermato da accreditati professionisti, avendo volontariamente tralasciato nell'esporre la relazione tra i due alcuni principi etici essenziali nella buona pratica clinica: dal principio di beneficialità e non maleficialità a quello di fedeltà, dal principio di giustizia a quello della prudenza, dal principio di totalità (o terapeutico) a quello del duplice effetto. Il medico, è descritto in questo testo normativo, come un nemico da difendersi o un violento che condiziona il libero arbitrio del sofferente per il semplice motivo che svolge la sua professione che è quella del curare in "scienza e coscienza".

Si costringe, inoltre, il sanitario a compiere "azioni illecite", altrimenti non avrebbe senso l'affermazione riportata al comma 6 del primo articolo: "il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale". La sottolineatura dell'esenzione del medico "da responsabilità civile o penale", è una chiara conferma che al medico potrebbero essere richieste prestazioni illecite eticamente.

Due interrogativi.

Quale medico desidera il malato del terzo millennio?

---

[771] *Bioetica. Nozioni fondamentali,* op. cit., pg. 197.

[772] K. JASPERS, *Il medico nell'età della tecnica,* Cortina Editore, Milano 1991, pg. 91.

Quando possiamo affermare che un consenso è libero e informato poiché la normativa non offre parametri di riferimento?

QUALE MEDICO DESIDERA IL MALATO DEL TERZO MILLENNIO?

Il malato del terzo millennio non ricerca un medico burocrate o meramente esecutore delle sue richieste, ma un professionista "compagno di viaggio" con il quale stipulare un' ideale "alleanza terapeutica", che pur valorizzando la sua autonomia fondi la relazione sulla reciproca fiducia in un clima di umana solidarietà che porti a una valutazione condivisa delle varie terapie o anche alla loro sospensione.

Quanti malati chiedono al loro medico: "lei cosa farebbe se fosse al mio posto?". E, nei momenti difficili, le decisioni migliori sono quelle sostenute da un'alleanza terapeutica tra medico, famigliari e paziente.

QUANDO UN CONSENSO È LIBERO E INFORMATO?

Il Consenso informato fu definito dal Comitato Nazionale per la Bioetica, "la legittimazione e il fondamento dell'atto medico e, allo stesso tempo, strumento per realizzare quella ricerca di alleanza terapeutica - nell'ambito delle leggi e dei codici deontologici - e di piena umanizzazione dei rapporti fra medico e paziente cui aspira la società attuale"[773]. Dunque, il consenso all'atto medico da parte del paziente, non è primariamente o esclusivamente un problema etico - uno dei tanti che la pratica medica genera - e tanto meno unicamente un aspetto deontologico o giuridico, ma s'inerisce nell'essere della medicina, essendo il "presupposto antropologico" del rapporto fiduciale tra paziente e medico. Quindi, un documento ragguardevole e rilevante, che pone degli interrogativi a cui il testo legislativo non risponde, rischiando di vanificare il suo alto significato valoriale.

Come stilare un consenso informato? Con quale contenuto? In quale modo presentarlo? Che cosa significa "pianificazione condivisa delle cure" (cfr. art. 5)? Come dovrà comportarsi il medico di fronte ad urgenze ed imprevisti non contemplati dal consenso? Tutto ciò non ci è dato sapere. Riprenderemo nuovamente queste tematiche ma una certezza l'abbiamo: una firma posta in calce al consenso non può divenire motivo di una "condanna a morte" come abbiamo visto in precedenza per il signor Smith.

Il documento di consenso, o meglio le informazioni che dovrà contenere, devono rispondere alle attese del sofferente e a ciò che vuole realmente conoscere, ponderando anche la sua condizione psico-emotiva. I sofferenti, inoltre, rappresentano tutte le fasce d'età e di scolarità, non dimenticando le persone immigrate con alle spalle ambienti culturali, sociali e anche religiosi eterogenei. E, allora, come assicurarci che l'informazione sia realmente e totalmente compresa?

Nell'audizione al Senato, "Cittadinanza Attiva", ha fornito delle fondamentali indicazioni che come molte altre non sono state recepite.

"Auspichiamo che nel testo del DDL, alla base del consenso informato, o meglio all'origine di questo, non ci sia solo l'informazione che il medico rende alla persona, bensì anche e soprattutto l'informazione che la persona offre al medico, sulle sue aspettative di guarigione, sulle aspettative che la persona vorrebbe

[773] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Informazione e consenso all'atto medico,* Roma 1999, pg. 12.

realizzare attraverso la prestazione sanitaria. Dopo, e solo dopo, il medico illustra al paziente le possibilità terapeutiche che la scienza e la loro prestazione possono garantire al paziente e alla fine la persona sceglie consapevolmente se accettare o no la prestazione sanitaria".
"Sulla base della nostra esperienza sentiamo forte il bisogno di un'informativa tra il medico e il paziente che non si esaurisca nel consenso, cioè prima che il medico inizi il trattamento sanitario (come se la "firma del consenso" fosse solo un atto burocratico e una liberatoria di responsabilità – oggi purtroppo, a volte, è percepita dalla persona in questo modo), ma che prosegua anche dopo quando tocca al paziente fare i conti con le modificazioni funzionali che la prestazione medica ha provocato o con il fallimento naturale di questa. Proponiamo quindi che all'interno del DDL si prevedano delle misure che diano azione concreta ad un vero e proprio diritto all'informazione dinamico durante tutto il percorso di cura della persona e non soltanto come accade oggi solo prima dell'intervento previsto".
"Spesso i moduli che riproducono il consenso sono incompleti rispetto ad alcune informazioni (alternative terapeutiche, grado di accesso all'innovazione garantito nella struttura…), poco comprensibili e fruibili per la persona, nonché difformi da struttura sanitaria a struttura sanitaria, anche per stesse tipologie di prestazioni. Questi sono realizzati dalle strutture sanitarie, in alcuni casi con la collaborazione delle sole società scientifiche di riferimento. Per questo proponiamo che all'interno del testo del DDL sia previsto espressamente la necessità di maggiore standardizzazione dell'architettura dei documenti che riproducono il consenso"[774].

4.OBIEZIONE DI COSCIENZA

Affermò il Ministro della Salute B. Lorenzin il 21 dicembre 2017 alla Camera dei Deputati nel corso del "Question Time" rispondendo a un'interrogazione del deputato A. Pagano: "Non ignoro che la legge appena approvata non contempla una specifica disciplina in tema di obiezione di coscienza per i medici".

Noi amplieremo la tematica anche alle strutture sanitarie di ispirazione cristiana e a tutti gli operatori sanitari poiché la legge coinvolge l'équipe assistenziale nella sua globalità.

E' obbligatorio e coercitivo che un testo riguardante "il fine vita", con la possibilità del malato di richiedere la sospensione delle terapie anche salva-vita, sia previsto esplicitamente il "diritto all'obiezione di coscienza", mentre la normativa sulle DAT non la contempla nonostante le molteplici richieste di chi fu ascoltato in audizione sia alla Camera sia al Senato. Quindi, non una dimenticanza, ma un vuoto premeditato!
E l'Associazione Luca Coscioni fu molto chiara: "Il ministro Lorenzin deve garantire l'applicazione di una legge di Stato di cui è lei stessa ministro. Il biotestamento non prevede l'obiezione di coscienza. I medici che sceglieranno di andare in questa direzione saranno perseguibili per aver violato la legge" dichiarò il segretario Filomena Gallo.

[774] Dal Documento prodotto da *Cittadinanza Attiva* per l'audizione di fronte alla 12° Commissione Igiene e Sanità del Senato, 12 maggio 2017.

OBIEZIONE DI COSCIENZA E STRUTTURE SANITARIE DI ISPIRAZIONE CRISTIANA

Il biotestamento dovrà essere concretizzato mediante proprie modalità organizzative in "ogni struttura sanitaria pubblica o privata" (art. 1, co 9), e questo pone gravosi dilemmi etici alle strutture sanitarie di ispirazione cristiana che in Italia sono circa 300 con oltre 50mila posti letto e altrettanti dipendenti. Rappresentano rilevanti poli scientifici e tecnologici, operano con strumenti e tecniche d'avanguardia a livello diagnostico, terapeutico e di recupero funzionale e sociale di soggetti affetti da menomazioni fisiche, psichiche e sensoriali. Sono Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), Ospedali classificati, Presidi psichiatrici, Case di cura, Centri di riabilitazione, Residenze sanitarie e assistenziali.

Il Ministro della Sanità Lorenzin nei giorni seguenti l'approvazione della legge, mostrò la volontà di dialogo con questi Enti per ricercare insieme una soluzione che salvaguardasse la loro identità valoriale. Magari sarà redatto da qualche ministro un atto amministrativo o emessa una circolare che autorizzi le strutture socio-sanitarie cattoliche a non dar seguito alle DAT, ma alcune osservazioni sono d'obbligo.

Non possiamo sottovalutare la gravosa e offensiva frase che la senatrice del PD Emilia De Blasi, presidente della Commissione Igiene e Sanità del Senato, nell'Ufficio di Presidenza del 12 giugno 2017 rivolse a queste Istituzioni, minacciandole che nell'ipotesi di conflitto l'unica soluzione sarebbe quella di "revocare le convenzioni"[775]. Eppure, questa affermazione, va ad inficiare ben due accordi internazionali. Il primo è il "Concordato tra Santa Sede e Repubblica Italiana", che all'articolo 7 comma 3 della legge 20 maggio 1985 che disciplina la revisione bilaterale degli accordi concordatari avvenuta il 18 febbraio 1984, recita: "Agli effetti tributari gli enti ecclesiastici aventi fine di religione o di culto, come pure le attività dirette a tali scopi, sono equiparati a quelli aventi fine di beneficenza o d'istruzione. Le attività diverse da quelle di religione o di culto, svolte dagli enti ecclesiastici, sono soggette, nel rispetto della struttura e della finalità di tali enti, alle leggi dello Stato concernenti tali attività e al regime tributario previsto per le medesime". Dunque: "nel rispetto della struttura e della finalità di tali enti"!

A giudizio di padre Virginio Bebber, presidente dell'Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari (Aris), "obbligare le nostre istituzioni ad andare contro le proprie finalità sarebbe un venir meno a una parte degli accordi concordatari"[776]. Problema già sollevato dallo stesso Bebber nell'Audizione al Senato nel maggio 2017, e questa fu la sua proposta: "In presenza di richiesta di sospensione di idratazione e alimentazione artificiali non giustificata da adeguate motivazioni cliniche e che risulti pertanto in conflitto con i princìpi etici cui gli enti cattolici si ispirano, dovrebbe essere data facoltà di non seguire le disposizioni, eventualmente proponendo il trasferimento del paziente a un'altra struttura".

Il secondo documento dimenticato dalla De Blasi è la Risoluzione del Consiglio d'Europa n. 1763 del 7 ottobre 2010 che afferma: "nessuna persona, nessuna struttura ospedaliera o istituzione sarà costretta, ritenuta colpevole o discriminata

[775] Cfr.: Webtv.Senato.it/4621?videoevento=3768 (a partire dal 35° minuto).
[776] SIR, 14 dicembre 2017.

in qualsiasi maniera per il rifiuto di effettuare o assistere a un aborto, di manipolazione umana, di eutanasia o qualsiasi atto che potrebbe causare la morte di un feto o un embrione, per qualsiasi ragione". E sulla base di tale assunto, la stessa risoluzione invita gli Stati membri a "guarantee the right to conscientious objection".
Quindi, il problema sembra risolto, ma a noi qualche dubbio resta; siamo certi che di fronte ad un contenzioso, il giudice, non applichi "la legge alla lettera", rinnegando sia l'eventuale atto amministrativo che le normative internazionali?
Una cosa però è certa come ha affermato don Carmine Arice superiore generale della Società dei Sacerdoti di San Giuseppe Benedetto Cottolengo: "Non possiamo eseguire pratiche che vadano contro il Vangelo, pazienza se la possibilità dell'obiezione di coscienza non è prevista dalla legge: è andato sotto processo Marco Cappato che accompagna le persone a fare il suicidio assistito, possiamo andarci anche noi che in un possibile conflitto tra la legge e il Vangelo siamo tenuti a scegliere il Vangelo", ma "noi non applicheremo le DAT"[777].

Concludendo rammentiamo che l'obiezione di coscienza dovrebbe essere inclusa nella legge come "diritto" non solo per il medico o per le strutture sanitarie di ispirazione cristiana ma per tutti gli operatori sanitari e amministrativi.

5.UN ULTERIORE PROBLEMA

L'articolo 4, co. 5 come già evidenziato afferma: "il medico è tenuto al rispetto delle DAT", quindi anche all'interruzione del trattamento terapeutico ma poi aggiunge: "salvo che queste (cioè le DAT) appaiono incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente". E, tu pensi, che allora il paziente non possa vantare ogni scusante per esigere l'applicazione delle dichiarazioni anticipate di trattamento, ma ti sbagli perché con la congiunzione "ovvero" il legislatore specifica meglio il concetto: "ovvero, sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento di vita". Di nuovo ricadiamo nelle ambiguità, poiché le DAT potranno essere disattese certamente di fronte a nuove terapie salvavita ma ad una condizione: solo se queste porteranno ad un "miglioramento di vita". Dobbiamo quindi interrogarci: che significato ha l'affermazione "miglioramento di vita"? E, "miglioramento di vita", rispetto a quando o a che cosa?

Ammettiamo che il signor Piero che aveva redatto le DAT è vittima di un incidente stradale e giunga in coma al pronto soccorso. Il medico lo può salvare, ma risvegliandosi dallo stato di coma, il signor Piero per i danni celebrali subiti dovrà trascorrere il resto della vita su una carrozzina, che ovviamente, è una situazione di vita peggiore della precedente. Come dovrà comportarsi il medico non potendo offrire a questo malavventurato un miglioramento dello stato di vita rispetto alla condizione precedente all'incidente?
La decisione dovrà essere presa "in accordo con il fiduciario" (art. 4, co 5) e, se tra i due, persiste un conflitto interverrà il giudice. Ma, anche questo, secondo quali elementi potrà fornire il proprio parere vincolante sul futuro del signor Piero?

[777] *L'Occidentale,* 15 dicembre 2017.

6.RESPONSABILITÀ SUI MINORI E INCAPACI

MINORI E INCAPACI

Il tema che riguarda pazienti che potremmo definire "doppiamente fragili" è trattato all'articolo 3, e anche qui, ci dispiace ripeterci, ma costatiamo aspetti poco condivisibili.

Fino all'approvazione della legge le decisioni per questi soggetti erano affidate al rappresentante legale (genitori, tutori, amministratori di sostegno…) ma con una chiara finalità: "salvaguardare il maggiore interesse del minore o dell'incapace". E, anche il medico, era coinvolto in questa tutela, infatti nel caso in cui per il minore i genitori avessero scelto di non salvare la vita del figlio, esempio non sottoponendolo a una terapia salvavita, il sanitario era tenuto a informare il giudice dei minori che nella maggioranza dei casi imponeva la terapia.

Nel nostro testo, pur rimanendo la tutela a genitori o tutori, il saggio principio della difesa della vita è capovolto come già avviene in Olanda (cfr.: Protocollo di Groningen) e in Belgio nelle decisioni di praticare l'eutanasia ai minori e agli incapaci poiché i genitori o tutori, hanno acquisito in questa normativa un "potere di vita e di morte" su figli e incapaci, anche disattendendo il parere medico che non possiede ormai nessuna importanza. Per la verità, anche qui, si è ricorso all'ambiguità poiché il comma 2 dell'articolo 3 afferma che il consenso da parte dei rappresentati legali deve essere prestato "avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del minore nel pieno rispetto della sua dignità". Ma, questo "pieno rispetto della dignità" può essere interpretato sibillinamente, poiché nell'attuale contesto societario "la dignità", il più delle volte, è associata alla "qualità della vita", e questa è percepita prevalentemente in termini di beni, d'efficienza e di piacere. Perché rianimare un neonato prematuro o non prematuro con sopravvivenza incerta o certa ma affetto da disabilità, magari down, costretto a vivere da infelice, secondo molti, per tutta la vita? Per alcuni si tutela meglio la loro dignità lasciandoli morire come vedremo inseguito trattando del "best interest" inglese. Anche in questo caso, una cosa è certa: chi decide non è il paziente, e questo dilata ulteriormente interpretazioni errate e arbitri.

Interessante per comprende appieno l'argomento è l'osservazione della "Comunità Papa Giovanni XXIII" fondata da don Oreste Benzi negli anni sessanta del XX secolo, che rivolge la sua opera alle varie forme di disagio sociale. "La normativa all'art.3 ci preoccupa notevolmente in quanto il DDL riconosce a Tutori e rappresentanti legali dei minori e delle persone interdette, amministratori di sostegno un potere decisionale 'anaffettivo', in quanto in moltissime situazioni le persone con disabilità gravi e gravissime con cui la nostra Comunità condivide la vita ogni giorno, in modo stabile e continuativo, 24h su 24, hanno tutori che non li hanno mai incontrati. Spessissimo i rappresentanti legali di queste persone in uno stato di fragilità esistenziale grave sono distanti ed estranei alla persona disabile che rappresentano. Si rischierebbe di riconoscere ai tutori e rappresentanti legali il potere di prendere decisioni fondamentali sulla vita di minori e incapaci senza aver mai condiviso con essi neanche un minuto della loro vita!"[778].

[778] Audizione presso la Commissione XII del Senato, 9 maggio 2017.

"L'INCAPACE" NON PUÒ REVOCARE IL CONSENSO

La "logica di morte" presente in vari passaggi della legge, la ritroviamo anche quando si afferma che una persona capace di intendere e volere che ha firmato le DAT ma poi è divenuta "incapace", non può revocare ciò che ha espresso avendo perduto "l' autonomia intellettuale". E, se questa, non ha nominato un fiduciario, secondo l'articolo 4 co. 4 la disposizione firmata molti anni prima, poiché le DAT non hanno scadenza, vincola il medico ad eseguire ciò che il poveraccio, ormai privato di tutti i diritti, aveva disposto.

Ma anche la presenza di un fiduciario non risolve la problematica dato che oltre ai dilemmi che questo deve affrontare, in alcuni casi lo stesso fiduciario potrebbe decidere condizionato da interessi personali o influenzato dal tornaconto dei parenti dell'incapace. In ogni caso al fiduciario è demandata una responsabilità enorme dovendo interpretare il desiderio attuale del suo assistito. Da ciò nasce la necessità che le DAT vadano continuamente attualizzate prevedendo una scadenza temporale, permettendo al firmatario di aggiornare le sue informazioni.

7.NEBULOSITÀ DELLA REGISTRAZIONE

Anche la stesura delle DAT è alquanto nebulosa.

Si afferma all'articolo 4, co. 6: "Le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del comune di residenza del disponente medesimo, che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito, oppure presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al comma 7".

Alcune osservazioni.

Primo. La legge non prevede nessuna presenza quando si redigono le DAT, neppure quella del medico. Ciò significa che possono essere formulate senza possedere adeguate nozioni sui trattamenti sanitari da scegliere e sull'iter terapeutico che si seguirà.

Secondo. L'assenza di testimoni non permette l'accertamento che in quel momento la persona sia lucida e consapevole, potrebbe quindi essere sotto l'effetto di alcol o di stupefacenti, oppure essere condizionata da patologie depressive o psicotiche. Basta andare in comune, all'ufficio anagrafe e dire all'impiegato: "Mi chiamo Pietro Paolo, questa è la mia carta d'identità e queste sono le mie DAT, le conservi come meglio crede". E l'impiegato, ovviamente senza controllare il contenuto del testo, si accerta unicamente che chi ha firmato le DAT sia effettivamente chi dichiara di essere.

Terzo. Non specificando uno schema di DAT, la persona può scaricare da Web qualsiasi testo anche quelli predisposti scaltramente da associazioni pro-eutanasia.

Dulcis in fundo. Ad un anno dall'approvazioni della legge le DAT depositate erano circa 30mila di cui 3.307 a Milano, 2.000 a Palermo, 1.365 a Roma.

4.3.LA NOSTRA PROPOSTA PER LA REVISIONE

Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento, sono "eticamente accettabile"

quando rassicurano la persona che non sarà oggetto di accanimento terapeutico o di cure sproporzionate e inutili.

Mostrano “ambiguità” quando il soggetto può totalmente e senza vincoli decidere il suo futuro.

Sono “inaccettabile”, quando chiaramente o occultamente, fossero sfruttate come strumento pre-eutanasistico.

Riteniamo che un testo che recepisca le osservazioni espresse in precedenza e che potrebbe essere di modello per la revisione di quello attuale è il cosiddetto “DDL Calabrò”.

Fu approvato nell’aprile 2011 dal Senato, passò all’esame della Commissione Affari Sociali della Camera e approvato dai deputati il 12 luglio 2011. Tornò nuovamente al Senato per l’approvazione definitiva essendo state apportate delle modifiche, ma il termine della XVI legislatura lo fece decadere.

Il testo era composto di otto articoli.

Art. 1: Tutela totale della vita umana

“La Repubblica Italiana riconosce e tutela la vita umana, quale diritto inviolabile e indisponibile, garantito anche nella fase terminale dell'esistenza e nell'ipotesi in cui la persona non sia più in grado di intendere e di volere, fino alla morte accertata nei modi di legge”.

Vietava inoltre esplicitamente “ogni forma di eutanasia e ogni forma di assistenza o di aiuto al suicidio, considerando l'attività medica e quella di assistenza alle persone esclusivamente finalizzate alla tutela della vita e della salute nonché all'alleviamento della sofferenza”.

Art. 2: Il Consenso Informato

“Salvo i casi previsti dalla legge, ogni trattamento sanitario è attivato previo consenso informato esplicito ed attuale del paziente prestato in modo libero e consapevole”.

Art. 3: Le DAT

Definiva la tipologia delle Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT), nelle quali il dichiarante: “esprime orientamenti e informazioni utili per il medico, circa l'attivazione di trattamenti terapeutici purché in conformità a quanto prescritto dalla presente legge”.

Alimentazione e idratazione “devono essere mantenute fino al termine della vita, ad eccezione del caso in cui le medesime risultino non più efficaci nel fornire al paziente i fattori nutrizionali necessari alle funzioni fisiologiche essenziali del corpo. Esse non possono formare oggetto di dichiarazione anticipata di trattamento”.

Le DAT sono valide unicamente per chi si trova “nell'incapacità permanente di comprendere le informazioni circa il trattamento sanitario e le sue conseguenze per accertata assenza di attività cerebrale integrativa cortico-sottocorticale e, pertanto, non può assumere decisioni che lo riguardano”.

Art. 4: Durata

Le DAT hanno validità di 5 anni e sono rinnovabili.

Art. 5: Assistenza agli stati vegetativi.

Entro due mesi dal varo della legge il Ministero della Salute predisporrà le “linee

guida a cui le regioni si conformano" per "assicurare l'assistenza ospedaliera, residenziale e domiciliare per i soggetti in stato vegetativo".

Art. 6: Il Fiduciario

Il Fiduciario, nominato dal dichiarante, è "l'unico soggetto legalmente autorizzato ad interagire con il medico". Se il paziente non indica un Fiduciario le sue incombenze saranno adempiute dai familiari, come previsto dal codice civile.

Art. 7: DAT non vincolanti per il medico

Le DAT non vincolanti per il medico: "Gli orientamenti espressi dal soggetto nella sua dichiarazione anticipata di trattamento sono presi in considerazione dal medico curante che, sentito il fiduciario, annota nella cartella clinica le motivazioni per le quali ritiene di seguirle o meno".

Art. 8: Registro nazionale

Sarà istituito il registro delle DAT "nell'ambito di un archivio unico nazionale informatico. Il titolare del trattamento dei dati contenuti nel predetto archivio è il Ministero della Salute".

5. Dopo il 24 settembre 2019

5.1. UN PO DI STORIA. LA BIASIMEVOLE STRUMENTALIZZAZIONE DEL MALATO FABIANO ANTONIANI

La nuova battaglia, o come affermano loro, cioè l'Associazione Luca Coscioni, la conquista del diritto a morire "quando" e "come" si vuole, riprese con un atto biasimevole e ripugnante: l'essersi buttati come squali su un indifeso "pesciolino malato", cioè Fabiano Antoniani, meglio conosciuto come Dj Fabo, tetraplegico e cieco a seguito di un incidente. Il determinato Marco Cappato, tesoriere dell'associazione Coscioni, accompagnò il povero Antoniani su sua richiesta nella clinica svizzera Dignitas e quest'ultimo, dopo essere stato sedato, assunse una sostanza letale premendo con i denti il pulsante, e si uccise. Era il 27 febbraio 2017.

Immediatamente, Cappato si autodenunciò con evidenti finalità propagandistiche pro-eutanasia alla procura di Milano per il reato di "aiuto al suicidio".

I magistrati Tiziana Siciliano e Sara Arduini nel maggio dello stesso anno chiesero l'archiviazione del caso poiche, secondo loro, "il fatto non sussiste".

Il Gip Luigi Gargiulo non accettò la richiesta e chiese l'imputazione coatta, rinviando il Cappato a processo con una doppia imputazione: per l'aiuto materiale offerto all' Antoniano e per aver rafforzato in lui il proposito di togliersi la vita.

Ma, la finalità di Cappato, è molto evidente. Ottenere una vittoria totale facendo dichiarare al Tribunale, come sembra vorrebbero anche i pubblici magisteri, che lui aiutò l'Antoniazzi ad esercitare un suo diritto, quello alla "dignità", e di conseguenza l'abrogazione del reato di aiuto al suicidio.

Trascorrono i mesi e i giudici milanesi non deliberarono; rimesero la questione alla Corte Costituzionale affinchè si pronunziasse sulla "legittimità costituzionale" dell'art. 580.

5.2.LA "PILATESCA" DECISIONE DELLA CORTE COSTITUZIONALE.

La Corte Costituzionale avrebbe potuto muoversi in diversi modi. Ribadire che l'aiuto al suicidio rimane un reato se non rispetta le condizioni previste della legge sulle DAT oppure dichiarare incostituzionale l'art. 580 cp. Ma non scelse nessuna delle due vie e pilatescamente coinvolse il Parlamento con l'ordinanza 207/2018, obbligandolo entro un anno a legiferare nuovamente sul fine vita, poi avrebbe stabilito se il reato di aiuto al suicidio è incostituzionale, in parte o in toto.

Leggendo l'ordinanza depositata il 16 novembre 2018 la Corte Costituzionale indica chiaramente la strada che il Parlamento avrebbe dovuto percorrere: il malato deve decidere come morire. Per la Corte infatti, si legge nel comunicato ufficiale, il divieto di aiuto al suicidio, "anche nell'odierno assetto costituzionale, ha una sua 'ragion d'essere' solo e soprattutto nei confronti delle persone vulnerabili che potrebbero essere facilmente indotte a concludere prematuramente la loro vita, qualora l'ordinamento consentisse a chiunque di cooperare anche soltanto all'esecuzione di una loro scelta suicida, magari per ragioni di personale tornaconto". Ciò nonostante, prosegue il comunicato, "non si può non tener conto di specifiche situazioni, inimmaginabili all'epoca in cui la norma incriminata fu introdotta". Quali sono queste "specifiche situazioni"? "Una persona affetta da una patologia irreversibile con sofferenze fisiche o psicologiche che trova assolutamente intollerabili, la quale sia tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti capace di prendere decisioni libere e consapevoli". È in questi casi "l'assistenza di terzi nel porre fine alla sua vita può presentarsi al malato come l'unica via d'uscita per sottrarsi, nel rispetto del proprio concetto di dignità della persona, a un mantenimento artificiale in vita non più voluto e che egli ha il diritto di rifiutare". In queste situazioni, prosegue la Corte, "il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare la libertà di autodeterminazione del malato nella scelta delle terapie, comprese quelle finalizzate a liberarlo dalle sofferenze, scaturente dagli articoli 2, 13 e 32, secondo comma, della Costituzione, imponendogli in ultima analisi un'unica modalità per congedarsi dalla vita, senza che tale limitazione possa ritenersi preordinata alla tutela di altro interesse costituzionalmente apprezzabile". Ancora: "se, infatti, il valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del malato di lasciarsi morire con l'interruzione dei trattamenti sanitari, non vi è ragione per la quale il medesimo valore debba tradursi in un ostacolo assoluto, penalmente presidiato, all'accoglimento della richiesta del malato di un aiuto che valga a sottrarlo al decorso più lento – apprezzato come contrario alla propria idea di morte dignitosa – conseguente all'anzidetta interruzione dei presidi di sostegno vitale'".

Pensiero ben riassunto da David Ermini, vicepresidente del Consiglio Superiore della Magistratura: "la Corte è netta nell'escludere l'esistenza di un diritto a morire, ma è altrettanto netta nell'escludere un dovere di vivere oltre ogni sofferenza". In altre parole: se il Parlamento non interverrà, la controversia ritornerà alla Corte. E sempre Ermini dichiarò: "è realisticamente alquanto difficile che una nuova legge possa essere approvata prima di settembre", di conseguenza potrà "ricadere proprio sulle spalle dei giudici la responsabilità di risolvere problemi etico-giuridici lasciati in sospeso dal legislatore"[779].

[779] *Eutanasia. Cartabia: "Via più semplice è intervento su legge 2017". Zingaretti: "Spero che si faccia una*

Nel frattempo il processo a carico di Cappato rimane sospeso.

Su questo provvedimento in molti si sono interrogati se un organo pur autorevole come la Corte Costituzionale sia abilitata a "dettare i compiti" al Parlamento, e addirittura i tempi per svolgerli, disinteressandosi della ampia della posta in gioco e dei tempi ristretti per agire.

5.3.12 MESI "PER FARE NULLA"

In Parlamento vengono depositati alcuni progetti di legge.

-La proposta, totalmente eutanasica, di iniziativa popolare dell'Associazione Luca Coscioni: "Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia".

-La proposta del deputato A. Cecconi del Gruppo Misto che introdurrebbe la disciplina dell'eutanasia nella legge sulle DAT.

-La proposta dei deputati M. Rostan (PD) e F. Conti di Liberi e Uguali che vorrebbe introdurrebbe come la precedente la disciplina dell'eutanasia nella legge sulle DAT.

-La proposta dei deputati D. Sarli e G. Trizzino entrambi del M5S per autorizzare il soggetto a richiede il suicidio assistito o l'eutanasia.

-La proposta del senatore M. Mantero M5S a favore dell'eutanasia.

-La proposta dei deputati A. Pagano e R. Turri entrambi della Lega per depenalizzare solo parzialmente l'assistenza al suicidio e correggere la legge sulle DAT su obiezione di coscienza e idratazion e nutrizione parenterale.

Il 30 gennaio si avvia l'iter per l'esame della proposta di "iniziativa popolare" e le audizioni di singoli e gruppi della società civile.

Siamo ormai a luglio, e mentre proseguono le audizioni, ci si rende conto che il testo dei rappresentati della Lega che aveva acquisito maggiore visibilità non troverà una convergenza tra gli alleati di governo, anzi si ha l'impressione che il M5S sia determinato a giungere al 24 settembre senza nessuna proposta, obbligando così la Corte Costituzionale a deliberare. Come? Non occorrono sfere di cristallo per prevederlo, dato che Cappato & company, avevano scritto tutto questo fin dall'inizio poiché, come afferma il Vangelo, "I figli di questo mondo sono più scaltri dei figli della luce" (Lc. 16,8).

Una clamorosa sconfitta per la "dignità" del Parlamento e di coloro che sono stati eletti dal popolo, ma a ciò senatori e deputati non sembravano interessati. Questo è anche un precedente che potrebbe minare per il futuro l'autonomia del potere legislativo, poichè nello Stato di diritto i giudici hanno il compito di applicare la legge, non di crearla approfittando dei cosiddetti "vuoti normativi".

Anche il Comitato Nazionale di Bioetica, il 18 luglio, pubblicò un parere dal titolo: "Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito"[780].

Rimandiamo alla lettura del testo essendo complesso riassumerlo; noi ci limitiamo a alcune osservazioni.

Ha affermato la profesoressa A. Morresi: "Dopo aver illustrato un quadro generale della problematica e di alcuni degli aspetti più ricorrenti nella letteratura di settore, nel tema, le nostre riflessioni sono state raccolte in tre argomentazioni: la prima,

---

norma che la comprenda" - https://www.ilfattoquotidiano.it/2019/05/09/eutanasia-cartabia-via-piu-semplice-e-intervento-su-legge-del-2017-zingaretti-spero-si-faccia-norma-che-la-comprenda/5166129/

[780] http://bioetica.governo.it/media/3785/p135_2019_parere-suicidio-medicalmente-assistito.pdf

sostenuta da 11 componenti nettamente contrari al suicidio assistito, fra cui la sottoscritta; la seconda, a cui hanno aderito in 13, favorevoli anche in condizioni più ampie di quelle individuate dalla Consulta, e la terza, formulata da 2 membri, che ritengono che la priorità sia assicurare a tutti concretamente le cure palliative prima di pensare a un eventuale intervento legislativo in merito, adesso. Ci sono poi tre postille: di Francesco D'Agostino, che spiega il suo voto contrario al parere; la mia, critica verso la legge 219, sulle Disposizioni anticipate di trattamento e che tra l'altro spiega che per la sottoscritta suicidio assistito ed eutanasia non sono diverse moralmente; di Maurizio Mori, su alcuni aspetti dell'obiezione di coscienza"[781].

Dunque, né chiusura, né apertura al suicidio assistito. Le posizioni rimangono lontane e, i membri hanno preferito dare conto di tutti gli orientamenti emersi, senza arrivare a delle conclusioni.

Noi, però non condividiamo il passaggio: "In generale, quindi, va sempre considerato che, su temi così delicati come quelli in esame, e a fronte di un pluralismo morale diffuso nella nostra società, etica e diritto non sempre convergono, e che le scelte del legislatore al riguardo devono mediare e bilanciare i diversi valori in gioco, al fine di potere rappresentare le diverse istanze provenienti dalla società" (pp. 7-8). La nostra contrarietà è ben motivata da T. Scandroglio. "Per il credente, ma anche per la persona che ragiona rettamente, il legislatore, deve porsi il fine di emanare leggi giuste, non necessariamente leggi condivise. Se poi sono pure condivise ben venga, ma il primo scopo è il bene comune e questo si edifica anche con leggi ovviamente giuste. E' la giustizia e dunque la conformità in ultima istanza ai principi di legge naturale che devono essere la stella polare del legislatore, non il compromesso e il bilanciamento degli interessi in gioco. Si può e a volte si deve mediare su ciò che è materia di compromesso, non sui principi non negoziabili. E la vita è uno di questi"[782].

Come solito, volutamente, alcuni mezzi di comunicazione hanno manipolato il pensiero dei membri del Comitato affermando esplicitamente che fosse a favore del suicidio assistito al punto che lo stesso Comitato ha dovuto pesantemente intervenire per correggere le storture interpretative[783].

Ma gli italiani cosa pensano realmente del suicidio assistito e dell'eutanasia? Secondo un sondaggio di Eurispes del gennaio 2019: "Il 73,4% del campione si dichiara favorevole all'eutanasia, un dato in forte ascesa rispetto agli anni passati, quando il 55,2% (2015) e il 59,9% (2016) degli italiani esprimevano la medesima

[781] *Non è vero che il Comitato di Bioetica è a favore del suicidio assistito*, Tempi.it, 31 luglio 2019.

[782] T. SCANDROGLIO, *Suicidio assistito, Comitato di Bioetica non ha detto "si"*, La Nuova Bussola Quotidiana, 1 agosto 2019.

[783] "Si prende atto del fatto che, anche a causa di qualche impropria comunicazione ai media, il parere del CNB-Comitato nazionale di bioetica sulla questione dell'aiuto al suicidio viene presentato come una sorta di adesione a quanto prospettato dalla Corte costituzionale con l'ordinanza n. 207/2018. Si ribadisce che il CNB è un organismo consultivo, al cui interno vi sono differenti posizioni ideali e culturali: su un tema così delicato come il fine vita tali posizioni si sono confrontate senza formare maggioranze o minoranze, quasi fosse un'assemblea elettiva. Di esse il parere dà conto, al punto che chi ha espresso il proprio voto ha poi avuto modo di redigere una postilla in coda al documento. Si intende sottolineare che è pertanto non rispettoso della varietà degli argomenti esposti da ciascun componente del Comitato dare l'idea della prevalenza di un orientamento sull'altro" (30 luglio 2019).

opinione”[784]. Ma poi, se lo leggi e lo approfondisci, ti accorgi che è una fake news o meglio, come la maggioranza dei sondaggi, dei “farlocchi”. Perché? Il 60,6% degli italiani nel sondaggio è contrario al suicidio assistito. Come mai questa discrepanza poiché varia unicamnte la tecnica del procurarsi la morte? Inoltre, il 64,6% degli italiani sono contrari all’eutanasia quando le motivazioni riguardano “gravi limitazioni fisiche” o “malattia inguaribile” (62,1%), o la “perdita totale della capacità di intendere e volere” (66%). E allora, da dove provengono i dati truffaldini pubblicati a caratteri cubitali? Dal fatto che il 77,5% degli intervistati è favorevole all’eutanasia “solo in caso di coma irreversibile” (77,5%) o di “estrema sofferenza fisica” (64,6%). E, per confondere maggiormente l’intervistato, il sondaggio si riferisce alla vicenda di Eluana Englaro che però non era in coma irreversibile. Solo un dato è reale: il 77,5% degli italiani è contrario all’accanimento terapeutico che come affermato è vietato.
Quindi possiamo chiaramente dichiarare che le risposte sono state estorte con raggiri, mentre magari l’intervistato in una mano teneva il telefono e con gli occhi si accertava che la frittata non bruciasse.

6. Malato in stato di veglia non responsivo[785]

Lo stato di “veglia non responsivo” dei malati, affermò il presidente della Federazione Internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici, professor G.L. Gigli, il 20 marzo 2004, porgendo il saluto a papa Giovanni Paolo II introducendo l’udienza a loro concessa, “è una tema che, da una frontiera della vita, mette in discussione le stesse nostre concezioni antropologiche, il senso della sofferenza umana, il diritto alla vita, i fondamenti della civile convivenza, la solidarietà all’interno delle relazioni sociali. Si tratta di argomenti, talvolta, di difficile soluzione, ai quali, in molte parti del mondo, sulla spinta anche di decisioni di tribunali, si sta cercando troppo spesso di offrire solo la risposta più semplice, quella della sospensione dell’idratazione e della nutrizione, sollevando almeno il dubbio di una generale forma di eutanasia per omissione”. E Gigli concluse: “Il dibattito coinvolge lo stesso mondo cattolico, lacerato talvolta nel prendere decisioni senza ritorno all’interno degli ospedali e delle istituzioni che si richiamano alla nostra fede”.

In Italia sono presenti circa 3000 malati in questa situazione; come considerarli? Quali atteggiamenti adottare nei loro confronti? E’ doveroso offrire a loro la nutrizione e l'idratazione medicalmente assistite?

---

[784] https://eurispes.eu/news/eurispes-rapporto-italia-2019-i-risultati/

[785] Useremo in questa parte non il termine “malato in stato vegetativo persistente” ma “malato in stato di veglia non responsivo” poiché tratteremo sempre di persone che per motivazioni varie si sono trovate in condizione di non coscienza.Ricordava san Giovanni Paolo II: “Di fronte ad un paziente in simili condizioni cliniche, non manca chi giunge a mettere in dubbio il permanere della sua stessa ‘qualità umana’, quasi come se l'aggettivo ‘vegetale’ (il cui uso è ormai consolidato), simbolicamente descrittivo di uno stato clinico, potesse o dovesse essere invece riferito al malato in quanto tale, degradandone di fatto il valore e la dignità personale. In questo senso, va rilevato come il termine in parola, pur confinato nell'ambito clinico, non sia certamente il più felice in riferimento a soggetti umani” (*Discorso ai partecipanti al Congresso organizzato dalla Federazione internazionale delle Associazioni dei Medici cattolici e dalla Pontificia Accademia per la Vita,* op. cit.).

Forniamo le risposte esaminando tre casi che scossero alcuni Paesi aprendo ampie discussioni nei contesti societari.

6.1.TERRY SCHIAVO - ELUANA ENGLARO – VINCENT LAMBERT

TERRY SCHIAVO

Terry Schiavo, 26 anni, il 25 febbraio 1990 ebbe un improvviso arresto cardiaco. Trasportata d'urgenza in ospedale, la giovane donna fu intubata e rimase in coma per due mesi e mezzo. Quando "uscì" dal coma, riacquistò un regolare ciclo sonno-veglia, ma non riprese conoscenza ed era totalmente assente la capacità cognitiva. Secondo i genitori, rispondeva agli stimoli esterni, sorrideva o piangeva e tentava di parlare pronunciando alcuni monosillabi. Per mesi fu nutrita da un sondino nasogastrico, poi le venne praticata una gastrostomia endoscopica percutanea affinché fosse nutrita da un tubo attraverso la parete addominale.

Il marito, tutore della donna che nel frattempo si era risposato, contro il parere dei genitori, chiese ai tribunali l'autorizzazione a sospendere l'alimentazione e l'idratazione medicalmente assistita sulla base di una affermazione fatta dall'ex-moglie in occasione di una visita alla nonna, che viveva "attaccata" ad un respiratore. L'ex-marito, e solo lui, però aveva udito Terry affermare che non avrebbe voluto vivere schiava di uno strumento medico.

La "battaglia legale" che vide contrapporsi l'ex marito di Terry e i genitori della donna, proseguì per quindici anni senza esclusione di colpi. Furono coinvolti anche il governatore della Florida e lo stesso presidente degli Stati Uniti affinchè promulgassero una legge che impedisse la rimozione del tubo di alimentazione della Schiavo. Ma, alla fine, dopo quattordici appelli e numerose mozioni, petizioni ed interrogazioni alla Corte della Florida, ex-marito e giudici, ebbero la meglio e il 25 marzo 2005 il tubo per l' alimentazione e l'idratazione medicalmente assistita fu rimosso definitivamente.

Morì di fame e di sete nella clinica del cure palliative "Pinellas Park" di Washinton, il 31 marzo 2005 dopo sette giorni di agonia; aveva 41 anni. Secondo il portavoce della famiglia Schindler, ai genitori di Terry, su ordine dell'ex-marito, fu proibito di entrare nella sua stanza della figlia durante le sue ultime ore di vita[786].

La storia di Terry Schiavo divenne un clamoroso caso mediatico a livello mondiale.

ELUANA ENGLARO

Eluana Englaro, 21 anni, di Lecco, il 19 gennaio 1992 fu vittima di un incidente d'auto e da allora, prima entrò in coma e poi in stato vegetativo persistente. Fu ricoverata all'ospedale di Lecco e di Sondrio, e per quindici anni assistita amorevolmente dalle Suore Misericordine alla Casa di Cura "Beato Talamoni" di Lecco.

Nel gennaio del 1999, Giuseppe Englaro, padre e tutore di Eluana, sollecitò la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione medicalmente assistita alla

[786] An Unsigned News Story. "Attorney: Terri's husband cradled her: 'It was a very emotional moment for many of us there'," *CNN*, 1° aprile 2005 link

figlia, ma alcune sentenze furono negative[787].

La prima svolta, a favore del padre, fu del 16 ottobre 2007 quando la "Corte di Cassazione" rinviò la decisione alla "Corte di Appello" di Milano, sostenendo che si poteva interrompere l'alimentazione e l'idratazione medicalmente assistita a due condizioni:

-"la condizione di stato vegetativo fosse, in base ad un rigoroso apprezzamento clinico, irreversibile e non vi fosse alcun fondamento medico, secondo gli standard scientifici riconosciuti a livello internazionale, che lasci supporre la benché minima possibilità di un qualche, sia pure flebile, recupero della coscienza e di ritorno ad una percezione del mondo esterno";

-la scelta di interrompere la nutrizione "fosse realmente espressiva, in base ad elementi di prova chiari, univoci e convincenti, della voce del paziente medesimo, tratta dalle sue precedenti dichiarazioni ovvero dalla sua personalità, dal suo stile di vita e dai suoi convincimenti, corrispondendo al suo modo di concepire, prima di cadere in stato di incoscienza, l'idea stessa di dignità della persona".

La seconda svolta fu del 25 giugno 2008 quando la "Corte di Appello" di Milano autorizzò con un "provvedimento" la chiusura del sondino naso-gastrico che nutriva e dissetava Eluana. La "Procura di Milano" si oppose al provvedimento; il "Parlamento" votò una mozione di "conflitto di attribuzione" nei confronti della "Corte di Appello" di Milano, affermando che i giudici avevano esercitato un potere improprio, essendo compito del Parlamento approvare le leggi e dei giudici unicamente applicarle. E le suore Misericordine chiesero al signor Englaro di affidare loro la figlia; ma il padre non accettò.

Infine, la "Corte di Cassazione" a Sezioni Unite, nel novembre 2008 rigettò i ricorsi della "Procura di Milano" e del "Parlamento" giudicandoli inammissibili non per i contenuti ma per "difetto di legittimazione all'impugnazione", cioè per "errore di forma". Il provvedimento della "Corte d'Appello", quindi, divenne definitivo! A nulla valse l'intervento del Governo guidato da S. Berlusconi con un Disegno di legge sul quale però il Presidente della Repubblica G. Napolitano non appose la sua firma[788].

Eluana morì alle 19.30, il 9 febbraio 2009, nella Casa di Cura "La Quiete" di Udine, dopo quattro giorni di agonia dalla chiusura del sondino naso-gastrico con indicibili tormenti causati dalla disidratazione, mentre alla Camera dei Deputati era in corso un drammatico dibattito sul Disegno di legge denominato "salva-Eluana" presentato tre giorni prima dal governo Berlusconi.

---

[787]-1999: Il *Tribunale di Lecco* respinge la richiesta del signor Englaro così pure la *Corte di Appello di Milano*.

-2003: Il *Tribunale di Lecco* e la *Corte di Appello di Milano* respingono la richiesta, non ritenendo il trattamento medico a cui Eluana era soggetta un accanimento terapeutico.

-2005: la *Corte di Cassazione* dichiara inammissibile il ricorso di papà Englaro.

-2006: Il Tribunale di Lecco e la *Corte di Appello di Milano* respingono un nuovo ricorso di Beppino Englaro.

[788] Informò il Quirinale: "Il presidente prendeva atto con rammarico della deliberazione da parte del Consiglio dei ministri del decreto-legge relativo al caso Englaro. Avendo verificato che il testo approvato non supera le obiezioni di incostituzionalità da lui tempestivamente rappresentate e motivate, il presidente ritiene di non poter procedere alla emanazione del decreto".

VINCENT LAMBERT

Vincent Lambert era un cittadino francese di 39 anni, ex-infermiere presso l'ospedale di Champagne, tetraplegico, precipitato nel 2008 in stato di "coma profondo" a seguito di un incidente stradale. Nel luglio del 2011 avvenne "il passaggio" dal coma allo stato di "coscienza minima" avendo subito danni irreversibili al cervello ed intraprese un percorso riabilitativo di kinesiterapia presso l'ospedale di Reims che verrà interrotto per scarsità di risultati nel dicembre 2012. Ma Vincent dormiva, si risvegliava, a volte piangeva, a volte sorrideva, ma non comunicava e non rispondeva significativamente agli stimoli esterni.

Nell'aprile del 2013, solo con l'accordo della moglie, fu sospesa l'alimentazione e ridotta l'idratazione. Il fatto fu scoperto, dopo trenta giorni, dal fratello che con i genitori denunciano i medici di tentato omicidio. Il Tar francese obbligò la ripresa dell'alimentazione e dell'idratazione. Nuovo stop nel gennaio 2014, subito revocato.

Il suo futuro, da quel momento, fu al centro di un'offensiva mediatico-giudiziaria con l'occulta intenzione di introduzione l'eutanasia in quel Paese. I medici che curavano Vincent, riferendosi alla "Legge Leonetti" (2005) sul "fine vita" che contemplava, a determinate condizioni, l'interruzione dei trattamenti sanitari e autorizzava i medici a somministrare massicce dosi terapeutiche per alleviare il dolore, anche se rischiavano di abbreviare la vita", decisero di abbandonare il paziente al suo destino.

Intanto la battaglia continuò nei tribunali: Consiglio di Stato Francese (il maggiore Foro amministrativo francese) e Corte Europea dei Diritti Umani di Strasburgo. A tutti, i genitori straziati, supplicavano che il loro figlio fosse curato e alimentato come ogni disabile o trasferito presso la loro abitazione. Il 5 giugno 2015 la Corte Europea con 12 voti favorevoli e 5 contrari[789], autorizzò i medici a staccare il sondino che alimentava e disseta Vincent. Anche se per i giudici di Strasburgo, questa decisione non era una violazione del "diritto alla vita" previsto dall'articolo 2 della Convenzione sui Diritti Umani, questa sentenza fu un altro passo indietro nella difesa della vita e nel rispetto della dignità della persona. Commentarono gli avvocati dei genitori di Vincent: "Essa ha convalidato l'arbitrio di una decisione medica presa sulla base di testimonianze interessate e contestate, dando per scontata la pretesa volontà di morire di Vincent Lambert, quando egli non può esprimersi. Essa ha convalidato – aggiungono gli avvocati – il fatto che oggi è conforme alla Convenzione provocare intenzionalmente la morte di un essere umano indifeso, privandolo di alimentazione e idratazione, in violazione formale dell'articolo 2 della Convenzione". "Vincent non ha mai chiesto

[789] I cinque giudici contrari alla decisione scrissero: "Dopo attenta riflessione, dopo che tutto è stato detto e scritto nelle sentenza, dopo che sono state fatte le più sottili distinzioni giuridiche e che i più sottili capelli sono stati spaccati in quattro, ciò che viene affermato è, né più né meno, che una persona gravemente handicappata, che si trova nell'incapacità di comunicare i propri desideri riguardo alla sua condizione attuale, può, sulla base di svariate affermazioni contestabili, essere privata di due componenti essenziali per il suo mantenimento in vita, cioè cibo e acqua, e che inoltre la Convenzione è inattiva di fronte a questa realtà. Noi non pensiamo soltanto – proseguono i cinque giudici – che questa conclusione sia spaventosa ma che in più – ci dispiace di doverlo affermare – essa equivalga a un passo indietro nel grado di protezione che la Convenzione e la Corte hanno fino a oggi offerto alle persone vulnerabili".

di morire, quindi quella di Strasburgo non è più la Corte europea dei diritti dell'Uomo vulnerabile, disabile, indifeso. Ormai è la Corte-europea dei diritti dell'Uomo in buona salute".

Da quel momento la vita di Vincent fu totalmente nelle mani dei medici dell'ospedale di Reims che decisero di sospendere nuovamente l'alimentazione, ma a metà luglio 2015 un nuovo e inatteso colpo di scena. La nuova Commissione medica dell'ospedale rimisero ogni decisione al Ministero della Salute.

Tra il 2016 e il 2018 diversi tribunali francesi, e per due volte la Corte di Cassazione, confermano la legittimità dello stop ai trattamenti sanitari. E, il 24 aprile 2019, il Consiglio di Stato conferma l'autorizzazione alla sospensione di alimentazione e idratazione.

Il 20 maggio 2019 vengono avviate le procedure per lo stop delle cure ma nella serata la Corte d'appello di Parigi ordina la ripresa della alimentazione e idratazione accogliendo a sorpresa la richiesta dei genitori, che hanno invocato le raccomandazioni del Comitato dei Diritti dei disabili delle Nazioni Unite. Il 28 giugno 2019 nuovo contro-colpo di scena: la Corte di Cassazione cancella la sentenza dei giudici d'appello. E, purtroppo, il 2 luglio i medici interrompono i trattamenti. Vincent morirà a seguito di un "eutanasia omissiva" l'11 luglio 2019.

Ha scritto sul quotidiano Avvenire il neurochirurgo Massimo Gandolfini il giorno prima della morte di Vincent: "da come appare nelle immagini che ci arrivano non è in stato vegetativo, bensì in 'stato di minima coscienza', non è attaccato a nessuna macchina, non è oggetto di nessun accanimento terapeutico, gode di vita biologica autonoma salvo l'alimentazione e l'accudimento igienico: pertanto morirà di inanizione (cioè a seguito della mancanza di sostentamento idrico e alimentare) esattamente come accadrebbe a ciascuno di noi se smettessimo di alimentarci. Purtroppo si tratta del 'classico' esempio di omicidio legale di Stato, sulla base della considerazione che si tratta di 'vita indegna di essere vissuta' (Hoche e Binding, 1922, anni del Terzo Reich)"[790].

6.2. DISTINZIONE TRA "COMA" E "STATO DI VEGLIA NON RESPONSIVO"

Il coma, dal vocabolo greco "κῶμα, cioè "sonno profondo", è lo stato d'incoscienza dovuto ad un danno (emorragico, ischemico, traumatico) subito dalla corteccia celebrale.

Rende la persona totalmente priva di coscienza[791] e di conseguenza incapace di relazionarsi con l'ambiente e di reagire agli stimoli ambientali e ai suoi personali. Per poter vivere, solitamente il paziente è dipendente da dispositivi medici che acconsentano agli organi vitali di svolgere le loro funzioni.

Il coma ha diversi gradi di profondità a secondo della lesione subita: può essere superficiale, medio, profondo, depassè (o morte cerebrale). Si evolve in tre direzioni: "la guarigione" (cioè il risveglio); "lo stato di veglia non responsivo" o di "coscienza minima" prodotto, solitamente, dalla lesione di una parte della

[790] *Sulla minima coscienza di Vincent notizie documentate e inequivoche*, Avvenire, 10 luglio 2019, pg. 2.

[791] La coscienza viene definita come: "la facoltà immediata di avvertire, comprendere, valutare i fatti che si verificano nella sfera dell'esperienza individuale o si prospettano in un futuro più o meno vicino" (G. DEVOTO – G. OLI, *Dizionario della lingua italiana*, Le Monnier, Firenze 1990, pg. 537).

corteccia celebrale; la "morte celebrale" quando il danno si estende a tutto il sistema nervoso centrale. Vi è inoltre una relazione tra la durata dello stato di coma, i meccanismo di recupero e il risultato finale; quanto più il coma è prolungato tanto più il recupero è difficoltoso e prolungato nel tempo.

Lo *stato di veglia non responsivo* può essere "transitorio" o "persistente"[792] ed è quello che dura da oltre due anni a causa di gravi compromissioni neurologiche, quando le possibilità di recupero diminuiscono, anche se alcuni casi di ripresa quasi totale si sono verificati dopo molto tempo.

In questa situazione, il paziente apre gli occhi, riprende il ritmo sonno-veglia, riacquista una minima mimica espressiva, ha l'attività respiratoria autonoma ed evidenzia una particolare reattività agli stimoli esterni.

La persona, però, non è mai cosciente di sé. Ma se "vengono alimentati e curati dalle eventuali complicanze (infezioni intercorrenti, scompensi…) possono vivere a lungo, per uno o più anni"[793]. E diversamente da come sono descritte dall'immaginario collettivo, queste persone sono spesso supportate unicamente da un sondino per la nutrizione e l'idratazione, nessun macchinario salva-vita[794].

Per quanto riguardava, ad esempio, Eluana, che era sottoposta anche a ginnastica passiva e gli veniva unicamente inserito un sondino naso-gastrico di notte, il suo neurologo C. A. Defanti, aveva dichiarato al "Corriere della Sera" poche ore prima della morte: "al di là della lesione celebrale, Eluana è una donna sana, mai una malattia, mai un antibiotico, probabilmente resisterà più a lungo della media".

In un libro di F. Cavallari, si narra ad esempio di Fulvia che ebbe un'emorragia cerebrale a 42 anni, nel 2010, mentre si trovava alla sedicesima settimana di gravidanza e la gestazione, pur essendo la donna in uno stato di veglia non responsivo, seguì il suo naturale percorso. La bambina nacque alla trentatreesima settimana, con taglio cesareo[795]. Un analogo fatto accadde nell'ottobre 2009 nella clinica di Erlagen, in Baviera, quando una donna in stato di veglia non responsivo, partorì un neonato sano.

6.3. LO STATO DI VEGLIA NON RESPONSIVO È SEMPRE DEFINITIVO?

La seconda motivazione per cui la "Corte di Appello" di Milano autorizzò la chiusura del sondino naso-gastrico di Eluana fu la certezza della definitività dello stato di veglia non responsivo della giovane. Ma sulla natura dello stato di veglia non responsivo, sulle possibilità di risveglio, e a che fase potrebbe giungere un'eventuale miglioramento, conosciamo molto poco; la scienza a riguardo è ancora molto approssimativa.

Abbiamo assistito alle vicende di molti che si sono risvegliati dopo anni di stato di veglia non responsivo, e tutti i racconti hanno dei tratti comuni, narrando di situazioni solo "apparentemente di non vita", poichè udivano le domande, avvertivano gli stimoli e, di conseguenza, la disperazione era causata dal non

[792] Si definisce "persistente" poichè nessuna prognosi è in grado di definire la sua irreversibilità.
[793] D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana,* Piemme, Casale Monferrato 2000, pg. 518.
[794] Cfr. MULTI-SOCIETY TASK FORCE, *American Congress of Rehabilitation of Medicine,Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1995, 76, pp. 205-9.
[795] Cfr.: F. CAVALLARI, *La vita in una stanza. Gli 'stati vegetativi' non esistono,* Itaca, Castel Bolognese (Ra), 2014.

poter rispondere e dall'incapacità di segnalare la loro coscienza[796]/[797].
Dunque, Terry, Eluana e Vincent, potrebbero aver percepire tutto ciò che si affermava nei riguardi della loro morte prossima, provocando sofferenze atroci.

Due commenti.

Benedetto XVI: "le persone in coma, anche quelle che vivono in questo stato da molti anni, possono percepire l'amore, l'attenzione, l'affetto di chi sta loro intorno"[798].

San Giovanni Paolo II: "Un uomo, anche se gravemente malato o impedito nell'esercizio delle sue funzioni più alte, è e sarà sempre un uomo, mai diventerà un 'vegetale' o un 'animale'"[799].

Dunque, una persona in stato di veglia non responsivo, non è un malato, ne tanto meno un malato terminale. E' un uomo con il massimo della disabilità che non necessita di cure specifiche ma unicamente di chi gli dia da mangiare, da bere e lo accudisca igienicamente come tutti i disabili gravi. Non essendoci l'esigenza di gestire macchine particolari può essere assistito anche presso la propria abitazione.

6.4. IL GRADO DI PERCEZIONE DI QUESTI MALATI

In parte abbiamo risposto all'interrogativo precedentemente, ma la riflessione che sottostà a questo punto è molto più ampia, e pone la domanda fondamentale: "*il grave disabile in stato di veglia non responsivo è ancora una persona?"*. E' il nocciolo del problema!

Alcuni medici tra i più noti, e purtroppo anche opinion leaders, riferendosi ad Eluana la definirono, tra altro, "morta diciassette anni prima", oppure giudicavano la sua esistenza simile a quella delle piante.

Ma come ricorda G. Rocchi, questa posizione "è scientificamente improponibile –

---

[796] Ne è un esempio, tra i molti, il caso di Massimiliano Tresoldi di Carugate (Mi). "Max, nel 1991, fu vittima di un terribile incidente stradale, rimase in coma vegetativo persistente per dieci anni, dal quale ne è uscito nove anni fa. Ce l'ha fatta grazie ai suoi genitori che per anni hanno lottato contro tutti e hanno sacrificato tutto per lui. La mamma Lucrezia e il papà Ernesto ora sono molto severi con Beppino Englaro: 'Fa del male a quelli come noi'.

Afferma la mamma: 'Mio figlio capiva tutto quando era in stato vegetativo. Nessuno se lo sa spiegare, nemmeno i medici, ma lui ricorda perfettamente i discorsi che abbiamo fatto quando lui non era cosciente. Stava sdraiato con gli occhi aperti, non comunicava, ma capiva tutto: di questo noi abbiamo la certezza. E' proprio per questo motivo che riteniamo un comportamento vergognoso quello del papà di Eluana Englaro: non si può togliere l'alimentazione a una persona che è ancora viva e farla morire di fame. E' un'atrocità immensa. Non dobbiamo essere ipocriti: pratichiamoli una puntura, tanto è comunque eutanasia. Io sono contraria all'accanimento terapeutico: se vedo una persona soffrire è giusto interrompere il dolore, ma non è questo il caso. Eluana come Max non è tenuta in vita da un respiratore o da una macchina, semplicemente c'era un sondino gastrico per l'alimentazione. Io ho scelto, quando mio figlio era ancora in coma, consapevole dei rischi, di interrompere quell'alimentazione forzata e di tornare a imboccare con pazienza ed amore Max ogni giorno. Certo è stato un lavoro lungo, ma vederlo rifiorire e recuperare peso è stato per noi una grande ricompensa' " (*La Gazzetta della Martesana*, 9 febbraio 2009 pg.11) .

[797]La testimonianza di Salvatore Crisafulli svegliatosi dopo molti anni di stato di veglia non responsivo: "I medici dicevano che non ero cosciente, ma io capivo tutto – dice Crisafulli – e piangevo perché non riuscivo a farmi capire. Sentivo mio fratello che diceva che secondo lui invece capivo tutto, e lo sentivo urlare perché non gli credevano. Ma io non potevo parlare, non potevo muovermi, non potevo far nulla per fargli capire che c'ero, che li sentivo. Così piangevo" (Corriere della sera, 20 maggio 2010).

[798] BENEDETTO XVI, *A Sua Immagine*, 22 aprile 2011.

[799] *Ai partecipanti al Congresso della Federazione internazionale delle Associazioni dei Medici Cattolici*, op. cit.

una persona è viva o morta: *tertium non datur*"[800], non esistendo in natura una terza possibilità di intermedialità tra vita e morte.
E' opportuno evidenziare, ricordava Rocchi, che la constatazione di morte è legata oltre che alla cessazione del battito cardiaco all'interruzione dell'attività cerebrale determinata da tre condizioni:
-lo stato di incoscienza,
-l'assenza di riflessi del tronco e di respirazione spontanea,
-il silenzio elettrico celebrale protratto per un determinato periodo di tempo.
*Nelle tre vittime della furia umana queste condizioni erano assenti; il loro cuore funzionava regolarmente e spontaneamente, il loro cervello ha sempre operato. Da ciò deduciamo tutti i malati in stato di veglia non responsivo, sono persone perfettamente e totalmente vive[801].

Interessante è il sottotitolo che Cavallari ha voluto per un suo libro dedicato alle persone in stato di veglia non responsivo: "Gli 'stati vegetativi' non esistono". Così giustifica la sua affermazione: "La declinazione in terza persona plurale, 'gli stati vegetativi' conferisce inevitabilmente il carattere di appartenenza a una categoria, una schematizzazione buona per i dati statistici, per qualche ricerca sui costi sanitari, ma nulla più. Con questo tipo di 'riduzionismo' scompare di fatto la persona, per lasciar posto unicamente alla patologia. Ma nelle stanze, nell'androne di ricevimento o nei giardini antistanti gli ingressi, del Don Orione e della Fondazione S. Maria Ausiliatrice di Bergamo e della Rsa Ovidio Cerruti di Capriate che ho visitato per scrivere il libro, non esistono 'gli stati vegetativi', ma persone in carne ed ossa. Uomini e donne, con storie alle spalle, figli o mogli che rispecchiano le loro esistenze. In ognuno di loro esiste e permane una soggettività particolare e insopprimibile, mai statica o temporalmente immutabile"[802]. E prosegue: "Le parole producono senso e cultura. É fondamentale allora riflettere anche sul termine 'vegetativo' che, se a livello clinico ha un suo significato strutturale, trasferito in un contesto antropologico, e soprattutto traslato nel linguaggio comune, rischia di insinuare l'idea che il paziente in stato vegetativo possa in qualche modo perdere la sua dignità ontologica di essere umano e divenire una specie di 'vegetale' "[803].

Lo sviluppo delle conoscenze che la risonanza magnetica funzionale, la Pet e l'Eeg ad alta densità hanno reso possibile in tema di funzione cosciente hanno dimostrato che in molti di questi disabili gravi si attivano aree celebrali a seguito di particolari stimoli. Di conseguenza, la loro, non è una "veglia" priva di coscienza. Negli ultimi anni, inoltre, sono state pubblicate numerose ricerche in prestigiose riviste internazionali riguardanti le attività di "coscienza sommersa" in questi malati anche in assenza di consapevolezza[804].

---

[800] G. ROCCHI, *Il caso Englaro. Le domande che bruciano,* Edizioni Studio Domenicano, Bologna 2009, pg. 49.
[801] Cfr.: *Il caso Englaro. Le domande che bruciano*, op. cit., pp. 50-51.
[802] Intervista alla *Nuova Bussola Quotidiana,* 23 dicembre 2014.
[803] Idem.
[804]Tra i molti studi riportiamo quello di un gruppo di ricercatori dell'Università del Western Ontario (USA), coordinati dal professor Damian Cruse, che ha dimostrato che è possibile, individuare lo stato di coscienza anche in questi pazienti. Sono stati sottoposti allo studio 16 pazienti in stato vegetativo a cui veniva chiesto di stringere il pugno ogni volta che sentivano il bip. Poi, in una successiva prova, i soggetti venivano invitati a muovere le dita, ogni volta che sentivano un suono. Per avere la certezza che le risposte motorie fossero

Possiamo concludere il paragrafo con la convinzione che le persone in stato di veglia non responsivo o che vivono una situazione di apparente non coscienza, sono vive e hanno il totale diritto e la piena dignità di proseguire la vita come ogni persona.

6.5. "L'INCERTEZZA" L'UNICO ELEMENTO "CERTO" DELLE SENTENZE

*Nelle vicende dei tre uccisi che assunsero ampi connotati ideologici, l'unico elemento provato ed accertato fu *l'incertezza.*

L' incertezza guidò il padre di Eluana nella battaglia per far chiudere il sondino che nutriva la figlia e l'incertezza guidò i giudici milanesi nell'emettere il provvedimento di condanna. Né coloro che furono favorevoli alla morte di Eluana, né quelli che chiesero la continuazione della sua vita trovarono certezze nell'ambito medico, scientifico o testimoniale.

Di fronte all'incertezza, quale atteggiamento assumere?

Quello della *massima prudenza!* La sentenza della Corte di Appello di Milano fu profondamente ingiusta non avendo tenuto presente questo principio etico, scordando l'antica arte della *iuris prudentia*, l'unica che crea sinergie tra "l'amministrazione della giustizia umana" e "l' orizzonte etico-morale". Se non altro, per motivi prudenziali, come avviene nel diritto penale dove si assumono posizioni a favore dell'imputato di fronte al minimo dubbio, così si doveva agire anche nei confronti di Eluana.

Lo stesso discorso è valido anche per Vincent.

L'unica motivazione difesa dai medici curanti e fatta propria dai vari organi di giustizia francesi e dalla Corte Europea di Strasburgo per condannare a morte Vincent fu la testimonianza della moglie, secondo la quale il marito avrebbe rifiutato la prospettiva di vivere in simili condizioni. Contrari a questa visione i genitori, in particolare la mamma che gridava: "Mio figlio non è un morto vivente; è un crimine di stato".

6.6.LA STORIA DI GIULIA

Concludiamo con la storia di Giulia, colpita nel marzo 2004 dalla rottura di un aneurisma a 15 anni.

Ci sono voluti sette anni, sette anni di nulla assoluto, finché Giulia un giorno di febbraio del 2011 ha sollevato la sua mano e ha accarezzato la madre. "Era tornata, non ero stata pazza a crederci. Corsi in corridoio a chiamare i medici ma non si capacitavano, poi entrarono in stanza e credettero perché videro…", afferma la mamma.

Oggi Giulia Brazzo ha 30 anni. Accoglie sorridente la giornalista del quotidiano Avvenire nella casetta in cui vive con la madre Maura Lombardi, 57, sotto la Basilica di Superga.

"Io e il padre eravamo al lavoro, a casa c'erano i miei genitori – racconta Maura –. Giulia tornava da scuola con due amiche, nel pomeriggio sarebbero andate al

---

realmente la conseguenza degli ordini impartiti, i ricercatori hanno ripetuto entrambe le prove per 200 volte. Si è visto che il cervello di 3 di essi su 16 rispondeva allo stesso modo di quello dei soggetti sani (Cfr.: *Bedside detection of awareness in the vegetative state: a cohort study* ,The Lancet, vol.378, Iussue 9809, pp. 2088 – 2094, 17 December 2011).

canile per prendere un cane a nostra insaputa e si stavano organizzando, quando si è sentita male. Le amiche sono riuscite a trascinarla fino a casa, dove Giulia ha detto le sue ultime tre parole, 'voglio la mamma', poi il blackout di sette anni. Era una ragazza solare, studiava allo scientifico con voti così alti che a fine anno la promossero lo stesso'. Un aneurisma scoppiato nel cervelletto aveva azzerato tutto. 'Era troppo grave per operarla, poi i medici del San Giovanni Bosco di Torino decisero che a 15 anni bisognava tentare…'. Dodici ore di intervento, tante sacche di sangue, infine lo stato vegetativo, 'irreversibile'.

Seguiranno negli anni altri venti interventi, gravissime emorragie, ascessi cerebrali, violente infezioni batteriche, ma anche l'umanità di medici straordinari. 'Quando fu chiaro che non c'era più niente da fare, Giulia fu mandata agli 'Anni Azzurri' di Volpiano, una lungodegenza meravigliosa ma troppo silenziosa, così abbiamo dipinto di mille colori la sua stanza e vi abbiamo portato il caos – sorride Maura –. A spese mie ho voluto che ogni giorno con Giulia ci fossero una logopedista, una neuropsicologa e soprattutto un'esperta di shiatsu e riflessologia plantare'. Col senno di poi fu un'idea vincente: sua figlia vagava in un pianeta sconosciuto, non c'era modo di comunicare con lei, 'immagina che cosa significa vedere che tua figlia soffre ma non poterle chiedere cosa le fa male? La riflessologa sembrava leggere oltre il muro del silenzio, aveva un *feedback* dei sintomi, ci azzeccava sempre'.

Al *feedback* emozionale invece pensava la madre: 'Sempre in maniche corte, stavo a contatto di pelle come la mamma e il bimbo allo stadio embrionale, perché un figlio ridotto così diventa puro senso, non hai nient'altro, è cieco muto e sordo'. Maura e il marito erano fortunati a vivere in Italia, la Asl pagava la retta, ma per Giulia volevano di più, così vendettero la casa dei loro sogni. 'La coppia non ha retto e ci siamo separati, ma il papà è sempre stato presente, lui la lavava tutti i giorni e la assisteva nelle notti, io c'ero le mattine e le sere, al pomeriggio lavoravo, ho avuto datori di lavoro splendidi'. E poi c'erano gli anziani, ospiti di un'altra ala della lungodegenza: loro tutti i giorni la portavano a spasso in giardino, e Giulia con la sua carrozzina era il bastone su cui si appoggiavano.

Il giorno del risveglio la mano di Giulia si è mossa sulla pelle della madre, ripercorrendo lentamente il suo braccio con una carezza inattesa. 'Non credevo ai miei occhi e le ho chiesto di rifarlo. Quando i medici sono accorsi, Giulia girava di nuovo lo sguardo. È stato come avere un neonato però abbiamo ricominciato, a quel punto tutti hanno capito che avevo avuto ragione per anni a dire che andava stimolata al massimo e le attività sono aumentate alla grande'. Trasferita al Cardinal Ferrari di Fontanellato (Parma), grazie all'*équipe* del dottor Antonio De Tanti in meno di due anni Giulia ha imparato a fare i primi passi, a parlare, persino a nuotare.

E oggi può raccontare: 'Degli anni di *blackout* non so nulla, dormivo, i miei primi ricordi dopo il risveglio sono stati mamma e papà. Sono una persona felice, anche se mi manca camminare e muovere la mano sinistra, però parlo e compongo in rima', ride. È la prima cosa che fece quando agli 'Anni Azzurri' il dottor De Tanti, chiamato di corsa da Fontanellato per un consulto, doveva verificare il suo risveglio. Anche noi le chiediamo due versi sul suo nome e lei improvvisa: 'Visto che con Giulia non c'è rima, la faccio col cognome e faccio prima!'. Sogna che 'J-

Ax e Fedez usino i miei testi rap per le loro canzoni', intanto partecipa alla Tourin Marathon, '42 chilometri in carrozzina', e con Fabrizio ha vinto l'edizione di Masterchef per disabili 'cucinando gli scialatielli al pesto'.

Fabrizio è il suo fidanzato, uscito da uno stato vegetativo dopo un incidente in moto, 'lui però cammina bene. Ci amiamo e vorremmo creare una famiglia, perché noi non dovremmo avere una nostra vita? Abbiamo fatto qualcosa di male?'. È la stessa domanda di sua madre, che per comprare a Giulia la casa del futuro ha chiesto alle banche di farle un mutuo proponendosi come garante, 'ma ti danno la possibilità solo se hai un figlio abile, se è disabile ti negano persino un mutuo cointestato. Perché quando non ci sarò più lei dovrebbe finire in un ricovero? Non ha l'Alzheimer, è lucida, adulta e consapevole: perché per le persone come Giulia non è prevista una vita?'. 'Io ho il mio stipendio – riprende Giulia (così chiama gli 800 euro tra invalidità e accompagnamento) – e con questo mi pago le due collaboratrici che alleggeriscono le fatiche della mamma, in particolare Erika che ormai è una sorella' "[805].

La nostra attenzione si rivolge ora alle varie famiglie che ogni giorno, per anni, assistono una persona in stato di veglia non responsivo che temono l'abbandono, poiché il più delle volte sono lasciate sole di fronte al dolore e alla loro domanda di cura. Il loro impegno continuo, totalizzante, svolto nell'anonimato e con amore, in attesa di un piccolo o grande segno da parte della comunità *civile, sono per tutta la società un significativo e incomiabile esempio di "vita buona".

7. A favore della dignità del morente

7.1.LE CURE PALLIATIVE

Una tipologia di intervento che privilegia il "morire con dignità" sono le Cure Palliative così descritte dall' Organizzazione Mondiale della Sanità: "Si occupano in maniera attiva e totale dei pazienti colpiti da una malattia che non risponde più a trattamenti specifici e la cui diretta conseguenza è la morte. Il controllo del dolore, di altri sintomi e degli aspetti psicologici, sociali e spirituali è di fondamentale importanza. Lo scopo delle cure palliative è il raggiungimento della miglior qualità di vita possibile per i pazienti e le loro famiglie". "Obbedendo ad una visione olistica della medicina, che prende in considerazione la persona umana nella sua totalità unificata di spirito e corpo, le cure palliative offrono al malato terminale una terapia globale (*total care*), i cui risultati sono, nella maggioranza dei casi, davvero sorprendenti"[806].

Numerosi sono i malati che giustificano un intervento palliativo poiché portatori di malattie croniche in fase avanzata e con una limitata attesa di vita. Non sono i malati terminali ma persone il cui orizzonte temporale si sta restringendo non unicamente per un tumore ma per Aids, per malattie celebro-vascolari o del sistema nervoso centrale e periferico, o cardio vascolari o dell'apparato

[805] L. BELLASPIGA, *La storia di Giulia in stato vegetativo permanente*, 25 maggio 2019, https://www.avvenire.it/attualita/pagine/il-risveglio-dopo-sette-anni-di-blackout

[806] M. CASCONE, *Diakonìa della vita. Manuale di Bioetica*, Edizione Università della Santa Croce, Roma 2004, pg. 383.

respiratorio... E i pazienti che nel mondo necessiterebbero di questo trattamento sono oltre 40 milioni, compresi bambini e neonati.

Dunque, le Cure Palliative, sono un ottimo ausilio per sostenere la pesantezza delle sofferenze nelle fasi pre-terminali e terminali dell'sistenza[807]. "E' un autentica cura da praticarsi con grande saggezza e senso del limite e nella piena assunzione delle responsabilità morali e professionale che qualifica la pratica della medicina. E' per il medico il modo più nobile di curare"[808].

Il vocavolo "palliative", proviene dal termine latino "pallium", che indicava il mantello di lana indossato dai pastori coprendoli totalmente, proprio perché le Cure Palliative sono "un mantello" che avvolgono il malato e la sua famiglia. Un significativo esempio è offerto da san Martino di Tours, vescovo del IV secolo, che trovandosi di fronte a un povero tremante per il freddo e non avendo nulla da offrirgli, tagliò in due, con la spada, il mantello che indossava, donandone la metà all'indigente. Metaforicamente l'episodio suggerisce gli obiettivi delle Cure Palliative. Il santo, pur non avendo eliminato la causa del disagio, cioè la povertà, coprendo quell'uomo lo ha protetto e ha contribuito a mitigare il suo malessere. Anche le Cure Palliative, non eliminano la patologia, cioè la causa della situazione di dolore, ma leniscono efficacemente le sofferenze; migliorano la qualità della vita, curano la persona nella sua totalità unificata; offrono al malato una terapia globale; lo difendono dallo scoraggiamento, dall'isolamento, dalla chiusura in se stesso affinché attenda serenamente il naturale decorso della malattia.

Le Cure Palliative, in senso generale, furono praticate da sempre negli enti assistenziali gestiti dalla Chiesa cattolica, ma nacquero ufficialmente nella seconda metà del XX secolo in Inghilterra con l'esperienza degli *hospices,* strutture che offrivano assistenza a chi stava vivendo la fase terminale dell'esistenza mediante una cura globale, cioè medico-infermieristica ma anche emotiva, psicologica, relazionale e spirituale. In Italia, questa modalità assistenziale fu intrapresa soltanto negli anni '80 del XX secolo, prevalentemente come servizi domiciliari, poichè gli ospedali erano carenti nell'assistenza dei morenti. Anche i medici, formati "per guarire ma poco per curare", erano scarsamente coscienti che l'ammalato in fase terminale non era un "già morto" ma una persona che stava percorrendo un tratto importante della vita. Quindi, l'etica delle Cure Palliative, si basa sul convincimento che anche nelle situazioni di disperazione, il paziente è una persona che deve essere curata con competenza e amore.

Si stima che ogni anno, in Italia, 250mila persone dovrebbero essere accompagnate da un approccio palliativo e i numeri aumenteranno annualmente per l'invecchiamento della popolazione. Il "Libro Bianco degli Hospice" riportava che ad aprile 2016 erano presenti sul territorio nazionale 175 strutture residenziali con un ampio disequilibrio tra nord e sud. Come pure la maggioranza della popolazione non conosce queste cure e non sa come accedervi. Emblematica fu

[807] "Per ammalato terminale si intende un malato inguaribile con una aspettativa di vita minore o uguale a 90 giorni, non più suscettibile di terapie chirurgiche, radianti o chemioterapiche" (L. GENTILE – P. FERRI, *Bioetica e cure palliative,* in L'Ancora nell'Unità di Salute, n.1, 2004, pg. 52, nota 2).

[808] *Bioetica. Nozioni fondamentali*, op. cit, pg. 218. Cfr.: AA. VV., *Né eutanasia né accanimento: la cura dei malati in stato vegetativo permanente,* Lateran University Press, Roma 2002.

l'affermazione di Ripa di Meana poco prima di morire di cancro il 4 gennaio 2017: "Fallo sapere, fatelo sapere". Aveva scoperto che per liberarsi dalla sofferenza "non si è costretti ad andare in Svizzera come io credevo di dover fare", perché esiste "la via italiana delle cure palliative, con la sedazione profonda". Aveva individuato ciò che la legge prevede da nove anni ma che pochi conoscono. Ciò è dovuto anche all'impreparazione di molti medici di famiglia, poiché il primo approccio palliativo toccherebbe a loro. La seconda fase, nelle ultime settimane di vita, alla "rete locale di cure palliative' con composta dal palliativista, l'assistente sociale, lo psicologo, l'assistente spirituale, gli infermieri specializzati…

Importante, dunque, per l'incremento di questo settore fu la legge n. 38 del 15 marzo 2010: "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" che tutela il diritto del cittadino ad accedere alle Cure Palliative. Inoltre, con il DPCM del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017: "Definizione e aggiornamento dei livelli di assistenza" anche le cure palliative furono inserite nei LEA (livelli di assistenza).

"La medicina palliativa costituisce oggi anche un valido strumento contro i sostenitori dell'eutanasia essendo una scelta attiva di accompagnamento alla vita, per darle ancora tutto il significato possibile, compatibilmente con una malattia che distrugge a poco a poco il corpo, ma generalmente mantiene integro e vivo ciò che di più significativo c'è nell'uomo: lo spirito e la mente, che dal corpo non sono mai disgiungibili"[809].

La Chiesa cattolica è totalmente favorevole alle Cure Palliative che definisce una forma di carità cristiana nel momento finale della vita, e sono "una riscoperta della vocazione più profonda della medicina, che consiste prima di tutto nel prendersi cura: il suo compito è di curare sempre, anche se non sempre è possibile guarire"[810].

Così un infermiera di un hospice riassume i desideri di questi malati: "Spesso la cosa più importante che offriamo ai nostri pazienti è una tazza di tè e la possibilità di parlare della morte. Ed è quello che vogliono davvero. Qualcuno che li ascolti e che condivida con loro questo ultimo viaggio senza spaventarsi e senza scappare. Senza volere, a tutti i costi, fare qualcosa"

L'augurio e l'auspicio è che si possa, nonostante la limitatezza delle risorse, ampliare questi interventi poichè il vero dramma dell'ammalato in fase terminale è che, quest'assistenza, in Italia è ancora troppo scarsa/[811].

Concludiamo riportando la "Carta dei diritti dei morenti" approvata nel 1997 dalla Fondazione Floriani di Milano che riassume le attese del malato terminale.

"Chi sta morendo ha diritto:

1. A essere considerato come persona sino alla morte.
2. A essere informato sulle sue condizioni, se lo vuole.
3. A non essere ingannato e a ricevere risposte veritiere.
4. A partecipare alle decisioni che lo riguardano e al rispetto della sua

[809] *Diakonìa della vita. Manuale di Bioetica,* op. cit., pg. 383.

[810] Lettera inviata dal cardinale P. Parolin a nome di Papa Francesco al Congresso Internazionale: "Palliative care: everywhere & by everyone" (28 febbraio-1marzo 2018).

[811] È online, e a disposizione di chiunque desideri consultarlo, Info Cure Palliative (www.infocurepalliative.it) ideato dalla Federazione Cure Palliative come supporto alle famiglie durante l'assistenza a domicilio di una persona malata in carico a un'équipe di cure domiciliari.

volontà.
5. Al sollievo del dolore e della sofferenza.
6. A cure ed assistenza continue nell'ambiente desiderato.
7. A non subire interventi che prolunghino il morire.
8. A esprimere le sue emozioni.
9. All'aiuto psicologico e al conforto spirituale, secondo le sue convinzioni e la sua fede.
10. Alla vicinanza dei suoi cari.
11. A non morire nell'isolamento e in solitudine.
12. A morire in pace e con dignità"[812].

7.2.LA TERAPIA ANTALGICA E LA SEDAZIONE PROFONDA

"Padre, se è possibile, allontana da me questo calice" (Mt. 26,39). Così il Signore Gesù si rivolse a Dio Padre la sera del giovedì santo mentre attendeva Giuda, il traditore, nell'Orto degli Ulivi.

Questa affermazione ci impegna ad alleviare il dolore, soprattutto quando è atroce, per consentire al paziente di vivere, quanto più serenamente possibile, l'ultimo periodo della vita. Ciò avviene anche con la somministrazione della terapia antalgica così definita: "la somma degli atti ed interventi tesi alla soppressione, attenuazione e forse anche a una diversa percezione di sensazioni dolorose, abnormi per tipo, intensità e durata, sì da incidere profondamente o in maniera episodica o ricorrente o continua sulla qualità della vita"[813].

Nel 2001 il Parlamento legiferò sulla fruizione dei farmaci oppiacei atti a sedare il dolore dei malati in fase terminale (morfina, ossicodone, buprenorfina, codeina, diidrocodeina, fentanyl, idrocodone, idromorfone, metadone…)[814].

Ma, la tematica, era già stata affrontata dalla Dottrina Cattolica; infatti, papa Pio XII il 24 febbraio 1954 parlando agli anestesisti, ne affermò la liceità e raccomandò di lenire il dolore particolarmente acuto non altrimenti alleviabile con l'uso di determinati oppiacei: "La soppressione del dolore e della coscienza per mezzo di narcotici (quando è richiesta da una indicazione medica) è permessa dalla religione e dalla morale al medico e al paziente"[815].

Accanto alla terapia antalgica troviamo la "sedazione profonda" che però è indispensabile in meno del 10% dei malati terminali. E' l'intervento terapeutico somministrato nel contesto del Cure Palliative in presenza dei "sintomi refrattari" e comporta la riduzione o la sopressione della coscienza. La "sedazione profonda" non è una forma di suicidio assistito o di eutanasia, poiché non anticipa la morte essendo i farmaci utilizzati sostanzialmente dei sedativi che non agiscono sui centri vitali con esiti letali.

Per procedere è indispensabile il "consenso del malato", poiché questi medicinali annebbiandolo o privandolo della conoscenza, potrebbro ostacolarlo nell' assolvere obblighi famigliari, professionali, civili e religiosi.

---

[812] Cfr.: www.fondazionefloriani.eu.
[813] M. ROMULI (a cura di), *Atti del simposio di terapia antalgica,* Accademia pratese di medicina e scienze, Prato 16 novembre 1980, pg. 6.
[814] Cfr.; Legge 12/2001: "Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici oppiacei nella terapia del dolore"
[815] Cfr. *Discorso ai medici,* in "Orizzonte medico", Roma 1954, pp. 562-563.

Terminiamo con le “tredici raccomandazioni” presentate al Congresso organizzato dalla Pontificia Accademia per la Vita (PAV), tenutosi a Roma dal 28 febbraio al 1 marzo 2018, dal titolo:“Palliative Care: everywhere & by Everyone. Palliative care in every region. Palliative care in every religion or belief”, per studiare la diffusione dell Cure Palliative nel mondo.

1.La politica riconosca il valore erico e sociale delle cure palliative e il diritto all’accesso universale.
2.Le Università prevadano corsi obbligatori per medici, infermieri, farmacisti e assistenti.
3.I farmacisti rendano sempre e ovunque preparati adatti per ogni paziente.
4.Le associazioni professionali si preoccupino di attuare le indicazioni internazionali.
5.Le autorità di farmacovigilanza privilegino la morfina rispetto agli oppioidi.
6.I mass media costruiscano consapevolezze su malattie avanzate e cure adeguate.
7.Gli Stati membri dell’Oms diffondano le cure palliative come parte dell’agenda per lo sviluppo sostenibile.
8.Le organizzazioni religiose garantiscano assistenza spirituale nei contesti sanitari.
9.Tutti gli ospedali offrano i farmaci per le cure palliative a costi accessibili.
10.Ai pazienti sia assicurata l’alfabetizzazione sanitaria.
11.Gli operatori sanitari siano certificati e soggetti a formazione continua.
12.Le organizzazioni benefiche si attivino per educazione, pressioni alle autorità, sensibilizzazione, cure a domicilio.
13.Le entità attive nei diritti umani integrino l’obiettivo di diffondere le cure palliative.

Exursus 1 - Olanda docet

Rileggendo la storia degli ultimi decenni in Olanda ci accorgiamo che “la via della morte” si aprì nel 1971, quando si rimosse con l’introduzione dell’aborto un pilastro fondamentale dell'etica medica: la difesa totale della vita umana.

Ma, l'Associazione dei Medici Olandesi, dichiarò che non avrebbe mai tollerato l'eutanasia, anche se, due anni dopo, un tribunale assolse un medico che “aveva affrettato la morte della madre” ed espresse i criteri riguardanti quando un medico non era tenuto a mantenere in vita un paziente contro la sua volontà. Queste regole furono formalizzate poiché applicate ad alcuni casi giudiziari negli anni ottanta e novanta. Un caso famoso riguardò lo psichiatra B. Chabot che somministrò una dose letale di medicinali a una donna depressa di cinquanta anni che rifiutava di subire il trattamento psichiatrico usuale, ma desiderava morire.

La porta era apertà e con il trascorrere degli anni si spalancò sempre di più fino al 2001 quando l’Associazione dei Medici accettò “l'eutanasia per pietà” che divenne legge dello Stato nel 2002. Il testo della normativa indicava da una parte la depenalizzazione dell’eutanasia come accoglienza del desiderio del paziente, ma autorizzava anche il medico, come vedremo inseguito, a sopprimere il sofferente motivato dal “miglior interesse per il malato”.

Emblematico, ma soprattutto scioccante, fu un manifesto affisso in tutto il Paese che rappresentava un orso yoghi sdraiato in una bara nell'atto di calarsi addosso il coperchio. E, nel 2005, solo il 15% dei medici olandesi rifiutava di compiere un atto eutanasico.

Perciò, non meraviglia, che a Groningen, nel nord dell'Olanda, sorse il primo ospedale al mondo dove l'eutanasia fu lecita anche sui minori. I rapporti ufficiali pubblicati dalla commissione che "controlla l'eutanasia" parlano di 16 ragazzi e adolescenti che dal 2005 hanno ricevuto la "dolce morte". Un ragazzo di 12 anni nel 2011, tra il 2012 e il 2015 cinque adolescenti sotto i 17 anni, nel 2015 uno di 16, nel 2016 due di 16 e 17 anni, altri tre sono morti nel 2017 e tre nel 2018. Undici di loro erano malati di cancro, non si sa nulla invece degli altri cinque.

Oppure, non meraviglia, che tra i medici si raccontano episodi allucinanti come se fosse normale uccidere un paziente per compiacerlo o condiscendere al desiderio dei famigliiari. "So di un malato d'Aizheimer ricoverato in una casa per non autosufficienti. Una settimana dopo la famiglia lo trova in stato di coma. Sospettano qualcosa e così lo fanno trasportare all'ospedale dove il paziente si riprende dopo l'infusione intravenosa di tre litri di liquido. Il figlio di un vecchio paziente ospedalizzato chiede ai medici di 'accelerare il processo', in modo che il funerale del padre possa avere luogo prima della sua partenza per le ferie all'estero già prenotate. I medici perciò gli somministrano molta morfina"[816].

Con il trascorrere del tempo i casi "extra-legem" divennero inarestabili. Non a caso "le uccisioni" sono passate da 1.882 nel 2002 a 3.136 nel 2010, a 6.858 nel 2018, il 4,4% dei decessi.

Inoltre, un associzione, la NVVE (Nederlandese Verening Voor Vrijwillge Euthanasie) con 161mila iscritti, si è battuta per l'eutanasia accessibile a tutte le persone che abbiano superato i 70 anni stanche della vita e vogliono deliberatamente porre termine alla loro esistenza richiedendo al servizio pubblico la "Kill Pill" (la pillola che uccide), distribuita dalle farmacie per essere poi assunta a casa propria. Inoltre, nelle norme entrate in vigore nel 2015, si legge che per domandare la morte prima dei 70 anni, "non è richiesto soffrire una malattia mortale. Un insieme di situazioni come problemi della vista, dell'udito, l'osteoporosi, l'artrite, problemi di equilibrio, possono causare sofferenze insostenibili senza prospettive di miglioramento per cui è meglio morire". Ad esempio, Gaby Olthuis, mamma di due figli di 13 e 15 anni, clarinettista in carriera e ammalata di acufene[817] chiese la "dolce morte". Dunque, la legge eutanasistica, si è estesa negli anni ad altre situazioni aprendo le porte della "dolce morte" a diverse fragilità: dai disabili[818] ai malati psichiatrici, dagli anziani ai depressi, dai malati di Alzheimer a persone affette da patologie neurodegenerative. Poiché quando l'uccisione si trasforma in "medicalmente accettata", l'azione da brutale è ritenuta vantaggiosa.

Sempre un progetto di legge olandese, si propone che l'eutanasia possa essere

[816] Testimonianze del prof. K. Gunning, in Avvenire 5 Dicembre 2005.

[817] L'acufene è un disturbo della capacità uditiva e consiste nella percezione di rumori, suoni, fischi e ronzii.

[818] Ad esempio "Health Psychology" n. 4 del 2007, in un articolo intitolato dal titolo: "Non ancora Morti", riporta le critiche alla legge sul suicidio assistito da parte dell'associazione di disabili, lamentandosi che si sta creandosi un doppio binario che da una parte porta a prevenirlo e dall'altra a legalizzarlo per chi è più fragile.

somministrata a “malati di mente” che ne abbiano fatto richiesta in precedenza. “Come soluzione alle inevitabili fragilità dell’esistenza umana, alle persone malate di mente verrà offerta la decisione di prevedere in tempo la loro uscita da questo mondo, quando altri giudicheranno venuto il momento”.

Anche in Italia esiste il sospetto che, già oggi, qualche medico esaudisca richieste eutanasiche di pazienti e di parenti, ovviamente adottando varie cautele affinché il decesso appaia “del tutto naturale”.

Che l'eutanasia possa sostituire in un futuro prossimo, più vicino di quello che riteniamo, i consistenti costi della sanità, non è da escludere, anzi, è probabile. Questo è prevedibile da anni, poichè se oggi è soppresso il bambino non ancora nato, appare logica anche l'uccisione del nato con menomazioni, oppure l'affetto da malattia terminale o l'anziano nel periodo di una vecchiaia giudicata infruttuosa e inconcludente. Ciò genererebbe in molti l’ incubo di essere trascritti in questa lunga lista di condannati a morte.

Dunque, l’esperienza olandese ci insegna che “è un’illusione pensare di poter limitare l’eutanasia o il suicidio assistito entro confini rigidi, controllando la pratica”[819], poiché in questo Stato si è partiti dall’omicidio delle persone in fin di vita per passare ai bambini disabili e guingere alle categorie più fragili della popolazione

Emblematico, tra i molti, è il caso di **Noa Pothoven**, una diciassettenne che nel giugno 2019 si è “lasciata morire” a casa smettendo di bere e di mangiare, coi familiari consenzienti, a seguito di disturbi post traumatici, depressione e anoressia, per tre stupri subiti da ragazza. La sofferenza psicologica che sperimentava l’ha indotta a desiderare la morte. A dicembre aveva raccontato ai media olandesi di contattato una clinica per il fine vita all’Aja ma questa la respinse. Voleva morire, ma soprattutto denunciare che in Olanda non esistono istituzioni specializzate per ragazzi con questo tipo di problemi. Anche quella praticata su Noa dai medici che l’hanno assistita nelle ultime ore fu un atto eutanasico, anche se il famoso Cappato andò su tutte le furie quando i mezzi di comunicazione utilizzarono questo termine, affermando che non è vero che “l’Olanda uccide i depressi”. Il fatto che Noa abbia scelto la morte non modifica le carte in tavola. “Ed è una tragedia maggiore perché è il sintomo di una società che non reagisce più al dolore e che trova come soluzione finire la propria esistenza grazie alla cultura della ‘buona morte’”[820]. Il professor Giuseppe Nicolò, psichiatra e direttore del Dipartimento di Salute Mentale Asl Roma 5, così commentò la vicenda di Noa: “Non possiamo entrare nel merito di quanto dolore provasse la ragazza, ma immaginare che la soluzione a questa sofferenza sia porre fine alla vita, come psichiatra, lo ritengo abbastanza inconcepibile”. E, alla domanda: “Professore, la ragazza dice che nessuno è stato in grado di aiutarla. Chi ha fallito? Davvero non c’era altra soluzione?”. La sua risposta: **“**Ci sono trattamenti specifici per il disturbo post traumatico da stress che nella ragazza era diventato cronico. Esistono anche terapie farmacologiche per superare la sofferenza generata dal trauma. Lei era davvero molto giovane, immaginare, a quell’età, di dichiarare inguaribile un disturbo post traumatico e che l’unica

[819] *Tempi.it,* 11 luglio 2014.
[820] Comunicato Stampa di Pro Vita & Famiglia, 4 giugno 2019.

soluzione sia quella di porre fine alla vita del soggetto è una cosa che per la mia formazione, per il mestiere che faccio, è inconcepibile. Ma la questione è culturale"[821].

In Olanda, negli ultimi cinque anni, i pazienti con problemi psichiatrici che hanno ricevuto l'eutanasia sono stati 378 (senza contare gli 859 dementi). Nel 2018, nel 15% dei casi, l'eutanasia è stata autorizzata per pazienti tra i 18 e i 40 anni con problemi psicologici. Quante persone come Noa Pothoven c'erano tra queste? Sicuramente tante!

Concludiamo riportando un intervista a Theo Boer, docente all'università di Utrecht, convinto sostenitore della dolce morte, membro della Commissione per l'eutanasia in Olanda. Oggi è "pentito" e lancia un appello: "**non fate il nostro errore**". Come sempre, mentre in Italia si rincorre l'ultima "novità etica" sul fronte del diritto all'autodeterminazione, all'estero c'è già chi fa marcia indietro.

-Nel 2001 l'Olanda ha approvato la legge sull'eutanasia. Com'è cominciato il dibattito e con quali argomentazioni la legge fu accettata?

Il dibattito cominciò alla fine degli anni Sessanta. L'influente psichiatra Jan Hendrik van den Berg sosteneva che i medici infliggessero grandi pene ai loro pazienti accanendosi continuamente nelle cure e che, invece, fosse necessario che prendessero coraggio per porre fine alle loro vita. All'inizio, l'eutanasia era considerata prevalentemente un "omicidio per pietà". Negli anni Ottanta, poi, decidemmo che l'eutanasia, per definizione, dovesse avvenire su richiesta. L'omicidio di pazienti non capaci di intendere e volere, concordavano tutti, non era prudente. Si decise che, se i dottori avessero rispettato certi criteri, non avrebbero potuto essere perseguiti per il reato di eutanasia. I criteri erano che il paziente fosse capace di intendere e volere e che ne facesse richiesta, che la sofferenza fosse insopportabile e senza prospettive di miglioramento, che non ci fossero alternative e che venisse consultato un secondo medico. Per questo fu istituita nel 1998 una Commissione di controllo dell'eutanasia. Dal 2002 abbiamo una legge basata sugli stessi criteri e che si appoggia alla Commissione. Ho fatto parte di una di queste commissioni per più di nove anni.

-Chi si opponeva alla legge, cosa sosteneva?

Dicevano che l'Olanda si sarebbe trovata su un pericoloso piano inclinato. E che bisognava migliorare le cure palliative. Sopratutto sostenevano che per principio una società non potesse occuparsi dell'uccisione organizzata dei suoi cittadini. Coloro che, come me, appoggiavano la legge sull'eutanasia, argomentavano parlando di pietà, di autonomia e di libertà individuale. Con il senno di poi, dico che ci sbagliavamo. L'eutanasia è diventata sempre più normale e diffusa (i numeri sono cresciuti da 1.800 a 5.500) e molti altri tipi di sofferenza, sopratutto esistenziale, sociale e psichiatrica, sono diventati motivo sufficienti per richiedere l'eutanasia.

-Può descrivere gli effetti che questa legislazione ha avuto sulla società sia in termini numerici sia culturali?

In Olanda la legge sul "suicidio assistito" non ha chiuso la lunga discussione in

[821] https://www.huffingtonpost.it/entry/da-psichiatra-trovo-inconcepibile-togliersi-la-vita-a-17-anni-a-causa-della-depressione_it_5cf6b96ce4b0e8085e4209e8)

merito; anzi, ne ha fatta cominciare un'altra. I sostenitori della libertà illimitata hanno visto la norma del 2001 come un trampolino di lancio verso diritti ancora più radicali. In effetti, la legge ha formato una sua propria realtà. Sempre più spesso la morte è contemplata come l'ultimo rimedio a qualsiasi forma di sofferenza grave, fisica, psicologica, sociale o spirituale. E nonostante il secolarismo spinto, molti sono convinti che l'eutanasia sia il passaggio a una vita migliore. Credo che questo sia un errore terribile. Innanzitutto, la decisione di uccidere qualcuno è la decisione di porre fine a un'esistenza. Punto. Si può sperare nell'aldilà, ma credo che dovremmo agire come se la nostra vita sulla terra fosse l'ultima che abbiamo. E credo che la decisione sull'eutanasia non possa essere definita una decisione "autonoma". È autonoma tanto quanto il voto per un dittatore.

-In questi anni si hanno avuto notizie di persone che hanno avuto accesso all'eutanasia anche se erano solo depresse. Si hanno notizie anche di famiglie intere che hanno "salutato" i propri cari con festicciole.

Anche se occasionalmente, è vero accade anche questo. Anche se la maggioranza dei pazienti e dei medici vedono ancora l'eutanasia come una scelta tragica ed eccezionale, io critico questi sviluppi.

*-Oramai sembrano essere saltati tutti i paletti***.**

Non tutti i paletti sono ancora saltati. La situazione è complicata. Primo, credo che l'Olanda abbia fatto un errore nella legge sull'eutanasia: alcuni criteri furono presupposti in maniera implicita. Ad esempio, la "sofferenza insopportabile" fu un criterio, ma non fu specificato cosa si intendesse. Molte persone negli anni Novanta erano convinte che si parlasse di un contesto legato alla malattia terminale. In realtà, però, ogni paziente oggi può ottenere l'eutanasia. Stando letteralmente alla legge non devi essere nemmeno malato. All'inizio si stabilì anche che la dolce morte fosse permessa solo all'interno del rapporto medico-paziente, ma anche questo non fu specificato. Di conseguenza ora esiste addirittura un'organizzazione di dottori dell'eutanasia a domicilio ("Clinica di fine vita") che "aiuta" ogni anno centinaia di persone a morire.

-Pare davvero, come sostenne Oriana Fallaci, che l'Occidente sia più innamorato della morte che della vita e quindi della tolleranza individualista che del sacrificio caritatevole. Non le mancano i segni della carità?

Sì, mi mancano molto quei segni. La nostra società sottolinea così tanto la necessità dell'autonomia e dell'indipendenza, spingendo, ad esempio, ogni adulto sano ad entrare nel mercato del lavoro, che il risultato è spesso la grande solitudine di molti anziani. I loro figli, magari, li visitano una volta alla settimana o mensilmente o se ne prendono cura per alcune settimane, ma non possono offrire loro tutte le cure e le attenzioni di cui hanno bisogno. In ultima analisi, credo che il problema dell'eutanasia in Olanda sia in parte un conflitto intergenerazionale. Ciò spiega perché si riscontra difficilmente l'eutanasia nella popolazione immigrata che ha una coesione sociale maggiore.

Cosa direbbe oggi alle persone che in Italia, come avvenne nel suo paese quindici anni fa, chiedono la legalizzazione dell'eutanasia?

In una situazione in cui un numero crescente di persone soffre di solitudine, si può vedere l'eutanasia come la migliore soluzione ad essa. L'opzione

dell'eutanasia può distogliere la nostra attenzione dalla ricerca delle alternative. L'eutanasia e il suicidio assistito sono legati alla libertà dell'individuo, ma si tratta anche di un evento sociale. L'omicidio di una persona ha conseguenze anche sulla vita degli altri! La morte assistita può spingere altri a richiederla. La sola offerta dell'eutanasia crea la sua domanda[822].

Exursus 2 - "Il best interest"

In Inghilterra alcuni bimbi gravemente malati sono stati condannati a morte con la scusante di salvaguardare il loro "best interest", cioè non è nel miglior interesse del bimbo proseguire i trattamenti vitali e curarlo fino alla morte naturale. In altre parole, dei piccoli pazienti con vite "imperfette", non hanno diritto a vivere nonostante la volontà dei genitori sia opposta; è la rigida applicazione della versione pediatrica del "Liverpool care pathwayfor the dying patient". Ma questo, è esattamente il medesimo approccio funzionalista adottato dai medici nazisti del programma eutanasico T4, i quali verificavano le condizioni delle persone e poi deliberavano se lasciarli vivere o ucciderli.

Non sappiamo quanti piccoli hanno subito questo atroce trattamento, certamente centinaia. Conosciamo unicamente alcuni casi che hanno attratto l'attenzione dell'opinione pubblica mondiale e che vogliamo ricordare.

CHARLIE GARD

Nato il 4 agosto 2017, Charlie soffriva di una rarissima malattia genetica, la sindrome da deperimento mitocondriale, che indebolisce gli organi vitali e i muscoli fino alla morte, infatti a soli dieci mesi Charlie era supportato nella respirazione da un polmone artificiale. Il suo era senz'altro un caso disperato; il sedicesimo caso al mondo conosciuto. Ma, i genitori, non si danno per vinti lo vogliono portare negli Stati Uniti per sottoporlo a una cura sperimentale, per questo raccolgono 1 milione e 400 mila sterline in donazioni private da tutto il mondo.

I genitori non accettano questa soluzione e si avvia un lungo e stressante iter giudiziario. Tre tribunali del Regno Unito: l'Alta Corte di Londra, la Corte d'Appello e la Corte Suprema britannica negano l'autorizzazione a continuare le cure poiché non ci sono speranze di migliorare la condizione del bambino. Dello stesso parere è anche la Corte europea dei diritti dell'uomo (CEDU).

Il caso varca i confini della Manica, e da Papa Francesco al presidente statunitense Donald Trump, esprimono il loro sostegno alla famiglia Gard che non intende arrendersi.

Tutto inutile. Il 28 luglio 2017, su ordine del giudice del tribunale londinese in accordo con i medici del Great Ormond Street il bambino fu trasferito in un hospice per malati terminali e gli fu staccato il respiratore artificiale.

Alcune domande sono d'obbligo. Perché i medici si sono battuti per impedire il trasferimento all'estero in un altro ospedale senza nessun onere per lo Stato? Perché non è stato permesso allo specialista statunitense Michio Hirano (quello

[822] *Intervista di Benedetta Frigerio*, Tempi.it, 1 luglio 2015.

del trattamento sperimentale) di visitare il piccolo e neppure al professor Enrico Bertini, del Bambino Gesù di Roma poiché la struttura pediatrica era disponibile ad accogliere Charlie? Perché è stato vietato ai genitori di far morire il figlio nella loro abitazione circondato dal loro affetto?
Le risposte sono semplici. Perché i medici londinesi avevano stabilito fin dal novembre 2016, appena chiarita la diagnosi, che il "miglior interesse" del bimbo fosse morire.

ISAIAH HAASTRUP

Isaiah, nacque nel febbraio 2017 al King's College Hospital di Londra ma subì danni cerebrali catastrofici alla nascita a causa della privazione di ossigeno perciò fu subito intubato.
Dopo undici mesi dalla nascita, Alistair MacDonald, giudice del tribunale per i minori dell'Alta Corte di Londra, acconsentì alla richiesta dell'ospedale King's College di Londra di uccidere il piccolo poiché non era "nel migliore interesse del paziente continuare con l'accanimento terapeutico per tenerlo in vita". Eppure i genitori del piccolo hanno dichiarato: "Quando gli parlo lui mi risponde, lentamente aprendo un occhio. Riconosce la mia voce. E non spetta comunque ai medici o a un giudice decidere se la sua qualità di vita è così bassa da non essere degna di essere vissuta".
Fu ucciso il 7 marzo 2018 mediante sospensione della ventilazione dopo una lenta agonia durata sette/otto ore. La motivazione della condanna? Essere venuto al mondo attraverso un parto difficilissimo durante il quale subì, secondo i medici, danni irreversibile al cervello.

ALFIE EVANS

Nacque il 9 maggio 2016 e nel dicembre dello stesso fu attaccato ad un respiratore artificiale. Nonostante fosse nato perfettamente sano, i genitori avevano chiesto aiuto ai medici a causa di alcuni suoi movimenti sospetti ma per questi si trattava unicamente di un lieve ritardo nello sviluppo. Nel dicembre 2016 Alfie contrae un'infezione toracica che gli causa forti convulsioni e da quel momento fu attaccato ai supporti vitali artificiali presso l'Alder Hey Children's Hospital di Liverpool. E, grazie a questi supporti, riprendere la respirazione autonomamente ma un'altra infezione, seguita da ulteriori convulsioni, lo costrinsero nuovamente alla respirazione artificiale.
Nel dicembre del 2017, i medici dell'Alder Hey che non erano giunti ad una diagnosi sulla patologia di Alfie ma unicamente a delle supposizioni, rifiutarono la richiesta dei genitori di trasferire il piccolo all'ospedale pediatrico Bambino Gesù di Roma, poichè, secondo loro, l'unica via percorribile era l'interruzione della ventilazione artificiale che lo avrebbe portato in breve tempo alla morte.
Il 20 febbraio del 2018 un giudice dell'Alta Corte di Giustizia raccogliendo le indicazione dei medici dell'Alder Hey emise una sentenza che autorizzava l'interruzione della respirazione artificiale.
Kate James e Tom Evans, genitori di Alfie, si appellarono alla Corte Suprema Britannica per contrastare la sentenza dell'Alta Corte, ma la loro richiesta fu respinta il 20 marzo 2018. Per la Corte Suprema una cura medica attiva non era

nel “migliore interesse di Alfie”.
Il 18 aprile, papa Francesco dopo aver ricevuto Tom Evans, nel corso dell’Udienza Generale, rivolse un commovente appello a favore di Alfie. E, nuovamente, l’ ospedale Bambino Gesù e l’Istituto neurologico C. Besta di Milano manifestano la loro disponibilità ad accogliere Alfie per diagnosticare la patologia. Ma, la sentenza, oramai era definitiva: il 23 aprile si doveva sospendere la ventilazione, l’idratazione e l’alimentazione. A nulla servì neppure la “cittadinanza italiana” concessa dal nostro Governo per facilitare il trasferimento di Alfie in Italia.
Alle 22.30 del 23 aprile, iniziò l’esecuzione della condanna a morte di Alfie, ma, il piccolo, continua a respirare! Panico generale nei medici dell’Alder Hey che dopo nove ore gli applicano la mascherina dell’ossigeno e dopo quindici ripresero l’ idratazione.
I genitori di Alfie non si arresero e presentano nuovi ricorsi per richiedere il trasferimento del piccolo a Roma. Tutti respinti; il piccolo non potrà lasciare il Regno Unito!
Il protocollo di morte fu ripreso e il 28 aprile Alfie ci lasciò.
Ha affermato l’avvocato Filippo Martini che ha curato i rapporti tra la famiglia Evans e gli ospedali italiani: “È incredibile come in questa vicenda manchi ancora la diagnosi del bambino. Sì. Reputo che i genitori abbiano tutto il diritto di conoscere una oggettiva diagnosi prima che venga adottato ogni provvedimento coercitivo nei riguardi di loro figlio. Chiunque capisce che almeno una diagnosi certa, cioè il motivo per cui il piccolo Alfie deve essere condannato a morte, è qualcosa che i genitori devono assolutamente conoscere. Anzi, che il mondo deve conoscere! Mi lasci dire che sarebbe stato deontologicamente doveroso un confronto o almeno una risposta rispetto alle disponibilità mostrate da parte del Bambino Gesù e del Besta, due ospedali che si sono esplicitamente esposti ed offerti in tal senso. I medici italiani che ho sentito telefonicamente ieri mattina erano molto stupiti di ciò, e non si capacitavano del perché da Liverpool non pervenisse nemmeno una riposta, fosse anche un ‘no’, ma almeno motivato”[823].

TAFIDA REQEEB

Tafida è una bambina di cinque anni colpita nel febbraio 2019 da una devastante emorragia cerebrale. Ai genitori viene garantito che alla bimba verrà fatta una tracheostomia, così da rendere possibile una respirazione senza ventilatore, ma alla fine i medici, non ci è dato sapere per quali motivazioni, decidono di non fare alcuna tracheostomia.
Il 19 giugno 2019, i genitori furono informati che l’ospedale aveva deciso di sospendere la ventilazione artificiale che tiene in vita la bambina e, in caso di disaccordo della famiglia, consultare il tribunale per ottenere l’autorizzazione. I genitori contattano immediatamente l’ospedale Gaslini di Genova, che dopo aver esaminato la cartella clinica si è detto disponibile ad accogliere la piccola. Ma anche qui il solito rifiuto delle autorità e dei medici britannici.
E’ solo questione di tempo ma anche Tafida deve morire, così hanno stabilito i medici e i dirigenti del Royal Hospital di Londra, dove è ricoverata.

[823] V. PECE, Alfie: *“L’ospedale di Liverpool ha bluffato in modo plateale”,* Tempi.it., 12 aprile 2018.

I casi esaminati posseggono una caratteristica comune: lo Stato sostituendosi alla volontà della famiglia, senza indietreggiare neppure di fronte a richieste che lo solleverebbero di qualsiasi responsabilità, ha violato pesantemente i diritti più elementari di questa.
Ha calpestato con Charlie, Isaiah e Alfie la volontà di mamme e di papà, esautorati nel loro ruolo genitoriale di cura e di accudimento. A questi bambini e ai loro genitori è stata negata la possibilità di autodeterminazione e affermato che sono “proprietà” dello Stato e lo Stato decide per loro. Un potere immenso che ricorda quello ancora vigente in alcuni regimi totalitari dalla Cina alla Corea del Nord; un potere che svergogna e disonora una Nazione che si presenta come la madre della liberal-democrazia.

Parte quinta
LA SPERIMENTAZIONE CLINICA

CAPITOLO 16: INTRODUZIONE ALLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE

*La vita umana ha raggiunto livelli di benessere sempre maggiori usufruendo anche delle sperimentazioni cliniche sviluppatasi prevalentemente negli ultimi decenni del secolo scorso; questo ci dice che sperimentazione e ricerca sono indispensabili nell'arte medica.

I tentativi di sperimentazione sull'uomo sono antichi quanto la medicina, ma solo dalla metà dell'Ottocento con il fisiologo francese *C. Bernard* (1813-1879)[824], debuttò l'attività sperimentale nel significato moderno con l'intersecarsi di due tradizioni: *razionalista,* che basandosi su conoscenze derivanti da modelli teorici, privilegiò il ragionamento "a priori" e *empirista,* che assunse come metodo l'approccio empirico ed osservazionale dei fenomeni fisiopatologici.

A metà del XX secolo si diffuse nella comunità scientifica e nell'opinione pubblica anche la sensibilità ai problemi etici connessi alle sperimentazioni cliniche, poichè alcune ricerche furono condotte esponendo a rischi mortali categorie vulnerabili o emarginate della popolazione. Si attuarono, di conseguenza, strategie caratterizzate da strette interazioni tra profilo etico, deontologico, scientifico e giuridico.

1.Alcuni elementi di storia

La nascita della medicina razionale come già affermato, è da attribuirsi a *Ippocrate*, il "padre" della medicina moderna, che visse tra il 460 a.C. e il 370 a.C. nell'isola di *Kos*. Di conseguenza, nelle polis greche, ebbe origine anche la medicina occidentale.

Per quanto riguardava l'aspetto sperimentale, rudimentali ed elementari studi furono condotti dai greci e dai romani nei primi secoli dell'epoca cristiana. Ad esempio, Celso e Tertuliano, rivolsero gravose accuse ad alcuni medici alessandrini (Erofilo e Erasistrato), accusandoli di praticare la vivisezione sui prigionieri e gli schiavi per verificare "dal vivo" le loro teorie e l'efficacia di alcuni medicamenti[825].

Nell' alto medioevo la medicina fu essenzialmente pratica, fondata sull'insegnamento diretto e sull'uso di terapie consacrate dalla tradizione. Era però carente di un sistematico progresso della conoscenza nel quale la sperimentazione potesse assumere una funzione determinante.

Influente in questa epoca fu Avicenna (980-1037), medico, scienziato, fisico e filosofo così descritto da G. Cosmacini: "l'Avicenna filosofo è tutt'uno con l'Avicenna scienziato. La medicina è accorpata alle altre scienze ed integrata alla

[824] *G. Bernard*, fu definito da I. B. Cohen dell' università di Harvard nella prefazione al testo *Un'introduzione allo studio della medicina sperimentale:* "uno dei più grandi fra tutti gli uomini di scienza".
[825] Cfr.: G. BRIEGER, *Human experimentation: history*, in *Encyclopedia of Bioethics*, op. cit, pp. 648-691.

filosofia. L'arte della cura è integrata alla concezione generale dell'uomo nella sua totalità antropologica, nella sua unità psicofisica, nella sua relazione con il mondo"[826]. Avicenna nel testo "Il canone della medicina" presentò la prima regola della sperimentazione, anticipando le normative che diverranno i cardini dei trials clinici moderni[827].

Nel *basso medioevo*, con la fondazione di vari ospedali, si svilupparono conoscenze mediche più specialistiche che trovarono totale significato con la nascita della clinica; di conseguenza, la medicina, abbandonò le concezioni cosmologiche e antropologiche.

Per quanto riguarda il settore sperimentale, le attività di ricerca, con caratteristiche elementari, proseguirono nel primo millennio e anche nei secoli successivi accompagnate da appelli alla prudenza, essendo, fin dall'inizio, la sperimentazione clinica attraversata dal conflitto tra il rispetto dell'uomo malato e l'interesse scientifico.

Il primo trial clinico fu condotto involontariamente dal chirurgo francese A. Paré (1510-1590). Nel 1537, utilizzò una miscela di trementina, olio di rosa e rosso d'uovo, per prevenire l'infezione nelle ferite da battaglia, rilevando che il nuovo trattamento era alquanto efficace.

C. Wren (1632-1723), intuì l'opportunità di testare gli animali, in particolare i cani, iniettando per via endovenosa dei liquidi, osservandoli e poi protocollando le loro reazioni.

G. Aselli (1581-1626), vivisezionando dei cani, mostrò i "vasi chiliferi", fornendo un apporto determinante per l'eliminazione del mito galenico della centralità del fegato nella fisiologia. Ma R. Bacone (1214-1294), scienziato inglese, filosofo e frate francescano, sottolineava la criticità per il medico ad eseguire sperimentazioni sugli esseri umani viventi: "per la nobiltà della materia su cui lavorava e per il corpo su cui non si poteva compiere nessun errore"[828].

Il settecento si contraddistinse per la "rivoluzione demografica", e la salute pubblica acquisì ampia rilevanza, ad esempio, con l'istituzione del "medico condotto". Si praticarono, inoltre, i primi rudimentali vacini e fu introdotta la "quarantena".

In questo secolo le sperimentazioni cliniche aumentarono ed alcuni medici

---

[826] G. COSMACINI, *L'arte lunga. Storia della medicina dall'antichità ad oggi,* Laterza, Roma-Bari 1997, pg. 152.

[827] Avicenna, nell'opera "Il canone della medicina" scrisse:

"1. Il farmaco deve essere privo di qualsiasi componente esterna.

2. Esso deve essere utilizzato su una malattia semplice e non composita.

3. Il farmaco deve essere testato con tipi contrari di malattia, perché alcune volte un farmaco cura una malattia per le sue qualità essenziali ed un'altra per le sue qualità accidentali.

4. La qualità del farmaco deve corrisponde alla forza della malattia. Per esempio, esistono farmaci, il cui calore è minore che la freddezza di alcune malattie, cosicché essi potrebbero non avere affetti su tali malattie.

5. Il tempo di azione deve essere ben osservato, cosicché l'essenziale e l'accidentale non siano confusi.

6. L'effetto di un farmaco deve essere visto accadere costantemente o in molti casi, se ciò non avviene, deve essere considerato un effetto accidentale.

7. L'esperimento deve essere fatto su un corpo umano, testare un farmaco su un leone o su un cavallo potrebbe non dimostrare niente circa il suo effetto sull'uomo" (IBN SINA, *The book of the canon of medicine*, The Medical Press, New York 1970, pg. 73).

[828] R. BACONE, *Opera quaedam hactenus inedia,* Vol 1, Londra 1895, pg. 543.

testarono, con gesti di altruismo, potenziali cure anche su se stessi o arruolando i parenti.
E. Valli (1755-1812), medico e fisico, nel 1788 testò, senza successo, vacini per la peste e la rabbia che gli causarono una morte prematura a Cuba dove era giunto per studiare la "febbre gialla".
L. Spallanzani (1729-1799), gesuita e biologo, fu uno studioso della fisiologia gastroenterologica, e le sue ricerche risultarono essenziali nel dimostrare che il processo digestivo consiste anche in un decorso di azione chimica a livello gastrico, indispensabile per l'assorbimento dei nutrienti. Egli stesso, assunse più volte cibi diversamente preparati che gli procurarono enormi danni.
E. Jenner (1749-1823), medico britannico, rinomato per la scoperta del vaccino contro il vaiolo fu reputato "il padre dell'immunizzazione".

Nell' Ottocento notiamo un notevole sviluppo nel settore sperimentale.
Fu scoperta dai dentisti di Boston W. T. Green Morton (1819-1868) e H. Wells (1815-1848) l'anestesia generale, risolvendo una criticità della chirurgia.
Figura rilevante fu L. Pasteur (1822-1895), un esperto della sperimentazione umana, ben consapevole delle implicazioni etiche del suo operare. Fra le ricerche che condusse, una prevalse sulle altre: lo studio della "rabbia", malattia infettiva grave, dovuta ad un virus, e trasmessa all'uomo dalla saliva degli animali infetti, particolarmente dei cani. Il 1 marzo 1886 annunciò all'Accademia delle Scienze di Parigi che delle trecentocinquanta persone sottoposte al trattamento preventivo, solo una era deceduta. Pasteur fu anche l'ideatore della "teoria dei germi", rivelando che le malattie sono scatenate da microrganismi che a loro volta sono trasmissibili.
E' dello stesso periodo O. Schmiedeberg (1838-1921) identificato il fondatore della moderna farmacologia.
Questo secolo vedrà, inoltre, la nascita della "Teoria della evoluzione", espressione antropologica del positivismo.
Nel 1863 si intraprese l' uso del Placebo.
Ma accanto ad atti meritevoli di plausolo, con il trascorrere degli anni e con il moltiplicarsi degli studi clinici, *si attuarono* sperimentazioni eticamente discutibili su soggetti deboli, popolazioni vulnerabili, oppure remunerate.
Visse in questo tempo anche C. Bernard che come già affermato, fu un riferimento autorevole nella storia della sperimentazione clinica, avendo applicato il metodo scientifico e sperimentale alla medicina, inquadrato in un opportuno contesto etico. Collocò la sperimentazione nella prassi medica ma con confini chiaramente delineati. Per questo scrisse nell' "Introduzione allo studio della medicina sperimentale": "Il principio della moralità medica e chirurgica consiste nel non effettuare mai sull'uomo un esperimento che possa essere in qualche modo dannoso per lui, anche se il risultato potrebbe essere molto vantaggioso per la scienza, ossia per la salute degli altri"[829]. "La morale non proibisce di fare esperimenti sul prossimo né su noi stessi; nella vita di tutti i giorni ogni uomo fa esperimenti su altri uomini. La morale proibisce solo di far del male al prossimo. Perciò, fra tutti gli esperimenti che si possono fare sull'uomo, bisogna proibire

[829] C BERNARD, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale*, Garnier-Flammarion, Paris 1966; tr. It. *Introduzione allo studio della medicina sperimentale,* Feltrinelli, Milano 1973 (2. ed), pg. 142.

quelli che possono nuocere; gli esperimenti innocui invece devono essere permessi e quelli che possono fare del bene devono essere comandati"[830]. Di conseguenza: "esiste il dovere di sottomettersi alla sperimentazione e il diritto corrispondente di effettuarla qualora tale procedura sia in grado di salvare una vita, curare una malattia, o portare benefici personali"[831].

Ma, nonostante i progressi accennati, alla fine dell'800', il metodo sperimentale era ancora agli inizi e le procedure erano scarse poichè la classe medica faticava a concepire le potenzialità delle sperimentazioni, e anche la giurisprudenza giudicava la ricerca un ingiustificato allontanamento dalla pratica clinica consolidata.

La sperimeentazione proseguì con vari progressi nei primi cinquant'anni del XX secolo.

V. Forssman (1904-1979), premio Nobel per la Medicina nel 1954, da giovane medico nel 1929 sperimentò su se stesso un cateterismo cardiaco inserendo un tubicino nella vena del braccio destro raggiungendo il cuore. poi con il catetere posizionato nel cuore, si recò in radiologia per eseguire delle radiografie e documentare l'evento.

R. Fisher (1890-1962), statistico e matematico inglese, introdusse nel settore sperimentale la metodologia della randomizzazione e regolò la programmazione degli studi affinché i test statistici avessero validità scientifica.

Il 29 dicembre 1900, il Ministro Prussiano per gli Affari Religiosi, Educativi e Medici, approvò la prima regolamentazione delle sperimentazioni cliniche. Questa normativa fu introdotta a seguito del "caso Neisser". A. Neisser (1855-1916), docente di dermatologia all'università di Breslau, sperimentando un vacino per la sifilide, iniettò il siero sifilitico, senza informazione e consenso, a cinque prostitute e a tre bambini. E G. A. Hansen *(*1841-1912) che identificò il batterio della lebbra, fu condannato negli stessi anni, dalla corte di Bergen*,* per aver iniettato a una donna, sprovvisto del suo consenso, materiale biologico di un malato di lebbra.

Ma eravamo solo all'inizio degli orrori, emersi platealmente e drammaticamente, nel Processo di Norimberga (20 novembre 1945 – 1 ottobre 1946) nei confronti dei gerarchi nazisti fautori di terribili crimini e promotori della Shoah. Una sessione del processo, il cosiddetto "Processo ai dottori", giudicò la medicina Nazista e vari medici che avevano ordinato sperimentazioni di farmaci, veleni e gas su alcuni gruppi razziali, su persone mentalmente ritardate e su prigionieri politici, trattandoli come "oggetto di ricerca" e procurandogli la morte tra atroci sofferenze.

Il mondo medico e scientifico con il Processo di Norimberga conobbe le aberranti sperimentazioni condotte dai "Nazi Doctors*,* e prese coscienza che la ricerca medica può essere praticata anche contro l'uomo. Per questo, fu incorporato nella sentenza il "Codice di Norimberga" che evidenziò le linee etiche irrinunciabili per scienziati e ricercatori[832]. E, il consenso volontario e informato dei partecipanti agli studi clinici, divenne un pilastro a livello mondiale.

---

[830] *Introduzione allo studio della medicina sperimentale,* op. cit., pg. 114.

[831] *Introduzione allo studio della medicina sperimentale,* op. cit., pg. 151.

[832] Cfr.: *Trials of war criminals bifore the Norimberg Military Tribunale under Control Council Law,* n. 10, col. II, D.C.: U.S. Government Printing Office, Washington 1949, pp. 181-190.

Dagli anni ‘50 del XX secolo si passò alla medicina basata sull'evidenza; protocolli standardizzati e avallati da studi scientifici sostituirono opinioni ed esperienze personali.
Per quanto riguardava il settore sperimentale, nonostante il Codice di Norimberga, soprattutto la società americana dovette confrontarsi con progetti di ricerca assai discutibili. Ad esempio, nel 1963, al Jewish Chronic Disease Hospital di Brooklyn[833], per stabilire se le condizioni debilitanti avrebbero portato a un ritardo dei fenomeni immunoligici di rigetto, il gruppo di ricerca diretto da C. M. Southan, iniettò, a loro insaputa, cellule cancerose a ventidue pazienti anziani con malattie croniche. H. Strass, membro della Commissione di vigilanza dell’ospedale, citò in giudizio Southan, sospettando che la finalità dello studio fosse quella di provocare il cancro ai pazienti. Lo sperimentatore, si giustificò affermando che era totalmente ininfluente che le cellule fossero o no cancerose; per l’età avanzata, gli anziani, non avrebbero avuto effetti negativi.
Dal 1965 al 1971, si praticarono, con la finalità di approfondire l’epatite virale, sperimentazioni su oltre settecento bambini con patologie psichiatriche al Willowbrook State School for Mentally Retarded Children di New York. Bambini e ragazzi, dai 3 ai 10 anni, furono esposti deliberatamente al contatto con materiale proveniente da casi di epatite e poi furono curati con le immonoglobuline. Lo sperimentatore, S. Krugman, infettivologo, si giustificò dichiarando che i bambini avrebbero ugualmente contratto l’epatite a causa delle condizioni di sovraffollamento dell’Istituto. Ma, chi si rifiutava di partecipare allo studio, non era ammesso o era allontanato dalla scuola.
Altro caso tristemente famoso fu il Tuskegee Syphlis Study, una sperimentazione clinica condotta a Tuskegee in Alabama su seicentoventitrè afro-americani dal 1932 al 1972, per appurare se la sifilide arrecasse ai neri, rispetto ad altre razze, danni superiori al sistema cardiovascolare o al sistema nervoso. Dei seicentoventitrè arruolati, duecentoventitre erano sani e quattrocento affetti da sifilide, e per decenni non furono curati ma solo “osservati” nel decorso della loro malattia, anche quando il trattamento per la sifilide, la penicillina, fu commercializzato. Inoltre, i nomi dei partecipanti allo studio furono resi noti, affinché nessun medico offrisse loro un adeguato trattamento.
Pure nel nostro Paese, come affermò G. Maccacaro, il medico milanese fondatore di “Medicina Democratica”, non era escluso da questi abusi: “In Italia, migliaia di persone sono sottoposte, quasi sempre a loro insaputa, ad esperimenti intesi ad accertare l’attività terapeutica e tossica di questo o di quel medicinale”[834].

2.Etica e scienza

Per arginare “le brutture”, la World Medical Association, elaborò delle “Linee guida” note come “Dichiarazione di Helsinki”, che svilupparono ed ampliarono i dieci punti del Codice di Norimberga, indicando principi etici che la comunità

[833] Cfr.: H.K. BEECHER, *Experimentation in man*,. Journal of the American Medical Association 169 (1959), 461–478.
[834] G. MACCACARO, *Per una medicina da rinnovare*, Feltrinelli, Milano 1979, pg. 179.

medica non poteva trasgredire praticando la sperimentazione clinica. Questa Dichiarazione fu "la pietra angolare", a livello etico, della ricerca sperimentale.

Ma, pure dopo la pubblicazione della "Dichiarazione di Helsinki", era consistente la convinzione dell'enorme potenzialità di manipolazione detenuta dagli scienziati e dai ricercatori, e contemporaneamente, della rilevanza della sperimentazione clinica per rendere migliore la qualità della vita dell'uomo. Era quindi impellente definire che il progresso della conoscenza è sinonimo di civiltà unicamente se attuato con procedure eticamente irreprensibili, affinché la scienza, che potrebbe soggiacere a interessi lobbistici e alla "ragion di stato", non si tramutasse in arma letale contro l'uomo. La complessità del problema è evidenziata dalla stesura, dalla seconda metà del Novecento ad oggi, di oltre trecento codici etici e linee-guida bioetiche, molti riguardanti le sperimentazione cliniche sull'uomo[835].

L'esigenza di armonizzare i requisiti per la conduzione dei *trials* nei centri di ricerca europei uniformandoli a quelli internazionali, come pure la preoccupazione di assicurare un alto standard etico a protezione dei soggetti arruolati, motivò la formazione nel 1985 di un "Gruppo di lavoro" che elaborò nel 1988 le "Good clinical pratiche for trials on medical products in the European Community" (GCP), cioè le "Norme di Buona Pratica Clinica". Al termine di sette revisioni, il testo fu formulato nella versione definitiva l'11 luglio 1990. Inoltre, il 4 aprile 1997, gli Stati dell'Unione Europea firmano la "Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina"; nel documento alcuni paragrafi riguardavano la sperimentazione. Entrambi i documenti sono "strumenti giuridici internazionali" che salvaguardano la dignità e i diritti dell'uomo, sottolineando che il "vantaggio della persona" deve sempre prevalere su quello della scienza e della società.

La "Dichiarazione di Helsinki", abbiamo affermato, subì varie revisioni. Ad esempio, in quella di Tokyo, si stabilì che "il progetto e l'esecuzione di ogni fase della sperimentazione riguardante l'uomo debbono essere chiaramente definiti in un protocollo sperimentale che deve essere sottoposto ad un Comitato Etico Indipendente nominato appositamente a tale scopo" (art. 1,2). Di conseguenza, dagli anni Ottanta del XX secolo, fu favorita in molti Paesi l'istituzione dei Comitati di etica nelle strutture ospedaliere.

In Italia, i Comitati Etici, sono organismi indipendenti composti da professionisti con competenze medico-scientifiche e non, con la responsabilità di garantire la validità scientifica di ogni studio sperimentale e il rigore nella conduzione, nonché la tutela della salute e i dei diritti dei soggetti coinvolti. Il "parere" del Comitato Etico è obbligatorio, ha valore vincolante ed è determinante per condurre la sperimentazione.

Il Comitato Etico esamina ogni studio clinico come richiesto dall'articolo 6 del Decreto Legislativo 211/2003 che metteva in evidenza che un Protocollo che non si propone obiettivi considerevoli, oppure è scarsamente scientifico, poco originale, insufficientemente innovativo, non è eticamente accettabile e di conseguenza non approvabile, poiché sottoporrebbe il paziente a disagi e rischi inutili.

[835] Cfr.: U. TROHLER,, *Human Research: From Ethos to Law, from National to International Regulations*, in A.H. MAHLE – J. GEYER-KORDESH (a cura di), *Historical and Philosophical Perspectives on Biomedical Ethics. From Paternalism to Autonomy?*, Burlington 2002, pp. 95-117.

I requisiti scientifici obbligatori sono: la chiarezza dell'interrogazione, l'esplicitazione dell'obiettivo, la razionalità dell'ipotesi scientifica, la rilevanza clinica del prodotto da sperimentare, la correttezza metodologica del programma di ricerca, la significatività statistica, l'attenzione alla letteratura internazionale, la corretta analisi dei risultati, la valutazione dello sperimentatore e la fattibilità logistica e operativa dell'Ente sanitario di riferimento.

La finalità di una sperimentazione è "perfezionare l'esistente", cioè acquisire informazioni attendibili e inedite dall'ipotesi formulata, rammentando la diversità tra reale novità terapeutica e semplice innovazione. Il pregio della sperimentazione mantiene uno stretto rapporto anche con l'allocazione delle risorse; di conseguenza si comprende la scorrettezza etica nel produrre farmaci non superiori per efficacia a quelli già in commercio. Paradossalmente si subisce la riduzione delle risorse economiche statali per la ricerca, ma contemporaneamente, a volte, si approvano sperimentazioni futili e inefficienti.

In sintesi. "Quando si effettua una sperimentazione su esseri umani vengono ad essere coinvolte diverse esigenze:

* Sviluppare il progresso scientifico.
* Non violare la dignità della persona.
* Promuovere il bene della collettività.
* Rispettare l'autonomia dei soggetti interessati.

Il comportamento etico più corretto è quello che riesce a salvaguardare tutte queste esigenze. Su questa linea deve tendere il lavoro del Comitato etico"[836].

3. Il percorso sperimentale

I farmaci sono prodotti di ampio consumo; di conseguenza, sempre più soggetti non solo ne traggono benefici ma sono esposti anche al rischio di effetti collaterali. Per questo, la metodologia per commercializzare un nuovo medicinale, oltre che esigere un ampio tempo segue continue e ferree verifiche regolate da normative internazionali e nazionali.

La "nascita" di un farmaco esordisce con l'individuazione di un'ipotesi di "bersaglio farmacologico", ossia di un elemento (meccanismo biologico) sul quale intervenire per migliorare il decorso di una malattia. Il "bersaglio" è vario spaziando da un virus a un batterio, da una proteina difettosa a un legame molecolare alterato…

Dal "bersaglio farmacologico" e dall'ipotesi proposta, si selezionano i "composti guida", cioè alcune sostanze chimiche idonee per ottenere un effetto terapeutico.

Dalla formulazione dell'ipotesi all'autorizzazione per l'immissione in commercio di un nuovo farmaco, occorrono medialmente 10/15 anni, e unicamente una molecola su migliaia, avvia il percorso di sperimentazione pre-clinica.

"L' itinerario sperimentale" si articola in quattro fasi[837], anche se alcune volte è

[836] A. ANZANI, *"Il compito formativo dei Comitati etici e la formazione dei suoi componenti",* Intervento al 1° Corso interdisciplinare di aggiornamento per i membri dei Comitati etici organizzato dall'associazione "Società Umanizzata " di Milano, Sesto san Giovanni (Mi) 3 giugno 2009.

[837] Cfr.: S.J. POCOCK, *Clinical Trials. A Practical Approach*, Chichester, New York 1984, (tr.it. M.L. ROMANO, *Etica e sperimentazioni cliniche*, Armando editore, Roma 1994, pp. 17-26.

difficoltoso elaborare rigorose divisioni poiché le differenze dei prodotti o delle metodologie di studio possono sovrapporne alcune. Al termine di ogni fase, i risultati determineranno se il futuro, ipotetico nuovo farmaco,continuerà il percorso, oppure se la sperimentazione dovrà interrompersi.

L'avvio delle fasi di studio sull'uomo è preceduta da meticolose ricerche in laboratorio con modelli matematici o test "in vitro" su campioni di una patologia (bersaglio terapeutico) per conoscere caratteristiche positive o negative del "principio attivo"[838] oltre che informazioni preliminari su sicurezza, efficacia, tossicità, farmacocinetica[839] e farmacodinamica[840].

Segue poi la sperimentazione sugli animali, fondamentale non esistendo attualmente metodologie alternative.

Al termine di questi passi, verificati gli esiti soddisfacenti sul piano dell'efficacia e escluse controindicazioni, si avvia la sperimentazione sull'uomo che seguirà "quattro fasi".

FASE I°: NON TERAPEUTICA MA CONOSCITIVA

I Clinical trials[841] di Fase I non si prefiggono finalità terapeutiche ma unicamente conoscitive per rispondere al quesito: "questo 'principio attivo', e potenziale futuro farmaco, può essere somministrato senza causare all'uomo effetti avversi gravi?".

Gli studi di Fase I sono condotti in centri specializzati su ristretti gruppi di volontari (da 20 a 80 persone), sani e di sesso maschile.

FASE II°: STUDIO DI EFFICACIA

Con la Fase II della durata di circa due anni si determina l'efficacia terapeutica del farmaco in sperimentazione oltre che la sicurezza sull'uomo a breve termine.

Solitamente sono selezionati da cento a trecento persone malate e le sperimentazioni sono attuate in più strutture, coordinate da uno dei centri partecipanti: il Centro Coordinatore.

Obiettivi della sperimentazione di Fase II sono*:* stabilire la "dose minima efficace" di farmaco, valutare la posologia ottimale giornaliera e la durata del trattamento, proseguire l'analisi della sicurezza, della tollerabilità e degli effetti collaterali avviati nella Fase I.

Lo studio clinico deve ottenere l'approvazione del Comitato etico. Ogni "arruolato" deve essere informato sulle ipotetiche conseguenze positive e negative del potenziale farmaco e firmare un consenso informato.

FASE III°: STUDIO TERAPEUTICO RIVOLTO A MOLTI PAZIENTI

Se la Fase II fornisce risultati positivi riguardo l'efficacia e la sicurezza del farmaco è avviata la Fase III.

La durata è variabile secondo gli obiettivi che lo sperimentatore si propone,

[838] Fattore responsabile dell'effetto del farmaco.
[839] Riguarda l'assorbimento, la distribuzione e l'escrezione dei farmaci nell'organismo.
[840] Riguarda lo studio degli effetti biochimici e fisiologici dei farmaci sull'organismo.
[841] Per indicare le sperimentazioni cliniche si usa spesso il termine inglese *clinical trials*, o quello più "italianizzato" di *trials clinici*. Noi utilizzeremo alternandoli quelli di *Trials* o sperimentazione.

coinvolge più centri ospedalieri, è condotta su un ampio gruppo di pazienti, centinaia o migliaia, per perfezionare le informazioni già raccolte.

Obiettivi della Fase III sono: valutare il pregio terapeutico, l'efficacia e la tollerabilità del farmaco nel breve e nel lungo periodo; determinare il dosaggio più opportuno valutando il rapporto dose-risposta; confrontare il farmaco sperimentale con altri similari già in commercio per accertare: la superiore efficacia terapeutica, l'idoneità a produrre modificazioni significative in relazione ad una determina patologia, minori effetti collaterali e la più smplice somministrazione.

La quasi totalità degli studi di Fase III sono *"randomizzati".* Gli arruolati sono divisi in due gruppi; uno assume il farmaco e l'altro il placebo. E' condotta in "condizione di cecità": l'arruolato non è informato del gruppo nel quale è inserito (cieco); a volte questo non è conosciuto neppure dallo sperimentatore (doppio cieco).

Superata la Fase III, il promotore inoltra la domanda al Ministero della Salute per ottenere la registrazione del farmaco e l'autorizzazione all'immissione in commercio.

FASE IV°: DOPO LA COMMERCIALIZZAZIONE DEL FARMACO

Le sperimentazioni di Fase IV, solitamente "osservazionali", denominate anche di "sorveglianza post-marketing", sono condottie quando il farmaco è già in commercio e utilizzato da migliaia di persone in più Paesi.

Effetti avversi pericolosi, riscontrati nella Fase IV, determinano il ritiro del farmaco dal commercio o la restrizione d'uso.

4. Etica e sperimentazione

L'etica nel processo sperimentale stabilisce l'idoneo equilibrio tra il progresso della scienza e la protezione della persona arruolata. Ricordava san Giovanni Paolo II: "La persona è misura e criterio di bontà o di colpa in ogni manifestazione umana. Il progresso scientifico, pertanto non può pretendere di situarsi in un una sorte di terreno neutro"[842]: "La sperimentazione si giustifica 'in primis' con l'interesse del singolo, non con quello della collettività"[843].

E' fondamentale, quindi, verificare e controllare ogni aspetto della sperimentazione intersecandoli con i principi etici. Questo compito è svolto dal Comitato Etico.

Elementi primari della sperimentazione.

-Il "Razionale", cioè l' ipotesi da testare, i dati disponibili sul principio attivo da studiare, la bibliografia che sorregge l'ipotesi sperimentale.

-Lo "scopo dello studio": obiettivo principale e eventuali secondari.

-Il "disegno dello studio", ponendo particolare attenzione al controllo, alla randomizzazione e alla cecità.

-I "pazienti arruolati"; di conseguenza i criteri di inclusione e di esclusione dallo

[842] GIOVANNI PAOLO II, *Ai partecipanti a due congressi di medicina e chirurgia*, in *Insegnamenti di Giovanni Paolo II*, ed. Vaticana, 1980, vol. II/2, pg. 1005.
[843] *Ai partecipanti a due congressi di medicina e chirurgia*, op. cit., pg. 1008.

studio.
-Il “trattamento sperimentale” per quanto riguarda la posologia, le modalità di somministrazione, la durata, le eventuali complicanze…
-I “criteri di valutazione di efficacia e di tolleranza” espliciti e rilevanti.
-L’idoneità dell’ “ambito statistico”, poiché per garantire risultati veritieri è basilare un’adeguata dimensioni di arruolati, oltre che verifiche le metodologie previste per l’analisi dei dati.
-Gli “aspetti comunicativi”: informazione al paziente, consenso informato, salvaguardia della privacy.
-Gli “elementi amministrativi”: copertura assicurativa, piano economico completo, informazioni sulla durata dello studio.

I Principi etici di riferimento[844]

PRINCIPIO DI AUTONOMIA (O DI RISPETTO DELLA PERSONA).

Il principio di autonomia esige dal Comitato Etico un esame metodico della scheda informativa e del modulo di consenso informato, oltre le procedure previste dallo sperimentatore per comunicare con l’arruolato.
E, dunque, incombenza del Comitato Etico, verificare la qualità e la comprensibilità dell’informazione, oltre che salvaguardare la libertà decisionale dell’arruolato, rammentando che nessuno è tenuto a aderire a una sperimentazione clinica se non per libera scelta, consapevole dei rischi che si assume, senza coartazioni psicologiche.

PRINCIPIO DI BENEFICENZA (O BENEFICIALITÀ).

L’obbligo di promuovere “il bene del paziente” esige un’ adeguato rapporto rischi-benefici o meglio, gli ipotizzati benefici, devono prevalere rispetto ai probabili rischi o danni. Quindi, dallo studio sperimentale, si devono sempre attendere ragionevoli possibilità di successo terapeutico. Per questo è essenziale, ad esempio, il costante monitoraggio delle sperimentazioni per intervenire tempestivamente ed interrompere la ricerca di fronte a reazioni e eventi avversi gravi.

PRINCIPIO DI NON MALEFICENZA.

La “maleficenza” si manifesta con la negligenza, l’imprudenza e l’imperizia.
Si agisce con “negligenza”, quando non osservando un comportamento di prassi, si commettere un danno per disattenzione, per trascuratezza o per carenza di sollecitudine. Nel settore sperimentale questo avviene, ad esempio, per l’eccessiva rapidità, e a volte superficialità, nella valutazione di uno studio clinico, oppure approvando un protocollo scarsamente scientifico o non accorgendosi della inadeguatezza della copertura assicurativa…
Si procede con “imprudenza” non praticando la dovuta cautela e non assumendo idonee misure precauzionali ad esempio nel rapporto rischi/benefici, oppure non verificando l’ idoneità della struttura ospedaliera sede dello studio, o le qualifiche professionali dello sperimentatore.
Ci si comporta con “imperizia”, quando è inadeguata la preparazione professionale e la competenza tecnica. Nel settore sperimentale ciò avviene, ad esempio, quando sono assenti nell’organismo di controllo e di verifica specifiche

[844] I principi etici sono stati esaminati nel capitolo II di questo manuale. Qui faremo riferimento nella concretizzazione unicamente all’aspetto sperimentale.

competenze esaminando sperimentazioni cliniche attuate con metodologie innovative o rivolte ai soggetti "più vulnerabili".

PRINCIPIO DI TOTALITÀ (O TERAPEUTICO).

Nel settore sperimentale è inevitabile e giustificabile un "minimo rischio" se si attendono dal trattamento conseguenze favorevoli; è il cosidetto "rischio calcolato". Vanno evitate invece le ricerche che potrebbero compromettere alcune funzioni vitali dell'organismo o provocare menomazioni sostanziali.

PRINCIPIO DI PRUDENZA.

Il principio di prudenza esige che ogni qualvolta si ravvisi il rischio che da uno studio potrebbero conseguire danni permanenti agli arruolati per la carenza di dati scientificio o per le tecniche di randomizzazione, la sperimentazione non può essere approvata.

PRINCIPI DI SOLIDARIETÀ E DI GIUSTIZIA.

Il principio di solidarietà con quello di giustizia stanno alla base di alcune normative internazionali quando asseriscono che una ricerca è legittimata eticamente unicamente se la popolazione oggetto di studio potrà usufruire degli eventuali benefici della sperimentazione. È un esplicito richiamo ai Paesi più ricchi ad astenersi dallo sfruttamento delle Nazioni più povere, testando su queste, magari senza idonee garanzie di sicurezza, farmaci che saranno disponibili unicamente a chi possiede il denaro per acquistarli. Inoltre, il principio di giustizia, esige come sollecitato dal Consiglio Internazionale delle Organizzazioni delle Scienze Mediche (CIOMS), che ogni sperimentazione clinica sia autorizzata unicamente dopo che "le competenti autorità del Paese ospitante hanno raggiunto la convinzione che il progetto soddisfi le esigenze etiche fondamentali"[845] .

5.I Comitati di Bioetica

I Comitati di Bioetica sono organismi di riflessione pluridisciplinare, interdisciplinare e pluralisti; luoghi di decisione per gli aspetti etici dei problemi biomedici connessi con la vita e la salute dell'uomo, esaminati in un' ottica antropocentrica e non esclusivamente tecnico-scientifica. Inoltre, i Comitati di bioetica, sono ritenuti essenziali dalla normativa internazionale per garantire un'alta qualità alle sperimentazioni cliniche.

5.1.PERCHÉ I COMITATI DI BIOETICA?

I Comitati di bioetica esordirono negli anni sessanta del XX secolo negli Stati Uniti[846], offrendo contributi per la soluzione di situazioni cliniche eccezionali che determinarono intensi conflitti tra pazienti e medici, provocando nella popolazione interesse e contemporaneamente preoccupazione. Da quel momento, i Comitati

[845] CONSIGLIO INTERNAZIONALE DELLE ORGANIZZAZIONI DELLE SCIENZE MEDICHE, *Direttiva 15.*

[846] Tre testi sulla storia dei Comitati di Bioetica negli Stati Uniti: R.E. CRANFORD - A. E. DOUDERA, *Institutional Ethics Committees and Health Care Decision Making*, Health Care Administration Press, Ann Arbor, Michigan 1984; B. HOSFORD, *Bioethics Committees: the health care provider's guide,* Aspen, Roville Maryland 1986; B. WEINSTEIN (a cura di), *Ethics in the Hospital Setting*, West Virginia University Press, Morgantown, West Virginia 1986.

di bioetica si diffusero in tutto il mondo, offrendo inizialmente prevalentemente consulenze nel settore assistenziale, poi esaminando e approvando i protocolli di sperimentazione clinica.

Il primo caso clinico che sollecitò la costituzione dei Comitati di bioetica fu la dolorosa situazione di Karen Ann Quilian (1976), una giovane di ventuno anni, in stato di totale incoscienza da oltre un anno per aver ingerito sostanze psicotrope unite ad alcool.

Karen, era mantenuta in vita da un respiratore artificiale che i genitori adottivi chiesero "di staccare" poichè i medici avevano diagnosticato il suo stato irreversibile.

I sanitari della clinica si rifiutarono; i genitori si rivolsero alla "Corte Suprema" dello Stato del New Jersey che accolse il 31 marzo 1976 la richiesta a seguito della testimonianza del padre e il parere favorevole del Comitato di bioetica istituito "ad hoc" nella clinica dove Karen era ricoverata. Sorsero dubbi sulla competenza del Comitato formato da due componenti "medici" (il direttore sanitario e un medico) e da quattro "non medici" (due sacerdoti, un'assistente sociale e un consulente legale) poichè doveva pronunciarsi sulla irreversibilità del coma e sulle possibilità che Karen riacquistasse uno stato di coscienza. Al Comitato fu chiesto di emettere una valutazione clinico-prognostico e non unicamente un parere etico sulla possibilità di sospendere le cure.

A Karen fu staccato il respiratore artificiale ed essa, respirando autonomamente, visse in coma per nove anni nella sua abitazione dove morì a causa di una polmonite nel 1985.

L'opinione pubblica si pose l'interrogativo sulla "sopravvivenza a tutti i costi" in quelle condizioni, oppure se non fosse più corretto permettere alla natura "di fare il suo corso".

A seguito di questo caso iniziò la formalizzazione e la legittimazione giuridica dei Comitati di bioetica o di organismi similari, con il compito di valutare gli aspetti etici delle "cure straordinarie" a pazienti in condizioni critiche[847].

Un'altra situazione che attirò notevole interesse riguardò Baby Doe (1983), una neonata affetta da sindrome di Down aggravata da difetti multipli della cresta neurale: spina bifida, microcefalia e idrocefalia.

I medici proposero un intervento chirurgico correttivo; i genitori chiesero che "la natura facesse il suo corso" poichè l'intervento non avrebbe migliorato la situazione ma unicamente ridotto l'entità del danno.

I sanitari ricorsero al tribunale, ma i giudici accettarono la richiesta dei genitori. Il caso fu sottoposto anche alla "Corte Suprema Americana" ma la neonata morì lo stesso giorno dell'udienza.

Un caso, meno conosciuto ma altrettanto emblematico fu quello di Willian Bartling[848] affetto da cinque patologie potenzialmente fatali: enfisema polmonare ostruttivo cronico, malattia vascolare arteriosclerotica diffusa, arteriosclerosi ostruttiva delle arterie coronariche, aneurisma addominale e ademocarcinoma

[847] La rivista *Life,* pubblicò nel 1962 un articolo denunciando che in un ospedale di *Seattle* (USA), la possibilità per i malati bisognosi di dialisi di sottoporsi alla cura era decisa da un gruppo interdisciplinare dell'Ente essendoci pochi posti a disposizione (cfr., *They decide who lives, who dies,* Life 9 -1962- 102).

[848] Cfr.: W. REICH, *Perché i Comitati di etica? Una valutazione dei diversi modelli,* in *I Comitati di etica in ospedale,* op. cit., pp. 17-19.

inoperabile del polmone sinistro.
Nel corso di una biopsia Bartling ebbe un collasso; fu trasferito nel reparto di rianimazione poichè si rese indispensabile l'uso di un respiratore artificiale.
Il paziente chiese ripetutamente di rimuovere il dispositivo medico. Si decise, inoltre, di legargli le mani alle sponde del letto per impedirgli di togliersi il respiratore.
Il medico di Bartling era favorevole ad accogliere la richiesta del suo paziente a condizione che ci fosse stato l'accordo dell'amministrazione dell'ospedale. Questa, era contraria, ritenendo la rimozione del respiratore una "collaborazione in suicidio". Ci si rivolse al giudice che pose a Bartling tre domande:
"Desidera vivere?". Bartling rispose: "si".
"Desidera continuare a vivere dipendendo dal respiratore?". Bartling rispose: "no".
"Si rende conto che se il respiratore venisse staccato, lei potrebbe morire?". Bartling rispose: "si".
Il giudice stabilì che la prognosi a livello medico era "ottimistica" e l'atteggiamento del Bartling nei confronti del respiratore "ambivalente"; perciò negò il distacco del dispositivo medico. E così, Bartling, trascorse il resto della vita presso la terapia intensiva, collegato al respiratore e con le mani legate[849].

I casi menzionati riguardarono aspetti etici della pratica clinica; dunque, l' istituzione dei primi Comitati di bioetica fu la risposta a esigenze contingenti.
Pure nelle sperimentazioni cliniche, l'aspetto etico era carente, nonostante che nel 1953 il "Group Consideration for Clinical Research Procedures Deviating from Accepted Medical Practice or Involving Unusual Hazard" sollecitò la revisione etica delle ricerche da parte di una "Commissione indipendente", ma le indicazione fornite furono applicate unicamente alle sperimentazioni condotte nei centri pubblici.
Nel 1962 la decisione della "Federal Food, Drug and Cosmetic Act" che autorizzava lo studio di nuovi farmaci senza la revisione etica del protocollo. Nel 1966, il "National Institute of Health" (NIH), Agenzia del Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti, stabilì alcune norme per regolamentare la sperimentazione. Sempre nel 1966, la "Surgeon-General of the United States Public Health Service" *(*USPHS), emanò una disposizione che rese obbligatoria l'istituzione, nei centri pubblici di ricerca, di una Commissione per la revisione etica dei protocolli.
Nel 1974, fu istituita dal Congresso degli USA, sollecitato anche dal drammatico "Tuskegee syphlis study", la "National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research" (Commissione Nazionale per la protezione dei soggetti umani coinvolti nelle Ricerche Biomediche e Comportamentali) con il compito di identificare i principi etici irrinunciabili nella ricerca biomedica e fornire suggerimenti per l'applicazione. Sempre nel 1974, il Presidente R. Nixon, firmò "La legge sulla ricerca" che fissò la costituzione degli "Institutional Review Boards" (IRB) negli istituti che conducevano ricerca con fondi pubblici per tutelare i diritti dei partecipanti alle sperimentazioni.
Dopo quattro anni di lavoro, la "National Commission for the Protection of Human

[849] Cfr.: G. J. ANNAS, *Prisoner in the ICU: The Tragedy of William Bartling,* in The Hastings Center Report 14 (1984) 28-89.

Subjects of Biomedical and Behavioral Research", pubblicò i principi etici di base e le linee guida per le sperimentazioni cliniche. E' il "Belmont Report: Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research" che rimarrà, pur non acquisendo valore legale, il nucleo concettuale fondamentale della bioetica americana[850].

Il "Belmont Report*"* indicò tre principi etici imprescindibili.

-Il "principio di autonomia*"* o del "rispetto per le persone", concepito come l'obbligo di trattare gli individui come soggetti autonomi, rispettando la loro capacità di autodeterminazione, salvaguardandoli da danni e abusi negli stati di vulnerabili o di autonomia limitata. Di conseguenza, chi partecipava ad una sperimentazione clinica, doveva fornire il proprio consenso dopo aver ricevuto dal medico ampia e adeguata informazione.

-Il "principio di beneficialità" (dal termine inglese "beneficence"*)* interpretato come "la pratica di fare il bene", massimizzando i benefici e minimizzando i rischi.

-Il "principio di giustizia" inteso come l'equa distribuzione degli oneri e dei benefici derivanti dalla sperimentazione clinica.

L'osservanza di questi principi etici sarebbe stata verificata da un Comitato, i già citati "Institutional Review Boards", che superando la natura volontaria e informale delle precedenti iniziative, avrebbero approvato la sperimentazione e controllato che il consenso informato fosse caratterizzato da una dettagliata informazione, ponendo particolare attenzione ai bambini, agli anziani e agli handicappati mentali gravi.

Nel 1980, il Presidente J. Carter, istituì la "President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research" (Commissione Presidenziale per lo Studio dei Problemi Etici in Medicina e nella Ricerca comportamentale) formata da scienziati, clinici ed esperti di filosofia, teologia, scienze mediche e sociali. I lavori della Commissione durarono tre anni (1980-1983). Fu prodotta una "Raccomandazione" che imponeva l'istituzione di un Comitato di bioetica in ogni Ente ospedaliero. Al Comitato furono assegnate tre funzioni: la consulenza etica per casi clinici problematici, la redazione di linee guida per la ricerca e la formazione degli operatori sanitari riguardo i problemi etici della medicina e della ricerca[851].

Nel 1984, "l'Accademia Americana di Pediatria", si pronunciò a favore dell'istituzione dei Comitati di bioetica[852]. Di particolare rilievo fu anche la presa di posizione espressa dall' "Associazione degli ospedali americani"[853].

---

[850] Il testo in S. SPINSANTI, *Bioetica in sanità*, Nis, Firenze 1993, pp. 243-254.

[851] Cfr.: PRESIDENT'S COMMISSION, *Deciding to frego life sustaining treatment*, US Government Printing Office, Washington DC 439 (1983) 457.

[852] "L'Accademia Americana di Pediatria raccomanda che i responsabili di ogni istituzione ospedaliera prendano in seria considerazione il ruolo che un Comitato di bioetica può svolgere nell'aiutare a prendere decisioni sulle cure riguardanti bambini con gravi patologie" (G. LEBEER -a cura di-, *Ethical function in Hospital ethics Committees*, vol. 51 in *"Biomedical and health Research European Commission"*, Bruxelles 2002, pg. 215).

[853] "La crescita delle conoscenze mediche e la diffusa applicazione della tecnologia in campo medico hanno aperto nuove opportunità nella cura della salute. Nello stesso tempo però questi fenomeni hanno posto sempre più medici, operatori sanitari in genere, pazienti e familiari di fronte a complesse scelte etiche. Il recente tentativo di chiarificare a livello delle istituzioni sanitarie le questioni di etica biomedica si è concentrato sul ricorso all'istituzione dei comitati di bioetica. Tali comitati saranno in grado di rispondere al compito di identificare le implicanze etiche dei nuovi problemi posti dal progresso biomedico e di

5.2. LA DIFFUSIONE DEI COMITATI DI BIOETICA

A partire dagli anni Ottanta del XX secolo, come abbiamo affermato, soprattutto negli Stati Uniti, fu favorita l'istituzione dei Comitati di bioetica nelle strutture ospedaliere, anche se persisteva la discussione sulla loro "mission".

Negli USA nacquero tre tipologie di Comitati.

-A "livello nazionale" i Comitati e le Commissioni per lo studio dei dilemmi bioetici.

-A "livello dei singoli ospedali" gli "Hospital Ethics Committess".

-A "livello degli Istituti di Ricerca" gli "Institutional Review Boards" per valutare ed esprimere il parere etico sui protocolli di sperimentazione clinica[854].

I Comitati di bioetica si diffusero, contemporaneamente, anche in vari Paesi[855].

In Italia, dagli anni '80, operarono alcuni centri di bioetica. La Scuola di Medicina e Scienze Umane, fondata nel 1982 a Milano presso la Fondazione San Raffaele del Monte Tabor; il Centro di Bioetica di Genova, istituito nel 1984 dall'Università di quella città; la Consulta di Bioetica nel 1989; il Laboratorio di Bioetica della Fondazione Lanza di Padova; l'Istituto Giano *di Bioetica.*

Per quanto riguarda i Comitati etici, abbiamo avuto un ritardo di diffusione rispetto ad altri Paesi. I nostri Comitati "pionieri" furono istituiti presso l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma (1985), gli Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano (1985), l'IRCCS san Raffaele di Milano (1986) e immediatamente dopo all' Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura dei Tumori di Milano e *all'Istituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro d*i Genova.

Il Comitato Nazionale di Bioetica, con funzione consultiva, fu costituito solo nel 1990 presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Dunque, anche in Italia, dalla metà degli anni '80 notiamo un proliferare di Comitati etici, caratterizzato però, per molti anni, dalla disomogeneità.

5.3. LA NORMATIVA ITALIANA PER I COMITATI DI BIOETICA

Nella legislazione italiana sono sette i Documenti riguardanti peculiarmente i Comitati etici. Decreto Ministeriale n. 86 del 27 aprile 1992, Decreto Ministeriale del 15 luglio 1997, Decreto del Ministero della Salute del 18 marzo del 1998, Decreto Ministeriale del 12 maggio 2006; Decreto del Ministero della Salute 8 febbraio 2013 "Criteri per la composizione e il funzionamento dei Comitati Etici"; Legge 11 gennaio 2018, n. 3 "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della Salute"; Decreto del 19 aprile 2018

---

contribuire alla loro soluzione, a condizione che ne siano chiaramente definiti gli obiettivi e che sia altrettanto chiara la consapevolezza delle loro possibilità e dei loro limiti" (K. RUYTER, *Clinical Ethics Committees in Norway: experiences and challenges*, in *Ethical function in Hospital Ethics Committees*, op. cit., pp. 81-99).

[854] Cfr.: A. M. CAPRON, *Ethics Committees in the Unides States*, in Notizie di Politeia 67 (2002) 87-94.

[855] Ad esempio, nel 1976, in Canada, presso "*l'Institut de Recherce Clinique*" dell'Università di *Montreal*, fu istituito il "*Centre de Bioéthique*" e nel 1978 il "*Comité Deontologique de la Recherche*" con il compito di revisione della ricerca e per offrire una guida alla pratica clinica. Nel 1982, al *Consiglio d'Europa*, fu istituito il "*Comité ad hoc d'experts sur les progrès des sciences biomédicales*" (CAHBI) per elaborare Raccomandazioni e Risoluzioni per gli Stati membri, anche se già dal 1977 era presente l' "*European Ethical Rewiew Committee*" (EERC), composto da trenta membri di nove Paesi europei, con la finalità di determinare la validità scientifica e gli aspetti etici dei protocolli delle industrie farmaceutiche del "vecchio continente". Nel 1983, nel *Massachusetts*, fu costituito il "*Council for Responsible Genetics"* composto da scienziati preoccupati dallo sviluppo incontrollato delle biotecnologie.

che istituisce il "Centro di coordinamento nazionale dei comitati etici territoriali per le sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano e sui dispositivi medici", previsto dalla legge 3/2018, oltre l'articolo 12, del Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012 che presenteremo al termine di questo capitolo.

Anche il Comitato Nazionale per la Bioetica si è pronunciato con quattro Pareri: I Comitati etici (1992); I Comitati etici in Italia: problematiche recenti (1997); I Comitati etici in Italia: orientamenti per la discussione (2001); I Comitati per l'etica clinica (2017).

5.3.1.DECRETO MINISTERIALE 86/92

Il Decreto Ministeriale n. 86 del 27 aprile 1992: "Disposizione sulle documentazioni tecniche da presentare a corredo delle domande di autorizzazione all'immissione in commercio di specialità per uso umano, anche in attuazione della direttiva n. 91/507/CEE"[856], si fece garante della Direttiva della Commissione delle Comunità Europee sulla revisione dei protocolli di ricerca da parte dei Comitati etici, introducendo per la prima volta nel contesto normativo italiano il termine "Comitato etico". E' "una struttura indipendente costituita da medici e non, il cui compito è di verificare che siano salvaguardati la sicurezza, l'integrità e i diritti umani dei soggetti partecipanti ad uno studio, fornendo in questo modo una pubblica garanzia"(art. n.3).

A seguito del Decreto, il Comitato etico, assumerà la caratteristica di un organismo amministrativo delegato, prevalentemente, all'esame delle sperimentazioni cliniche, i cui pareri assumeranno "valore vincolante". Però, il Decreto, non offrì indicazioni concrete sull'organizzazione e il funzionamento dei singoli Comitati.

5.3.2. DECRETO MINISTERIALE 15 LUGLIO 1997

Il secondo documento è il Decreto Ministeriale del 15 luglio 1997: "Recepimento delle linee guida dell'Unione europea di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali"[857] che obbligò l'approvazione da parte del Comitato etico di ogni sperimentazione clinica (cfr. art. 3.1.).

Il Comitato etico fu definito: *"*Una struttura indipendente (una commissione o un comitato di revisione dell'istituzione, regionale, nazionale o sopranazionale), costituita da professionisti medici/scientifici e membri non medici/scientifici, con la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere dei soggetti coinvolti in uno studio clinico e di fornire pubblica garanzia di tale protezione. Tale struttura è responsabile, tra l'altro, di effettuare la revisione e di dare l'approvazione e il parere favorevole relativamente al protocollo di studio, alla idoneità del/gli sperimentatore/i, delle strutture, nonché ai metodi ed al materiale da impiegare per ottenere e documentare il consenso informato dei partecipanti allo studio clinico*"* (allegato 1, 1.27).

Per la configurazione legale/giuridica, l'organizzazione e l'operatività, il Decreto fece riferimento alle Good Clinical Practice che autorizzavano la variazione della metodologia operativa da Paese a Paese, dovendo comunque consentire al

[856] GU n. 101 del 15 giugno 1992.
[857] GU n. 191 del 18 agosto 1997.

Comitato di agire nel rispetto delle stesse.

Riguardo alla composizione, l'allegato al Decreto, fornì suggerimenti generali, raccomandandosi che il Comitato comprendesse almeno cinque componenti tra cui uno di formazione non scientifica ed uno indipendente dal centro di sperimentazione (cfr. allegato 1, 3.2.1.).

Dunque, ai Comitati etici, fu attribuito ufficialmente un ruolo vincolante a livello decisionale nei confronti delle singole sperimentazioni.

Notiamo due differenze rispetto al precedente Decreto.

La prima riguarda l'applicazione della Good Clinical Practice ad ogni sperimentazione clinica, mentre nel '92 si richiedeva di far riferimento alle GCP unicamente nelle sperimentazioni aventi come finalità l' immissione in commercio di nuovi farmaci (cfr. art. 2.2).

La seconda differenza interessava direttamente i Comitati etici; furono delineate le procedure operative standardizzate da seguirsi, incrementando notevolmente l'aspetto burocratico a livello gestionale.

5.3.3. DECRETO MINISTERIALE 18 MARZO 1998

Il terzo Decreto del Ministero della Sanità fu quello del 18 marzo del 1998: "Linee guida per l'istituzione e il funzionamento dei comitati etici"[858].

Interessò direttamente i Comitati etici, fornendo indicazioni, in linea con le GCP, sull'istituzione, la natura, la struttura, la composizione e il funzionamento, e riconfermò ai Comitati la responsabilità di autorizzare l'avvio delle sperimentazioni cliniche.

Il Comitato etico, fu definito:

- "organismo indipendente", quindi non subordinato gerarchicamente né alla struttura dove operava e neppure ad altri Comitati;
- *composto* di esperti sanitari e non[859], secondo i criteri di interdisciplinarietà*;*
- con il *compito* di emettere il proprio parere vincolante prima dell'avvio di ogni sperimentazione clinica, basato sulla verifica dell'impostazione scientifica ed etica. Punto di riferimento per le decisioni saranno la Dichiarazione di Helsinki, le GCP ed eventuali raccomandazioni del Comitato Nazionale per la Bioetica.

La finalità è la protezione dell' interesse del paziente partecipante alla ricerca, che per essere incluso nello studio, avrebbe fornito preliminarmente un consenso libero ed informato (cfr. allegato 1, punto 1, artt. 1 e 4).

Il Decreto, si propose di offrire orientamenti omogenei per l'istituzione e l'attività dei Comitati etici e definirne i profili*,* ma alla fine, la caratteristica prevalente che emergerà dall'attività dei Comitati riguarderà la ricerca anche se, come richiamato dal Comitato Nazionale per la Bioetica, un impegno non minore doveva riguardare i problemi assistenziali della pratica clinica, "allo scopo di garantire l'umanizzazione dell'assistenza e la tutela della dignità e della salute dei cittadini"[860].

---

[858] GU n. 122 del 28 maggio 1998.

[859] In merito alla composizione fu specificato che "devono essere garantite le qualifiche e le esperienze necessarie a valutare gli aspetti etici e scientifico-metodologici degli studi proposti" (Allegato, art. 1, punto 3).

[860] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I Comitati Etici in Italia: problematiche recenti,* Roma 1997, n. 2.

5.3.4.DECRETO MINISTERIALE DEL 12 MAGGIO 2006.

Fu sostituito dal Decreto dell' 8 febbraio 2013.

5.3.5.DECRETO 8 FEBBRAIO 2013: CRITERI PER LA COMPOSIZIONE E IL FUNZIONAMENTO DEI COMITATI ETICI

Lo esamineremo approfonditamente inseguito.

5.3.6.LEGGE 11 GENNAIO 2018, N. 3 "DELEGA AL GOVERNO IN MATERIA DI SPERIMENTAZIONE CLINICA DI MEDICINALI NONCHÉ DISPOSIZIONI PER IL RIORDINO DELLE PROFESSIONI SANITARIE E PER LA DIRIGENZA SANITARIA DEL MINISTERO DELLA SALUTE".

Punti principali della legge.

Individuazione dei requisiti dei centri autorizzati alla conduzione delle sperimentazioni cliniche dalla fase I alla fase IV, con particolare attenzione, nella fase IV, al coinvolgimento delle associazioni dei rappresentanti dei pazienti nella definizione deiprotocolli di ricerca, soprattutto per le malattie rare.

Individuazione delle modalità per il sostegno all'attivazione e all'ottimizzazione di centri clinici dedicati agli studi clinici di fase I.

Semplificazione degli adempimenti formali riguardanti la presentazione della domanda per il parere del comitato etico, la conduzione e la valutazione degli studi clinici.

Definizione delle procedure di valutazione e di autorizzazione di una sperimenta= zione clinica.

Semplificazione delle procedure per l'utilizzo a scopi di ricerca clinica di materiale biologico o clinico residuo da precedenti attività diagnostiche o terapeutiche.

Applicazione dei sistemi informativi di supporto alle sperimentazioni cliniche.

Individuazione di specifici percorsi formativi in materia di metodologia della ricerca clinica, conduzione e gestione degli studi clinici e sperimentazione dei farmaci.

Riformulazione dell'apparato sanzionatorio.

Revisione della normativa relativa agli studi clinici senza scopo di lucro e degli studi osservazionali.

Il testo afferma inoltre che entro la metà di aprile, con decreto del Ministero della Salute (previa intesa con la Conferenza Stato-Regioni), verranno individuati i "comitati etici territoriali", massimo quaranta modificando l'assetto che prevedeva, a seguito dell'articolo 12, del Decreto Legge n. 158/2012, circa novanta comitati. Verranno inoltre individuati alcuni comitati etici (massimo tre) a valenza nazionale. Uno di questi sarà riservato alla sperimentazione in campo pediatrico.

5.3.7. DECRETO DEL 19 APRILE 2018 CHE ISTITUISCE IL "CENTRO DI COORDINAMENTO NAZIONALE DEI COMITATI ETICI TERRITORIALI PER LE SPERIMENTAZIONI CLINICHE SUI MEDICINALI PER USO UMANO E SUI DISPOSITIVI MEDICI", PREVISTO DALLA LEGGE 3/2018"

Questo "Comitato Etico Nazionale", composto da quindici persone, avrà il compito di svolgere funzioni di coordinamento, indirizzo e monitoraggio delle

attività di valutazione degli aspetti etici relativi alle sperimentazioni cliniche sui medicinali per uso umano demandate ai Comitati etici territoriali, come pure monitorare le attività svolte da questi ultimi. Come affermato da Eugenia Roccella (Idea) in Commissione Affari sociali alla Camera il 30 giugno 2017, noi riteniamo che questo un nuovo organismo di livello nazionale sia un "inutile appesantimento burocratico".

5.3.8 Comitato Nazionale per la Bioetica, "PARERE DEL 27 FEBBRAIO 1992: I COMITATI ETICI"[861]

In questo Parere, il Comitato Nazionale per la Bioetica, affrontò le caratteristiche richieste ai Comitati di etica e si interrogò sull' opportunità di separare l'attività sperimentale da quella clinica.

Nel 1992, in Italia, erano presenti tre tipologie di Comitati.

-Il "Comitato Nazionale per la Bioetica", primo livello.

-I "Comitati Etici Regionali", secondo livello, con il ruolo "di consulenza" per Giunte e Consigli regionali mediante la stesura di pareri sulla ricerca e sulla sanità.

-Il terzo livello interessava le realtà locali con i "Comitati Etici Locali" per i quali, il Documento, identificava quattro compiti.

1.Orientamento degli operatori sanitari e dei ricercatori sulle questioni etiche della ricerca e della pratica clinica;

2.Interpretazione delle norme e dei principi etici di riferimento internazionali, nazionali e dei singoli Ordini Professionali;

3.Formazione alle dimensioni etiche e deontologiche degli operatori sanitari;

4.Promozione della dignità e dei diritti del paziente.

Per quanto riguardava l'identità dei Comitati, secondo il Parere, l'approccio e la composizione dovevano essere interdisciplinale.

Restavano insolute le questioni sulla natura giuridica, sulla responsabilità dei componenti, sulla consistenza del parere espresso che si suggerisce obbligatorio ma non vincolante.

5.3.9. Comitato Nazionale per la Bioetica, "PARERE DEL 18 APRILE 1997: I COMITATI ETICI IN ITALIA: PROBLEMATICHE RECENTI"[862]

Nel secondo documento, il Comitato Nazionale per la Bioetica affrontò nuovamente l'argomento delle due tipologie di Comitati, quelli di Etica della ricerca e quelli di Etica dell'assistenza clinica e sanitaria.

All'interrogativo: un unico organismo oppure due? Il Comitato Nazionale non fornì nessuna risposta. Ribadì unicamente l'importanza della distinzione tra le due "funzioni" che i Comitati avrebbero potuto svolgere singolarmente o congiuntamente.

E' ancora sottolineato che i pareri dei Comitati etici non dovrebbero mai risultare vincolanti, anche quando siano previsti obbligatori dalla legge.

[861] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I Comitati etici,* Roma 1992.
[862] *I Comitati etici: problematiche recenti,* op.cit.

5.3.10. Comitato Nazionale per la Bioetica, "PARERE DEL 13 LUGLIO 2001: I COMITATI ETICI: ORIENTAMENTI PER LA DISCUSSIONE"[863]

Il Parere propose una nuova riflessione sulla natura e sul rilievo dei Comitati etici, sottolineando alcune problematiche nell' organizzazione e nella gestione e sollecitò un congruo numero di componenti indipendenti rispetto all'Istituzione costitutiva del Comitato.

Si analizzò nuovamente la distinzione tra la funzione di valutazione dei protocolli sperimentali e gli altri compiti affidati a questo organismo; ad esempio, le consulenze etiche nella pratica clinica, la formazione e la sensibilizzazione alle evidenze etiche.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica auspicò, infine, che il legislatore fornisse un'organica base giuridica per l'attività dei Comitati, come pure definisse la loro competenza anche negli studi relativi alla sperimentazione sugli animali.

5.3.11.Comitato Nazionale per la Bioetica, "PARERE DEL 31 MARZO 2017: I COMITATI PER L'ETICA CLINICA"[864]

Per il Comitato Nazionale di Bioetica, i Comitati etici locali, pur profondamente radicati e diffusi nelle strutture sanitarie, non riescono ad uscire da una perenne condizione di precarietà culturale e giuridica, poiché anche il Decreto Legge 158/2012 lascia indefiniti i compiti che esulano dalla valutazione dei protocolli di sperimentazione.

Anche l' assestamento richiesto dall'attuazione del Regolamento (UE) 536/2014 che concentra le procedure in un ristretto numero di organismi con spiccate funzioni tecniche, ridimensiona il ruolo dei Comitati etici in nome della centralizzazione e spersonalizzazione delle funzioni.

Il Comitato Nazionale, infine si augura, che i "Comitati per l'etica nella clinica" trovino un'adeguata attenzione in questo processo di revisione. Mentre mostra ampie perplessità sull'ipotizzata figura di un "consulente etico unico", essendo irrinunciabile il carattere multidisciplinare e pluralistico della consulenza etica.

5.4. PROFILI DEI COMITATI DI BIOETICA

Come abbiamo notato precedentemente, i Comitati etici potrebbero differenziarsi in "Comitati di etica della pratica clinica" e "Comitati di etica della ricerca e della sperimentazione. Illustriamo le due tipologie.

5.4.1. COMITATI DI ETICA DELLA PRATICA CLINICA[865]

Mentre i Comitati etici della ricerca e della sperimentazione possiedono definiti riferimenti legislativi e linee guida, i Comitati etici della pratica clinica, quelli cioè che dovrebbero valorizzare e salvaguardare le specificità che caratterizzano gli ambiti e le pratiche di cura, faticano a trovare un'adeguata collocazione.

Un punto di riferimento lo intravediamo nel "Rapporto finale" della statunitense

[863] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I Comitati etici: orientamenti per la discussione,* Roma 2001.
[864] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I Comitati per l'etica clinica*, Roma 2017.
[865] Questi Comitati sono denominati in vari modi: Comitati di etica clinica, Comitati di etica in ospedale, Comitati di etica dell'assistenza sanitaria, Comitati etici istituzionali, e più in generale "Comitati di Bioetica".

"President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Behavioral Research", che nel 1983 propose l'istituzione di "Comitati etici della pratica clinica" con le seguenti competenze:
-analisi etica di casi clinici complessi e controversi;
-elaborazione di linee-guida, direttive istituzionali, raccomandazioni su questioni etiche;
- formazione etica del personale sanitario e sensibilizzazione pubblica[866].

Interessante, è pure l'esperienza spagnola dei "Comités asistencial de etica", mentre per quanto riguarda il contesto italiano le uniche autorevoli riflessioni furono i due Pareri formulati dal Comitato Nazione per la Bioetica nel 1992 e 1997, esaminati in precedenza.

Questi Organismi di consulenza potrebbero raggiungere due finalità.
-Supportare le autorità amministrative e mediche nella gestione delle complessità di un Ente sanitario muovendosi dalle situazioni complesse e incerte che si verificano nella quotidianità.
-Rifondare una visione antropologica unitaria nel contesto delle scienze biomediche.

Approfondiamo la prima competenza sottolineata anche dalla "Commissione Presidenziale Americana": analisi etica di casi clinici complessi e controversi.
Alcune domande che il medico si pone, faticano a trovare una risposta. Ad esempio: "è ragionevole eticamente sottoporre il paziente a un'azione diagnostica o terapeutica in situazioni compromesse?", "devo prescrivere o rifiutare alcuni farmaci?"…
Di fronte a questi, e ad altri gravosi interrogativi, il medico avverte, a volte, un profondo bisogno di "conforto", inteso, come ricorda la derivazione latina del termine (consolationem): "rendere forte" mediante il sostegno nella fatica e l' incoraggiato con parole e ragionamenti convincenti.
Il "sostegno" del Comitato etico non significa assumersi responsabilità non proprie, oppure sostituirsi all' azione e alla coscienza di nessuno, ma unicamente "condividere" con il medico alcuni momenti particolari della sua esperienza professionale. Ciò sarà possibile esclusivamente in un contesto aperto, libero, disponibile e dialogico, al di fuori di ogni logica di strumentalizzazione ideologica e di potere.

La condizione attuale di questa tipologia di Comitati, abbiamo affermato, è incerta per la carenza legislativa e normativa, per le difficoltà nell'attribuzione delle competenze, per l'indipendenza da garantirgli e per le responsabilità da riconoscergli.

Una Regione italiana che alcuni anni fa ha optando per la totale distinzione tra "Comitati etici della ricerca e della sperimentazione" e "Comitati etici della pratica clinica" è il Veneto.
Una delibera della Giunta Regionale del 2004[867], istituì in ogni Azienda sanitaria, i "Comitati etici della pratica clinica" finalizzati ai problemi etici dell'attività sanitaria.
Nella Delibera si motivò la scelta: "L'emergere di nuove questioni etiche e l'amplificazione della loro complessità dentro l'organizzazione ospedaliera e

[866] *Deciding to frego life sustaining treatment*, op. cit., n. 269, pg. 257.
[867] REGIONE VENETO, *Delibera 4049,* 22 dicembre 2004.

l'assistenza sanitaria territoriale richiedono una riflessione etica più strutturata, sia rispetto ai contenuti che alla dimensione istituzionale". E più esplicitamente: "La ristrutturazione dei Comitati per la sperimentazione non esaurisce le risposte alle problematiche emergenti della bioetica e alla crescita dei processi di umanizzazione delle strutture socio-sanitarie della Regione".
I Comitati etici veneti della pratica clinica sono organi consultivi a supporto delle decisioni sanitarie in relazione ai profili etici delle problematiche connesse all'azione diagnostica e terapeutica e a integrazione delle qualità dei servizi socio-sanitari erogati.
I componenti dei Comitati sono nominati dai Direttori Generali sulla base di riconosciute competenze e esperienze professionali e di disponibilità alla riflessione etica.
La composizione*:* un medico legale, un medico anestesista-rianimatore, un medico di area chirurgica, un medico di area internista, un medico di area riabilitativa, un medico di area pediatrica, uno psicologo, uno psichiatra, un operatore di area infermieristica, un esperto in materie giuridiche, il difensore civico, un esperto di etica.
Le funzioni*:*
-l'umanizzazione delle cure sanitarie con particolare attenzione alla dignità della persona malata e al rispetto della sua autonomia;
-la consulenza agli organi decisionali in ordine all'elaborazione di politiche istituzionali concernenti pratiche che presentino conseguenze etiche problematiche;
-la formazione bioetica per operatori sanitari e cittadini[868].

Nel marzo del 2003, fu presentato da M. Immacolato, A. Mori e S. Holm e sottoscritto da vari medici e bioeticisti, un documento programmatico: la "Carta di San Macuto", e trasmesso al Ministro della Sanità.
I firmatari, dopo aver rilevato che erano trascorsi cinque anni dall'entrata in vigore del Decreto del 18 marzo 1998 che "lasciava ben sperare che il legislatore intendesse far nascere quegli organismi che avrebbero portato avanti alcuni mandati che fanno capo ai Comitati etici"[869], tra cui la consulenza etica all'attività clinica e la diffusione della cultura bioetica, constatarono con rammarico che gli interventi legislativi approvati inseguito riguardarono unicamente la sperimentazione clinica. Ed ecco la richiesta: "Noi riteniamo che non solo i tempi siano maturi per interventi sostanziali in materia, ma che sia urgente e improcrastinabile che siano costituiti anche i Comitati etici per la consulenza etica all'attività clinica. Tali istituti sono infatti essenziali affinché si possa rafforzare quel rapporto di fiducia tra operatore e utente in campo sanitario da tutti auspicato che tuttavia è sempre più a rischio"[870]. "Tali istituti si rendono necessari per garantire al pubblico la trasparenza delle scelte sanitarie e la loro legittimità, nonché l'eticità dell'assistenza clinica in qualsiasi luogo essa sia fatta: università, ospedale, territorio"[871].

[868] Le caratteristiche riportate sono una sintesi di quelle presenti nei "Comitati Etici Veneti per la pratica clinica".
[869] http://www.politeia-centrostudi.org/doc/CartaSMacuto/
[870] Carta di San Macuto.
[871] Carta di San Macuto.

Sono poi espresse alcune proposte.
"- Le aziende sanitarie locali, le aziende ospedaliere, gli istituti universitari di ricovero e cura, pubblici e privati, devono provvedere all'istituzione di un Comitato etico per la consulenza etica dell'attività clinica.
- Oltre a tale funzione il Comitato provvederà anche alla diffusione della cultura bioetica, alla formazione bioetica del personale sanitario, alla consulenza etica agli organi direzionali circa le policy da attuare.
- I Comitati etici si adopereranno affinché i 'vertici' delle strutture sanitarie non tengano conto soltanto degli aspetti tecnico-professionali ed economici delle prestazioni, ma pongano tra i loro obiettivi prioritari anche la formazione etica degli operatori sanitari, i bisogni di salute del contesto sociale, le implicazioni etiche insite nelle varie scelte organizzative.
- I Comitati etici devono avere un buon grado di indipendenza dalle strutture sanitarie, essere formati all' interdisciplinarietà e al pluralismo etico.
- L'indipendenza del Comitato etico sarà garantita attraverso le seguenti misure istituzionali:
a) la presenza di membri esterni in numero non inferiore a quello degli interni;
b) l'affidamento della presidenza ad un membro esterno;
c) l'incompatibilità delle cariche di 'alta dirigenza' delle strutture sanitarie con la funzione di membro del Comitato.
- Le strutture dove operano i Comitati etici devono mettere a disposizione del Comitato le risorse necessarie per il suo funzionamento:
a) personale qualificato per svolgere le funzioni di segreteria;
b) risorse finanziarie sufficienti per le attività del Comitato;
c) una sede fisica adeguata.
- La nomina dei componenti del Comitato etico deve avvenire sulla base di documentate competenze non solo nelle specifiche professioni, ma anche in campo bioetico"[872] .
Ed ecco la conclusione: "I tempi sono ormai maturi affinché il Comitato etico realizzi in pieno e in concreto i mandati affidatigli dalle norme e dalla comunità sociale, non solo nell'ambito della sperimentazione, ma anche in quello dell'assistenza: di essere organo garante della sicurezza, dei diritti, della dignità dei soggetti utenti delle strutture sanitarie, e strumento di diffusione della cultura bioetica"[873].

Sono trascorsi molti anni dalla pubblicazione della "Carta di San Macuto"; i comitati etici della ricerca clinica hanno compiuto progressi a livello strutturale ed organizzativo (anche se non tutti condivisibili), ma per quanto riguarda la consulenza etica e la formazione bioetica, sempre più indispensabili, i comitati etici della pratica clinica sono quasi assenti. Diversa è la situazione in alcuni Paesi europei: in Spagna troviamo i "Comités Asistencial de Etica", in Inghilterra i "Clinical Ethics Commitees", in Francia lo "Spazio Etico".

Ciò che abbiamo affermato riguardo ai "Comitati di etica della pratica clinica" è ben riassunto nel pensiero del filosofo J.F. Malherbe. "Detto nel modo più essenziale possibile, i Comitati di etica della pratica clinica hanno il compito di

[872] Carta di San Macuto.
[873] Carta di San Macuto.

vigilare affinché le scienze e le tecniche biomediche restino al servizio dei sanitari e dei pazienti. In altre parole, la loro funzione è impedire che gli uni e gli altri diventino schiavi o vittime delle scienze e delle tecniche biomediche. Volendoci esprimere in modo positivo, i Comitati svolgono la missione di promuovere gli interessi tanto di coloro che dispensano le cure, quanto di coloro che le ricevono, in modo che siano i beneficiari dello sviluppo delle scienze e delle tecniche biomediche e del loro utilizzo sempre più massiccio"[874]. Da qui la conclusione del filosofo: "In definitiva, il ruolo dei Comitati è quello di vigilare affinché la medicina, e più in generale tutte le pratiche sanitarie, conservino la finalità loro propria, nonostante il loro sviluppo tecnologico e le modalità di finanziamento. Finalità che potrebbe essere definita come lo sviluppo della salute di tutti, e di tutto l'uomo"[875].

5.4.2. COMITATI ETICI DELLA RICERCA CLINICA E DELLE SPERIMENTAZIONI

Noi, esamineremo questa tipologia di Comitati, riferendoci al Decreto del Ministero della Salute del 8 febbraio 2013: "Criteri per la composizione dei Comitati Etici"[876] in parte simile al Decreto Ministerale del 12 maggio *2006: "Requisiti minimi per l'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento dei Comitati etici per le sperimentazioni cliniche dei medicinali".*

Articolo 1. Funzioni.

-Garanzia (cfr. art. 1, comma 1)

L'attività principale del Comitato etico, come già affermato, è l'esame dei protocolli delle sperimentazioni cliniche e delle ricerche biomediche da un punto di vista scientifico ed etico, l'approfondimento e la discussione dei vari aspetti, soprattutto quelli controversi che potrebbero danneggiare 'arruolato.

Il Comitato etico ha anche l'obbligo di sorvegliare il progresso delle sperimentazioni, di monitorarle e di visionare gli eventi avversi gravi.

-Consulenza (cfr. art. 1, comma 2)

L' argomento lo abbiamo già trattato in precedenza; qui vogliamo unicamente sottolineare che per proporre delle soluzioni ad alcune problematiche poste dal progresso biomedico, a volte, risultano inadeguate e insufficienti le norme deontologiche e giuridiche, investendo aspetti specificatamente etici. Dunque, il Comitato etico, deve porsi al servizio degli operatori sanitari, fornendo pareri motivati, elaborati in discussione collegiali, che avranno unicamente rilievo consultivo, quindi non vincolante.

-Formazione (cfr. art. 1, comma 2)

Il Comitato etico è un organismo deputato anche alla formazione e alla sensibilizzazione alla bioetica. Già nel 1991, il Comitato Nazionale per la Bioetica, evidenziava la "crescente richiesta di informazione-formazione in tema di etica pubblica, data anche l'urgenza dei problemi etici connessi con l'applicazione sempre più vasta di nuove tecniche nell'ambito sanitario, cui corrispondono le esigenze di un'effettiva comprensione dei problemi umani legati alle malattie e

[874] *I Comitati di etica in ospedale: un luogo di sviluppo dell'autonomia,* op. cit., pg. 40.
[875] *I Comitati di etica in ospedale: un luogo di sviluppo dell'autonomia,* op. cit., pg. 43 .
[876] G.U. n. 96 del 24 febbraio 2013.

alla sofferenza"[877].

Articolo 2. Numero dei Comitati e loro composizione.
Articolo 3. Indipendenza.
Articolo 4. Organizzazione.
Articolo 5. Funzionamento.
Articolo 6. Aspetti economici.

6. Comitato Nazionale per la Bioetica

Il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), fu istituito con "Decreto del Presidente del Consiglio" il 28 marzo 1990 come organismo consultivo della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Suo dovere è anche l'orientamento per gli Organi legislativi ed amministrativi che richiedono consulenze in materia di bioetica.

Nel momento della costituzione il Comitato Nazionale per la Bioetica era formato da 40 membri, ora è composto da 48 componenti: 33 esperti di "chiara fama" nelle discipline biologiche, filosofiche, giuridiche e medico-legali, 5 componenti fissi oltre i presidenti del Comitato Nazionale delle Ricerche, del Consiglio Superiore della Sanità, dell' Istituto Superiore di Sanità, della Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e dell'Ordine degli Infermieri. Le riunioni sono convocate a cadenza mensile.

Nel Decreto istitutivo si precisavano i compiti.

-Elaborare un quadro riassuntivo dei programmi, degli obiettivi e dei risultati della ricerca e della sperimentazione nel campo delle scienze della vita e della salute dell'uomo.

-Formulare pareri e indicare soluzioni, anche ai fini della predisposizione di atti legislativi, per affrontare i problemi etici e giuridici che emergono con il progredire delle ricerche.

-Prospettare soluzioni per le funzioni di controllo rivolte alla tutela della sicurezza dell'uomo e dell'ambiente nella produzione di materiale biologico.

-Promuovere la redazione di codici di comportamento per gli operatori dei vari settori interessati.

-Favorire una corretta informazione dell'opinione pubblica.

Il Comitato Nazionale per la Bioetica, in quasi trent'anni anni di lavoro, ha prodotto 131 Pareri, oltre mozioni e risposte a varie interpellanze.

7. La sperimentazione sugli animali

Nelle sperimentazioni ci si avvale degli animali nella fase pre-clinica o fase 0, cioè nel primo atto dello studio di una nuova molecola (o principio attivo) che si ipotizza portatrice di benefici terapeutici.

La sperimentazione sugli animali è soggetta a leggi che tutelano i diritti degli stessi nei confronti di inutili sofferenze o danni duraturi, limitandone l'uso all'essenziale come affermato anche da Papa Francesco: "benchè l'essere

[877] *Bioetica e formazione nel sistema sanitario*, op.cit., pg. 3.

umano possa intervenire nel mondo vegetale e animale e servirsene quanto è necessario alla sua vita, il Catechismo (della Chiesa Cattolica) insegna che le sperimentazioni sugli animali sono legittime solo se si mantengono in limiti ragionevoli e contribuiscono a curare o salvare vite umane"[878]. Ricorda, inoltre, che il potere umano ha dei limiti e che "è contrario alla dignità umana far soffrire inutilmente gli animali e disporre indiscriminatamente della loro vita"[879]. Quindi qualsiasi uso e sperimentazione "esige un religioso rispetto dell'integrità della creazione"[880].

Le "Good Laboratory Practices" (GLP), cioè le linee di Buona Pratica di Laboratorio, hanno standardizzato le procedure sia nelle selezioni delle tipologie di animali, sia per le metodologie da seguire. Come pure, si afferma, la liceità dell'utilizzo degli animali, unicamente quando determinate conoscenze non sono già state acquisite in precedenza e solo per necessità essendo inattuabile l'uso di modelli matematici computerizzati, di colture cellulari di tessuti, di piante, di invertebrati e di microrganismi. Dunque, la sperimentazione sugli animali, in alcune situazioni è irrinunciabile, non essendoci attualmente metodologie alternative.

Tutto ciò è ben specificato e regolamentato dal Decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 26 che ha attuato la Direttiva n. 2010/63/UE. In base a questa norma, tutti i progetti di ricerca che contemplano l'impiego di animali vertebrati e di taluni invertebrati devono essere autorizzati dal Ministero della salute e portati avanti all'interno di stabilimenti autorizzati. Ma già in precedenza, per onorare le diverse sensibilità, il legislatore con la Legge 413/93, aveva contemplato "l'obiezione di coscienza" per chi opera in questo settore.

Una critica frequente riguarda la difformità degli animali dall'uomo; di conseguenza sussistono incognite collegate alla disparità delle specie. Pertanto, per alcuni, questa prassi sperimentale non fornisce risultati attendibili. La sostanziale disuguaglianza tra uomo e animale è reale, ma alcuni animali posseggono in comune con l'uomo omogeneità anatomiche e fisiologiche. Ad esempio, il ratto, detiene un Dna in molti elementi analogo a quello umano. Certamente è impossibile ricreare in laboratorio sugli animali, con precisione, il complesso intreccio di relazioni tra gli organi e i mediatori chimici tipici dell'organismo umano.

A volte, l'atteggiamento nei confronti di questa fase sperimentale, sfocia in esasperazioni e scontri tra l'opinione pubblica e la comunità scientifica. Riteniamo doveroso stigmatizzare la crudeltà umana verso gli animali, come pure ridurre al minimo il numero di animali da sottoporre alla ricerca, sviluppando maggiormente i metodi complementari e alternativi, ma proibire questa tipologia di studi paralizzerebbe e bloccherebbe la ricerca scientifica.

Un Parere del Comitato Nazionale per la Bioetica fornisce la giustificazione sull'uso degli animali: "E' nel nome stesso della salute dei viventi – non solo dei viventi umani, ma anche dei viventi non umani – che trovano le proprie

[878] *Laudato sì,* op. cit., n. 130.
[879] *Laudato sì,* op. cit., n. 130.
[880] *Laudato sì,* op. cit., n. 130.

giustificazioni etiche tutte le diverse forme di intervento umano sulla natura vivente, ivi comprese quelle attività – indubbiamente estreme che implicano il sacrificio di forme di vita"[881]. Lo stesso Comitato aveva già precisato, inoltre, che la "ricerca biomedica sugli animali non è sinonimo di vivisezione"[882] che però non avviene nei laboratori, dove gli animali sono soggetti ad analisi ed esperimenti sempre in sicurezza.

Da ultimo la salute dell'uomo ha sempre priorità sul benessere dell'animale anche nel complesso settore sperimentale, dove gli animali assumono la valenza di prevenzione e di protezione perchè non si replichino i drammi del passato. Ad esempio, negli anni '70 del XX secolo, la somministrazione del "talidomide" causò danni irreparabili a 2.625 bambini che nacquero affetti da varie malformazioni, oppure "l'elisir di sulfanilamide" provocò la morte di oltre cento bambini per la tossicità del solvente.

8.Il dono del Ministero della Salute alle industrie farmaceutiche

L'Italia è un Paese che dispone di un enorme numero di leggi; di conseguenza è impossibile al cittadino conoscerne anche solo una minima parte. Eppure, alcune norme, anche se all'apparenza appare che non ci riguardino, potrebbero, in situazioni particolari, coinvolgere da vicino la nostra vita. E' il caso del comma 6, dell'articolo 12, del Decreto Legge n. 158 del 13 settembre 2012: "*Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute*"[883].

Il Decreto Legge trattava vari argomenti: dalle regole per le nomine dei direttori generali degli ospedali al come contrastare la ludopatia; dalle sanzioni pecuniarie a chi vende tabacchi ai minori all'apertura degli ambulatori 24 ore su 24 *e* riservava un comma al "ridimensionamento" dei Comitati Etici Ospedalieri*:* "uno ogni milione di abitanti" (cfr.: art 12, comma 6).

Ai "non addetti ai lavori", cioè al "signor qualunque", questo comma a una lettura veloce, sembra non interessargli, mentre noi vogliamo dimostrare che "tutti i cittadini" dovrebbero essere alquanto impensieriti e intimoriti assumendo quotidianamente dei farmaci, oppure perché, in un determinato periodo della loro vita, potrebbero sentirsi rivolgere dal proprio medico curante questa richiesta: "Di un po', ti dispiacerebbe unirti ad altri pazienti per darci una mano nel fare una ricerca molto importante che stiamo intraprendendo?". E il nostro "signor qualunque", sgomento per la sua salute e forse per la sua vita e con un potere di scelta minimo quando la persona alla quale ha ancorato tutte le speranze gli rivolge una richiesta, risponde prontamente "sì"[884].

In Italia, fino al 30 giugno 2013, erano presenti 269 Comitati Etici Ospedalieri.

[881] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Sperimentazione sugli animali e salute dei viventi*, Roma 1997, n. 9.
[882] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA *La sperimentazione dei farmaci*, Roma 1992, n. 3.
[883] G.U. n. 214 del 13.9.2012.
[884] Cfr.: *Informed-but uneducated- consent,* N. Engl. J. Med 287 -1972, pg. 465.

Dal 1 luglio 2013 sono stati ridotti a 90 e dal gennaio 2018 ancora dimunuiti.

Fu un errore gravissimo e pericolosissimo concentrare in poche persone una onerosa quantità di lavoro. Ciò ha menomato "la sicurezza" dei pazienti arruolati, infatti l'enorme carico di attività ha ridotto la "qualità" delle revisioni e dei controlli delle sperimentazioni cliniche, e di conseguenza, sono notevolmente incrementati gli errori di valutazione con tutte conseguenze, rischiando di rivivere drammatici errori del passato**.** Sembra sarcastico, ma in Italia tutte le normative sono presentate come eccellenti, anche le più idiote, fino a quando "non ci scappa il morto". Allora, tutti si sdegnano, e cercano il colpevole che solitamente non è mai identificato.

Ammoniva un documento della SIMLA (Società italiana di Medicina Legale): *"*Ricorrerebbe elevata probabilità di riconoscere tardivamente un eventuale errore di valutazione del Comitato etico (se vi sono più comitati etici che valutano contemporaneamente lo stesso protocollo tali errori sarebbero eliminati o si verificherebbero più difficilmente, con maggiori garanzie per i pazienti). La sottomissione di una sperimentazione a più Comitati etici, indipendenti tra loro nella valutazione, rappresenta una garanzia di una maggiore qualità di revisione e di controllo, in senso non solo tecnico ma anche squisitamente etico (si ricorda quanto rilievo conferisce a tale aspetto la normativa internazionale sulla conduzione delle ricerche), esattamente come il pluralismo di idee giova alla corretta realizzazione di ogni progetto di utilità collettiva". E, G. Grob, ispettore della "Food and Drug Administration" (FDA), si chiedeva: "I molti protocolli da esaminare in una riunione non fanno correre il rischio di una valutazione portata avanti con poca attenzione e con superficialità?".

Risulta poi un'inadeguata conoscenza da parte del Comitato etico che raggruppa più ospedali della "sede" dove si svolgerà la sperimentazione (idoneità della struttura, compatibilità della sperimentazione con l'organizzazione assistenziale, tipologie dei pazienti arruolati, conduzione del monitoraggio…). Infine, sono stati penalizzati, gli studi "no-profit".

Con questa normativa*,* approvata dal governo presieduto dal senatore Mario Monti, le attività dei Comitati etici, sono stati spogliate dei valori etici, scientifici e di vigilanza e ridotti a formali organismi di routine.

Gravi negligenze nella verifica delle sperimentazioni nella conduzione delle ricerche che hanno sovrastimato l'efficacia di un farmaco e sottostimato gli effetti avversi dei trattamenti hanno prodotto nel passato drammatiche situazioni. Ad esempio, alcuni anni fa, il "Benfluorex", un medicinale anoressizzante per soggetti diabetici, ha determinato in Francia, la morte di oltre mille persone per valvulopatia cardiaca. Inoltre, ogni anno, sono tolti dal commercio vari farmaci poichè determinano eventi avversi gravi e ciò, il più delle volte, è dovuto a errori di valutazioni anche da parte dei Comitati etici.

Perché la riduzione dei Comitati Etici?

Una giustificazione al Decreto Legge riguarda l'adeguamento della normativa sperimentale italiana alle Direttive Comunitarie; "ce lo chiede l'Europa!". E qui, ci permettiamo di osservare, come avvenuto in altri contesti, non sempre la legislazione Europea si prefigge la difesa della dignità e dei diritti della persona; anzi, alcune leggi approvate e imposte a livello Comunitario notevoli perplessità.

Un secondo motivo sottaciuto, ma che riteniamo assai reale, è l'aver accolto le richieste delle industrie farmaceutiche di ridurre al minimo l'iter burocratico per diminuire i costi che devono sostenere per le singole sperimentazioni.

Ma, le notizie negative, non terminano mai! Il Regolamento UE 536/2014 sulla sperimentazione clinica di medicinali per uso umano che abrogava la direttiva 2001/20/CE entrato in vigore il 16 giugno 2014, si prefigge, tra l'altro, di introdurre la prassi che il parere di un Comitato Etico per una sperimentazione multicentrica, sia sufficiente e valevole per tutti i centri sperimentali di una determinata nazione UE. Hanno festeggiato dunque le industrie farmaceutiche che reputavano i Comitati etici i principali responsabili dei ritardi nell'avvio delle sperimentazionii, e questo, a detta di alcuni, allontanava l'Italia dagli investimenti nel settore.

Non possiamo, infine, non menzionare un articolo di condanna "della bioetica" e ostile ai comitati etici, pubblicato da Gilberto Corbellini che tra l'altro è docente di bioetica presso l'Università della Sapienza di Roma e Michele De Luca Direttore del Centro di Medicina Rigenerativa dell'Università di Reggio Emilia sul quotidiano "Il Sole 24 ore"[885]. I due autori ritengono gli esperti di bioetica "una casta di professionisti che ostacola la ricerca, aumenta i costi dello sviluppo dei farmaci e in questo modo danneggia i pazienti". E i comitati etici sono condannati per "l'occuparsi di troppe cose con troppa poca competenza o di impicciarsi di cose scientifiche che non sono di loro competenza". E la conclusione è pienamente il linea con le premesse: un unico Comitato Etico Nazionale, e noi aggiungiamo: magari senza la presenza dell'esperto di bioetica, che potrebbe rallentare anche quell'unico Comitato.

Quanta ipocrisia! Nuovamente la sacralità e la dignità della vita umana piuttosto che essere strenuamente difesa e anteposta a tutto, compreso l'interesse economico, è calpestata dal potere del mercato, complice una scienza la cui rapidità rischia di collidere con le indispensabili argomentazioni di carattere etico.

Papa Francesco ha ricordato un "midrash biblico" di un Rabbino del secolo XII; questo racconto è alquanto significativo anche come conclusione della riflessione su questo argomento. "Per costruire la Torre di Babele, era necessario fare i mattoni. E quando il mattone era preparato doveva essere portato su per la costruzione della Torre. Un mattone era un tesoro per tutto il lavoro che richiedeva; di conseguenza quando cadeva un mattone era una tragedia nazionale e l'operaio colpevole era punito. Ma se cadeva un operaio, non succedeva niente, era un'altra cosa!".

E questo accadde anche oggi nel settore delle sperimentazioni cliniche. Se gli investimenti delle industrie farmaceutiche calano è una tragedia. Ma se una persona subisce lesioni a seguito di un farmaco magari studiato con superficilaità e pressappochismo si rimane indifferenti. Così, purtroppo, ragiona la nostra società!

Conclusione

Come conclusione poniamo all'attenzione del lettore una motivazione particolare

[885] G. CORBELLINI – M. DE LUCA, *Per un comitato etico al passo con i tempi,* Il Sole 24 ore, 24 maggio 2015.,

che la persona potrebbe far propria accettando di partecipare ad una sperimentazione clinica, anche nella Fase I.
E' la scelta della prossimità, interpretata come aspetto concreto della solidarietà "di tutti verso tutti", e atto di evidente disponibilità per "l'altro sofferente", che potrebbe, in futuro, essere vantaggiato da un nuovo farmaco. E' l'aiuto al prossimo sconosciuto, poichè sappiamo unicamente che il probabile beneficiario sarà una persona malata.
E' l'autentica concretizzazione del vincolo che unisce gli uomini, infatti, "l'uomo come persona, ha una profonda ed essenziale dimensione relazionale: l'uomo-persona, è un 'io' aperto al 'tu', un essere 'con' e 'per' l'altro"[886].
E' la risposta all'appello di solidarietà di tutti i malati, conosciuti o sconosciuti, per i quali la scienza e la medicina ricercano e verificano innovbativi approcci diagnostici e terapeutici.

La prossimità, anche nel settore sperimentale, è senz'altro la motivazione più trasparente e maggiormente ricca di valori e di virtù, testimoniando l'eccellenza del dono. E la gratuità oltrepassa una quotidianità che fonda anche le relazioni più intime su rapporti di reciprocità, almeno a parità di benefici, o sulla tentazione di sopraffare l'altro per aprirsi alla "solidarietà universale", anche nei riguardi delle popolazioni dei Paesi in via di sviluppo.

Accanto alla gratuità e alla solidarietà va posta la sollecitudine delle industrie farmaceutiche e degli sperimentatori a recuperare l'etica della ricerca con comportamenti schietti e trasparenti. Occorre, come ricordava G. Maccarano, scienziato e medico, "sperimentare per l'uomo e con l'uomo e non unicamente sull'uomo".

CAP. 17.SPERIMENTAZIONE CLINICA E SITUAZIONI PROBLEMATICHE

Nel capitolo precedente abbiamo evidenziato clamorisi ricerche condotto con pazienti "particolarmente vulnerabili, vittime di studi clinici sperimentali eticamente scorretti, privi di informazioni e di tutele; anzi gli sperimentatori indegnamente sfruttarono le debolezze dei loro malati.
Per questo ora ci fermeremo nella prima parte del capitolo sulla vulnerabilità, domandandoci: "Chi sono i soggetti più vulnerabili?"[887].

La categoria è ampia includendo anche malati incurabili, indigenti e minoranze etniche. Inoltre, è "più vulnerabile" chi acconsente alla partecipazioneessendo strumentalizzato nelle sue aspettative, oppure è vittima di ritorsione come i detenuti, i prigioni di guerra e i condannati a morte.
Nell'articolo 15 del protocollo aggiuntivo alla "Convenzione sui diritti umani e la biomedicina" sono citati alcuni motivi dovuti all'aspetto cognitivo, alla federenza, ai moventi medici oppure a situazioni economiche e sociali. La vunerabilità si accentua quando una sperimentazione mette a rischio la vita, l'integrità e la dignità umana dei soggetti inclusi. Ma nella ricerca biomedica che prevede

[886] D. TETTAMANZI, *Bioetica. Nuove frontiere per l'uomo,* Piemme, Casale Monferrato 2000, pg. 342.
[887] Cfr.: *Thorical Medicine an Bioethics*, n. 7 (2000), numero monografico dedicato alla Vulnerability.

contemporaneamente danni e benefici, a volte è complesso individuare quando la vulnerabilità è particolarmente sfruttata.

Secondo K. Kipnis, sei sono gli aspetti di vulnerabilità riguardanti il partecipante allo studio clinico sperimentale[888].

-La vulnerabilità "cognitiva e comunicativa" data dall'incapacità di comprendere l'informazione e, di conseguenza, i rischi e i benefici. Ciò limita l'autonomia e la libertà della decisione.

-La vulnerabilità "giuridica o istituzionale", quando un partecipante alla ricerca è obbligato da un'autorità o da un tutore.

-La vulnerabilità "deferenziale", quando il paziente è condizionato nella decisione da chi lo circonda.

-La vulnerabilità "medica", prevalentemente nei riguardi di malati gravi o terminaii, per i quali i trattamenti sperirnentali rimangono l'ultima "speranza di vta".

-La vulnerabilità "ecanomica o allocativa", quando la partecipazione alla sperirnentazione clinica è determinata prevalentemente dal compenso.

-La vulnerabilità "sociale" di alcune categorie di soggetli citati precedentemente.

Quali sono i danni che potrebbero subire i "più vulnerabili"?

R. Levine evidenzia quattro quattro tipologie di danni[889]:

-"Danno fisico": aumento e prolungamento del dolore o di lesioni permanenti che potrebbero causare anche la rnorte.

--"Danno psicologico": incremento della sofferenza emotiva, delle aberrazioni cognitive e compofiarnentali...

-"Danno sociale": effetti negativ sulle relazioni familiari, professionaìi e sociali…

-"Danno economico": assenza dal lavoro, costi non rimborsati o sottostimati...

R. Colornbo mostra un altro danno, quello alla dignità, così interpretato: "La dignità non è ristretta ne riconducibile alla vita fisica, psicologica, sociale ed economica. In quanto agente morale, ogni essere uumano gode di valori e di prefererze personali, di una concezione del bene e del male, e di impegni individuali. Queste e altre dimensioni, tra cui quella spirituale della vita umana, sono profondamente radicate nell' 'esperienza originale o elementare' che costituisce la nostra identítà. (…) A questo livello ci troviamo 'al cuore' della dignità umana. Questo 'cuore' è vulnerabile, e la sua vulnerabilità è testimoniata da quell'indefinibile disagio da cui si viene presi quando, ad esempio, si è trattati come oggetto di interesse o di piacere[890]. In termini kantiani la dignità è danneggiata ogni volta che tu non 'agisci in modo tale da trattare l'umanità, così nella tua persona come nella persona di ogni altro, sempre insieme come fine, mai semplicemente come mezzo'[891]. Per evitare danni alla dignità è necessario un profondo rispetto del ogni dimensione dell'uomo, compreso il senso religioso, il radicale impegno della persona con la vita e il suo significato, qualunque sia l'identità di tale significato della propria vita. A sua, la dignità umana si fonda sulla

[888] Cfr.: K. KIPNISK, *Vulnerability in research subjects: a bioethical taxonomy*, in *Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants*, n. 7, 2010, pp. 7-12.

[889] Cfr.: R. LEVINE, *Palance of Harms and Benefit. Ethics and Regulation of Clinical Research*, Yale University Press, New Haven 1988, pp. 37-65.

[890] *Il senso religioso*, op. cit. pg. 14.

[891] I. KANT, *Grundlegung zur Metaphysik der Sitte*, Hartknoch, Lipsia 1975, trad. It. di F. GONNELLI, *Fondazione della metafisica dei costume*, Laterza, Roma-Bari 2002, pg. 91.

natura propria e originaria dell'uomo – 'la natura della persona umana'[892] – che è 'la persona stessa nell'unità di anima e di corpo, nell'unità dell sue inclinazioni di ordine spirituale che biologico e di tutte le altr caratteristiche specifiche necessarie al perseguimento del suo fine'[893»894].

1.Sperimentazione clinica in età pediatrica

I minori rappresentano un sottogruppo vulnerabile della popolazione. La loro condizione nella pratica clinica e terapeutica fino a pochi anni fa era tragica[895] essendo un settore "therapeutic orphans"[896], malgrado che il 20% della popolazione dell'Unione Europea è composta da persone di età compresa tra 0 e 16 anni, e che l'infanzia e l'adolescenza abbiano sostanziali difformità rispetto all'età adulta. Erroneamente, la popolazione pediatrica, era reputata una "sotto-popolazione" di quella adulta mentre, per quanto riguarda l'uso di un farmaco tra minori e adulti esistono notevoli differenze essendo l'assorbimento, la farmaco-distribuzione e le risposte di farmacodinamica, di farmaco-metabolismo e di farmaco-eliminazione profondamente differenti. Ma, nonostante queste difformità tra le due categorie, nel 2000, nel mondo, meno del 15% dei farmaci in commercio era prescritto sulla base di specifiche prove cliniche attestanti le caratteristiche di rischio beneficio nell'età pediatrica[897].

A seguito del disinteresse generale per i minori, in Europa, circa il 60% delle prescrizioni pediatriche causarono l'incremento di eventi avversi, anche mortali, oltre che una frequenza di errori terapeutici da 4 a 12 volte superiore a quello riscontrabile nell'adulto. La mancanza di farmaci pediatrici richiedeva che vari medicinali fossero utilizzati nei monori in off-label, ossia con indicazioni terapeutiche, dosaggi e vie di somministrazione non testati specificatamente per l'età pediatrica. In Italia, negli ultimi anni del secolo scorso, i farmaci specifici per minori erano 123, pari all' 1,3% dei circa 10.000 medicinali autorizzati[898].

Questa incresciosa situazione fu dovuta alla riluttanza delle industrie farmaceutiche a investire risorse economiche in sperimentazioni cliniche ritenute poco remunerative, essendo quello pediatrico un segmento minoritario del mercato totale del farmaco. Erano presenti, inoltre, preoccupazioni etiche e problematiche connesse alla vulnerabilità delle popolazioni pediatriche. Non possiamo infine dimenticare la mancata sollecitazione dei medici e dei pediatri ai genitori, e questi ultimi, anche per lo stato emotivo e psicologico causato dalla malattia del figlio, per tutelarlo erano contrari ad acconsentire alla partecipazione

[892] CONCILIO VATICANO II, *Gaudium et spes*, n. 51.
[893] GIOVANNI PAOLO II, *Veritatis splendor*, n. 50.
[894] R. COLOMBO, *I soggetti più vulnerabili nella ricerca biomedica*, in J. D. CORREA – E. SGRECCIA (a cura di), *Etica della ricerca biomedica. Per una visione cristiana*, Editrice Vaticana, Città del Vaticano 2005, pg. 25.
[895] Cfr.: sito web progetto *Drug Evolition in children*, oppure R. STEINBROOK, *Testing medication in children*, in The N. Engl. J. Med., n. 347 (2002), pp. 1462-1470.
[896] Cfr.: H.C. SHIRKEN, *Therapeutic orphans*, in J. Pediatr. N. 2 (1968), pp. 119-120.
[897] Cfr.: EUROPEAN COMMISSION, *Better medicinal for children. Proposed regulatory actions on paediatric medicinal products*, 28 febbraio 2002.
[898] Cfr. A. CECI – G. REGGIARDO, *Utilizzo di prodotti farmaceutici nella pratica pediatrica in Italia*, in The Italian Journal of Pediatrics, n. 23 (1997), pp. 959-966.

agli studi sperimentali.

Nei primi anni del duemila emerse l'esigenza di approntare normative specifiche per la sperimentazione pediatrica, migliorando lo scenario generale. I dati del 2015 dimostrarono che i farmaci autorizzati per uso pediatrico in Europa si aggiravano attorno al 30% di quelli in commercio. Un notevole passo in avanti.

Definiamo sperimentazione pediatrica una ricerca clinica, deputata o meno alla registrazione di un farmaco, effettuata su soggetti da 0 a 16 anni, che corrisponda alle peculiarità richieste dalle normative vigenti in Europa[899] e in Italia[900] per la sperimentazione clinica, comprese le "Linee guida pediatriche"[901].

Adottiamo come riferimento poiché riassuntive, alcune "raccomandazioni" del Decreto Legislativo n 211 del 24 giugno 2003: "Attuazione della direttiva 2001/20/CE relativa all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione delle sperimentazioni cliniche di medicinali per uso clinico" .

L'articolo 4 evidenzia le condizioni per lo svolgimento delle sperimentazioni cliniche sui minori.

"a) sia stato ottenuto il consenso informato dei genitori o dell'altro genitore in mancanza di uno di essi o del rappresentante legale nel rispetto delle disposizioni normative vigenti in materia; il consenso deve comunque rispecchiare la volontà del minore e deve poter essere ritirato in qualsiasi momento senza che ciò comprometta il proseguimento dell'assistenza necessaria;

b) il minore abbia ricevuto, da personale esperto nel trattare con minori, informazioni commisurate alla sua capacità di comprensione sulla sperimentazione, i rischi e i benefici;

c) lo sperimentatore tenga in considerazione la volontà esplicita del minore di rifiutare la partecipazione alla sperimentazione o di ritirarsene in qualsiasi momento, se il minore stesso è capace di formarsi un'opinione propria e di valutare le informazioni di cui alla lettera b);

d) il gruppo di pazienti tragga dalla sperimentazione clinica qualche beneficio diretto e solo se la ricerca è essenziale per convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare il loro consenso informato o ottenuti con altri metodi di ricerca; inoltre, la ricerca deve riguardare direttamente uno stato clinico di cui soffre il minore o essere di natura tale da poter essere intrapresa solo su minori;

e) siano state seguite le linee guida scientifiche pertinenti, adottate dall'Agenzia europea di valutazione dei medicinali (EMEA);

f) le sperimentazioni cliniche siano state concepite in modo da ridurre al minimo il dolore, il disagio, la paura e ogni altro rischio prevedibile, in relazione alla malattia e allo stadio di sviluppo del minore; la soglia del rischio ed il grado di malessere devono essere definiti specificamente e continuamente monitorati;

g) il protocollo sia stato approvato da un Comitato etico con competenza anche pediatrica o che si sia preventivamente avvalso di una consulenza in merito alle

[899] Cfr.: DIRETTIVA EUROPEA 2001/20/CE DEL 4 APRILE 2001: "*Ravvicinamento delle siposizioni legislative, regolamentarie e amministrative degli Stati membri relative all'applicazione della buona pratica clinica nell'esecuzione dellea sperimentazione clinica di medicinali a uso umano*", articolo 4.

[900] DECRETO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ DEL 10 MAGGIO 2001: *Sperimentazione Clinica controllata in medicina generale e in pediatria di libera scelta*" (G. U. n. 139 del 18 giugno 2001.

[901] Cfr.: www.apel-pediatri.it

questioni cliniche, etiche e psicosociali in ambito pediatrico;
h) l'interesse del paziente prevalga sempre sugli interessi della scienza e della società".

2. Sperimentazione clinica con adulti "incapaci" di fornire validamente il proprio consenso informato

Alcuni documenti hanno ampiamente trattato i requisiti di tutela per gli adulti incapaci, per il loro stato patologico, di manifestare un consenso informato consapevole ed esplicito.

L' articolo 5 del Decreto Legislativo n. 211/2003 indica:

"-sia stato ottenuto il consenso informato del rappresentante legale; il consenso deve rappresentare la presunta volontà del soggetto e può essere ritirato in qualsiasi momento senza pregiudizio per il soggetto stesso;
-la persona abbia ricevuto informazioni adeguate alla sua capacità di comprendere la sperimentazione ed i relativi rischi e benefici;
-lo sperimentatore tenga conto del desiderio esplicito di un soggetto in sperimentazione in grado di formarsi un'opinione propria e di valutare tali informazioni, di rifiutare la partecipazione o di ritirarsi dalla sperimentazione clinica in qualsiasi momento;
-non vengano dati incentivi o benefici finanziari ad eccezione delle indennità che, ove il promotore la sperimentazione sia un soggetto pubblico, potranno essere concesse solo nei limiti degli stanziamenti di bilancio ad esso assegnati;
-la ricerca sia essenziale per convalidare dati ottenuti in sperimentazioni cliniche su persone in grado di dare un consenso informato o ottenuti con altri metodi di ricerca e riguardi direttamente uno stato clinico che ponga a rischio la vita o determini una condizione clinica debilitante di cui il soggetto soffre;
-le sperimentazioni cliniche siano state concepite in modo da ridurre al minimo il dolore, il disagio, la paura e gli altri rischi prevedibili in relazione alla malattia e allo stadio di sviluppo; sia la soglia del rischio che il grado di malessere devono essere definiti specificamente ed essere continuamente monitorati;
-il protocollo sia stato approvato da un Comitato etico competente sia nel campo della malattia in questione, sia per quanto riguarda le caratteristiche proprie della popolazione di pazienti interessata, o previa consulenza in merito alle questioni cliniche, etiche e psicosociali nell'ambito della malattia e della popolazione di pazienti interessata;
-gli interessi dei pazienti prevalgano sempre su quelli della scienza e della società;
-vi sia motivo di ritenere che la somministrazione del medicinale da sperimentare rechi al paziente un beneficio superiore ai rischi o che non produca alcun rischio".

L'articolo si conclude affermando: "Nei casi di incapacità temporanea, all'atto della riacquisizione delle proprie capacità decisionali, al soggetto deve essere richiesto il Consenso informato al proseguimento della sperimentazione".

Importanti sono la figura giuridica dell' amministratore di sostegno e la comunicazione; infatti come per i minori, anche in questi soggetti va ricercato e accettato il loro parere.

3.Sperimentazione clinica sulle donne

Può apparire anomalo che anche le donne siano inserite in questo testo come soggetti “più vulnerabili”, eppure fino a pochi decenni fa erano escluse totalmente dalla ricerca.

Innanzitutto per motivi storici, in particolare le per malformazioni prodotte tra il 1957 e il 1962 dall’assunzione del talidomide; oltre cinque milioni di gravide furono coinvolte. Da quel tragico episodio il sesso femminile fu allontanato dalla sperimentazione clinica. Significative furono le prese di posizione della Food and Drug Administration (FDA) del 1977 nel documento “Considerazioni generali sulle valitazioni cliniche dei prodotti farmaceutici” e della World Health Organizazion del 1982: “Proposed International Guidelines”.

L’esclusione fu motivata motivata dal fatto che la donna partecipante alla ricerca poneva, indipendentemente dalla sua intenzione e dalla sua volontà, problematiche legate al suo genere:

-le dinamiche e le fluttazioni ormonali sollevavano complicazioni metodologiche e di analisi, richiedendo stati differenziati rispetto all’uomo;

-le probabilità della donna in età fertiledi rimanere gravidae quindi essere vittima di un effetto teratogeno anche a distanza di anni dalla conclusionedella ricerca;

-l’uso di contraccettivi, soprattutto di tipo ormonale, rischiava di alterare i dati della ricerca;

-la variabilità farmacocinetica della donna dovuta alla composizione qualitativa e quantitativa della sua massa corporea;

-il ruolo della donna nella società che spesso esercita più attività: dall’impegno familiare a quello professionale.

Dunque, per molto tempo i farmaci furono testati unicamente sugli uomini, ignorando le reazioni dll’organismo femminile a alcuni medicinali che provocarono alle donne gravi reazioni avverse.

Solo nel 1993 la FDA con il documento: “Linee guida per lo studio e la valutazione delle differenze di sesso nella valutazione clinica dei farmaci” e la WHO/CIOMS con le “International Ethical Guidelines” rimisero il sesso femminile nella ricerca.

Decisivo fu nel 2003 il seminario di Bruxelles “Sperimentazioni clinichee differenze di genere” organizzato dall’European Communuty Advisory Board (ECAB), che stilò alcune raccomandazioni recepite dall’EMEA nel documento: “Note for Guidance of Clinical Development of Hiv-Medical Products”[902] nel quale si chieseuna partecipazione statisticamente rilevante di donne alla ricerca clinica.

Un problema riguarda anche oggi le donne arruolate in “età fertile”.

La maggioranza degli sponsor richiede come criterio di inclusione l’uso di contraccetivi “sicuri” giungendo ad indicare, a volte, il metodo o più metodi contraccettivi da adottare. Noi riteniamo questa imposizione eticamente scorretta poiché comanda alla persona l’esecuzione di un atto non terapeutico, evidenziando la scarsa fiducia nella responsabilità della donna.

E’ fondamentale un’adeguata informazione sull’obbligo di non rimanere gravida nel corso dello studio, e a volte anche terminata la ricerca per un determinato

[902] Cfr.: www.nadironlus.org

periodo di tempo. Andranno chiaramente evidenziati i rischi che la sperimentazione comporta per il feto. Potranno essere proposti metodi di regolazione della fertilità, senza però imporre il ricatto dell'uso obbligatorio dei contraccettivi. Sarà responsabilità della donna decidere la metodologia da utilizzare dopo essere stata informata anche sulle pratiche alternative, ad esempio i metodi naturali della fertilità che abbiamo presentato in precedentemente.

4.Sperimentazione clinica sull'embrione umano

Varie, sono le situazioni in cui l'embrione si trova ad essere il "più vulnerabile", in particolare avvalendosi delle "cellule staminali embrionali" per ricerca. Abbiamo notato precedentemente che queste sono presenti nell'embrione e per usufruirne vanno prelevate nei primi giorni di vita provocandone la morte.

La sperimentazione sugli embrioni, praticata in alcuni Paesi, è vietata in Italia dalla Legge 40 del 19 febbraio 2004: "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita" all'articolo 13.

Altre criticità per gli embrioni derivano dagli studi sul ciclo cellulare e sul loro metabolismo come pure dalla procreazione medicalmente assistita e dalla diagnosi pre-impianto.

5.Sperimentazione clinica nei Paesi poveri

Numerosi studi clinici sono condotti nei Paesi del Terzo Mondo, essendo meno onerosi economicamente e le violazioni delle GCP più tollerate.

Un articolo del New England Journal of Medicine del 2015 esaminò i risultati di trecento sperimentazioni farmacologiche tenutesi dal 2005 al 2015 e pubblicati sulle riviste NEJM, Lancet e JAMA. I dati dimostrarono che in dieci anni gli studi clinici attuati nei Paesi poveri sviluppo sono raddoppiati, dal 4,7% del 2005 all'11,7% del 2015, mentre negli USA sono diminuiti dal 53,8% al 42,6%, che assommati a quelli dell'Unione Europea si sono ridotti dal 93,8% all'85,1%. Un incremento è stato segnalato anche nei Paesi Sud americani e in quelli dell'Europa dell'Est.

Per condurre una sperimentazione clinica occorre arruolare circa 5.000 persone e lo Sponsor, cioè la ditta farmaceutica, si assume gravosi oneri economici e molteplici responsabilità. Si è calcolato negli Stati Uniti che ogni giorno di ritardo nella commercializzazione di un farmaco, priva un' industria di oltre un milione di dollari per le mancate vendite. Di conseguenza, la rapidità, per una multinazionale è un notevole affare! Inoltre, nei Paesi occidentali, l'arruolato costa all' azienda farmaceutica circa 10.000 dollari; nell'Europa orientale 3.000; in Africa meno di 1.500.

Questa piaga che rapidamente si diffonde, nonostante l'invito di alcuni documenti internazionali alla massima cautela, pone due problemi: la scarsa attendibilità dei risultati e lo sfruttamento dell'uomo malato povero.

Scarsa attendibilità dei risultati.

I Paesi sopra citati, oltre adottare in minima misura le metodologie previste dalle

GCP, faticano ad essere monitorati dall'EMEA (Agenzia Europea per i Farmaci) e dagli Enti regolatori internazionali. Questo significa la scarsa attendibilità dei risultati e ciò mette a rischio la sicurezza dei futuri fruitori dei prodotti farmaceutici. Come pure, l' assenza di informazioni sul profilo genetico dei partecipanti, può rendere nocivo il medicinale assunto in contesti geografici differenti. Dunque, l'annosa questione, interpella sia l'aspetto etico che quello scientifico.

Sfruttamento dell'uomo malato povero.

Nei Paesi del Terzo Mondo sono presenti più malati, liberi dai vincoli delle GCP e dai controlli dei Comitati etici. In questa situazione, la sacralità, la dignità della vita umana e "l'interesse del paziente" da anteporre ad ogni altra motivazione, compreso il tornaconto economico, sono calpestati dal potere del mercato.

Gli arruolati affrontano molteplici rischi essendo dubbia l'acquisizione del consenso informato, inaffidabile l'approvazione del Comitato etico, quando è presente, e l'uso del placebo è autorizzato pur potendo attingere ad alternative terapeutiche consolidate. "Per molti di noi partecipare a un esperimento clinico è l'unico modo di avere le medicine, quindi di sopravvivere almeno un po' ", raccontava un malato africano che da due anni si curava partecipando a uno studio che confrontava un futuro farmaco con un placebo. Inoltre, in questi contesti, si è totalmente scordato che la ricerca risulta giustificata, come più volte affermato, unicamente se la popolazione oggetto di studio potrà usufruire, in futuro, degli eventuali benefici.

Dobbiamo operare insieme per combattere gli abusi provocati da queste sperimentazioni cliniche incontrollate, evitando gli orrori del passato, quando i Paesi più ricchi sfruttavano le popolazioni più povere, testando su di esse farmaci che non avrebbero mai utilizzato. Diversamente, i Paesi più poveri, si trasformeranno nella "frontiera delle vergogne" del terzo millennio! .

6.Informazioni genetiche e materiale biologico

Negli ultimi anni, la rapida evoluzione della genetica e delle biotecnologie, hanno fatto proliferare le raccolte di materiale biologico. Sempre di più, si è evidenziato, che rilevanti patologie hanno origini genetiche e sussistono ampi raccordi fra i fattori genetici e quelli ambientali. F. Collins, il coordinatore del "Progetto Genoma Umano", affermò: "si può sostenere che tutte le malattie, a parte forse i traumi, hanno una componente genetica" .

Per le potenzialità connesse alla genetica e per le caratteristiche peculiari dei dati genetici, il cui errato utilizzo causerebbe gravose lesioni alla persona, questo settore suppone indiscusse implicazioni etiche, giuridiche e sociali riguardanti anche l'ambito sperimentale.

Ai Comitati etici, sempre di più, verrà richiesta l'approvazione di sperimentazioni con "obiettivi genetici" oppure, in vari studi, l'aspetto genetico sarà un completamento della ricerca clinica stessa. E mentre nelle sperimentazioni cliniche il rischio è connesso al nuovo farmaco, negli studi genetici i danni agli arruolati potrebbe derivare da un uso strumentale delle informazioni acquisite.

Perciò, ogni ricerca con finalità genetiche, dovrà possedere un adeguato Consenso informato che il partecipante firmerà liberamente, al termine di un

colloquio con lo sperimentatore dopo essergli state fornite ampie informazioni. Inoltre, l'arruolato, dovrà conoscere il suo diritto ad opporsi al trattamento dei dati genetici se questo aspetto della sperimentazione è un aggiunta ad uno studio con obiettivi diversi.

8.Placebo

Per "placebo" intendiamo ogni procedura terapeutica e farmacologica deliberatamente attuata per ottenere un effetto o svolgere un'azione sul paziente o sulla malattia, ma questo intervento è privo di ogni efficacia specifica nei confronti della condizione dell'oggetto di trattamento essendo, quello somministrato, un composto inattivo o una sostanza inerte.

La maggioranza delle sperimentazioni cliniche sono "studi controllati verso placebo in doppio cieco". Il farmaco in studio, come già affermato, è somministrato al gruppo A e il placebo al gruppo B. I risultati ottenuti sono confrontati per verificare la reale efficacia del trattamento sperimentale.

A livello scientifico, l'argomento è anche oggi oggetto di discussioni, non essendoci tra gli studiosi una visione unanime[903] .

Documenti internazionali e nazionali invitano, utilizzando il placebo, alla totale prudenza, alla riduzione dei casi e a attenersi a ferree regole. Ma, nonostante molteplici interventi normativi, il placebo è adottato frequentemente, prevalentemente nelle sperimentazioni cliniche multicentriche anche quando non necessita.

Il placebi pone problematiche etiche.

E' eticamente corretto il confronto con il placebo reperendo in commercio farmaci di documentata efficacia? No.

E' eticamente corretto per somministrare il placebo sospendere una terapia ordinaria o privare il paziente di una cura di provata efficacia con il rischio che la patologia si aggravi o si riacutizzi? No.

E' eticamente corretto, assegnando l'arruolato "al braccio del placebo", provocargli maggiori sofferenze? No.

Come conclusione del paragrafo proponiamo alcuni criteri indicati dallo scienziato B. Freedman che ritiene ammissibile il placebo quando:

-non è disponibile nessuna terapia standard per la patologia in oggetto;

-le terapie disponibili si sono dimostrate non superiori al placebo;

-i trattamenti standard sono stati messi in discussione da nuovi dati scientifici[904].

[903] Cfr.: L. CANDIA, *L'uso del placebo nei trials clinici: considerazioni etico-deontologiche*, in A.G. SPAGNOLO – E. SGRECCIA (a cura di), *Lineamenti di etica della sperimentazione clinica*, Vita & Pensiero, Milano 1994, pp. 91-94.

[904] Cfr.: B. FREEDMAN, *Placebo-controlled trials and the logic of clinical purpose*, IRB: A Review of Human Subjects Research, n. 12 (1990), pp. 1-6.

Parte sesta
ALCUNE "PROBLEMATICHE" BIOETICHE

Cap 17 - TRAPIANTI DI ORGANI

La tematica dei trapianti di organi suscita da tempo interesse poichè la medicina negli ultimi decenni è passata da una tipologia demolitiva dell'organo malato alla sua sostituzione raggiungendo risultati promettenti, e consentendo a malati destinati alla morte di giungere alla guarigione o a un'accettabile qualità di vita. I trapianti di organo, infatti, costituiscono per alcuni l'unica cura possibile!

L'argomento quindi potrebbe apparire semplice nella sua illustrazione ma in realtà crea "i problemi più difficili per l'uomo sulla vita e sulla morte, sull'intimità e sull'esteriorità dell'uomo, sul sé e sul non sé, sul senso d'identità, sulla filiazione, sulla proprietà privata e sul bene collettivo, sui limiti immaginabili, tollerabili, che si possono imporre al progresso delle scienze e delle tecniche, sul sacro e il profano, sull'umano e il divino"[905]. In altre parole, trattare dei trapianti di organi, significa per l'uomo confrontarsi con l'immagine del suo corpo e con il significato della salute, della vita e della morte. E, in questa discussione, l'etica assume una valenza fondamentale più importante della tecnologia e dei costi infatti "essi sono il solo ambito della politica sanitaria che non può esistere senza la partecipazione del pubblico. Si tratta del cittadino che, in vita o dopo la morte, nel caso di organi vitali, decide di offrire organi o tessuti per i trapianti. Se non c'è dono di organi o di tessuti, i trapianti subirebbero un arresto brutale"[906].

Dopo i primi trapianti di rene, eseguiti negli Stati Uniti tra il 1954 e il 1962[907]; negli ultimi decenni del ventesimo secolo i trapianti d'organo s'incrementarono velocemente[908]. Famoso, fu il primo trapianto di cuore, eseguito nel 1967 da C. Barnard (1922-2001) che però fallì per il rigetto dell'organo trapiantato e altri trapiantati sopravvissero poco tempo dopo gli interventi. Nel 1978, J. Borel, scoprì la "Ciclosporina A", farmaco che indebolendo la risposta immunitaria nei confronti dell'organo trapiantato, diminuì gli episodi di rigetto. Seguirono l'azatioprina e il siero antilinfocitario assieme alla possibilità di tipizzare i tessuti.

A fronte di risultati incoraggianti persistono, però, lunghe "liste d'attesa" di malati che attendono un donatore immuno-compatibile. Nel 2018, in Italia, 8.713 malati attendevano un organo, mentre i pazienti trapiantati furono 3.718 di cui 3407 da donatore deceduto e 311 da vivente. Per quanto riguarda i tessuti, il numero dei trapianti effettuati furono 16.468, cellule staminali emopoietiche 848[909].

Quali sono gli organi trapiantabili dopo il prelievo da cadavere? Tutti, tranne

---

[905] M. BAUDIN, *Prendre, donner, recevoir*, in GROUPE D'ETIQUE DE L'HOPITAL BROUSSAIS (a cura di), *Prendre soin et donner sens*, Paris 1997, pg. 27.

[906] A. L. CAPLAN, *Testimony to the Subcommittee on Health and the Environment of the United States Congress 1990*, in G. M. ABOUNA, *Negative Impact of Trading in Human Organ on the Development of Transplantation inMiddle East*, Vol. 25, 1993, pg. 311.

[907] In realtà il pioniere di questi dei trapianti fu *A. Carrel* (1873-1944) che ai primi del '900 del XX secolo mantenne vive su una piastra delle cellule umane che poi vennero trapiantate negli animali.

[908] In Italia il primo trapianto di rene fu eseguito a Roma dal prof. A. Casciani il 20 maggio 1966.

[909] Dati pubblicati il 18 febbraio 2019 dal Ministero della Salute.

l'encefalo e gli organi sessuali poichè destrutturano e alterano la personalità[910]. Rammenta la "Carta degli Operatori Sanitari": "Non tutti gli organi sono eticamente donabili. Dal trapianto vanno esclusi l'encefalo e le gonadi che assicurano l'identità rispettivamente personale e procreativa della persona. Si tratta di organi in cui prende specificatamente corpo l'unicità inconfondibile della persona, che la medicina è tenuta a tutelare"[911].

Il settore però suscita delle problematiche etiche: il consenso del donatore e del ricevente; l'accertamento della morte del donatore; i vincoli per espianti da viventi.

1.Interventi legislativi

Molteplice è la legislazione italiana riguardante i trapianti d'organi anche se fondamentali rimangono la legge 644/1975 e la legge 91/1999[912]/[913].

Legge n. 644 del 1975: "Disciplina dei prelievi di parte dei cadaveri a scopo di trapianto terapeutico e norme sul prelievo dell'ipofisi da cadavere a scopo di produzioni di estratti per uso terapeutico"[914], che fissava le condizioni per accertare la morte del donatore e la dichiarazione del consenso alla donazione.

La normativa stabiliva che l'accertamento della morte avvenisse con l'elettrocardiogramma della durata non minore di venti minuti; doveva essere constatata anche l'assenza di attività elettrica del cervello con l' elettroencefalogramma ripetuto nel periodo di dodici ore, in seguito ridotte a sei; andava, infine, verificata l'assenza di respirazione spontanea.

La legge vietò il prelievo se il defunto non avesse sottoscritto in vita un consenso scritto. In assenza di questo, l'autorizzazione poteva essere concesso dai familiari prossimi (genitori, figli, coniuge), poiché lo Stato riconosceva a essi il diritto di disporre del cadavere del proprio congiunto.

La legge, con il trascorrere del tempo, apparve obsoleta e non idonea a raccogliere le istanze emergenti dalle nuove opportunità offerte dalla trapiantologia e, a molti, appariva farraginosa la manifestazione del consenso. Tanti ignoravano le opportunità offerte dai trapianti di organo, altri erano indifferenti o negligenti nei riguardi della sofferenza altrui.

Legge n. 91 del 1999:"Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti"[915], che riorganizzava il settore insieme al Decreto attuattivo del Ministero della Sanità del 8 aprile 2000.

L'aspetto innovativo riguardava "il consenso", introducendo il principio del

[910] Cfr.: D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 2001, pg. 493.
[911] *Carta degli operatori sanitari*, op. cit., n. 88,
[912] Punti di riferimento di entrambe le leggi sono i Principi Costituzionali, in particolare: Art. 9: Promozione della ricerca scientifica; Art. 13: rispetto della persona umana, della sua dignità e libertà; Art. 32: salvaguardia della salute del soggetto come diritto dell'individuo e interesse della collettività; Art. 33: libertà della scienza.
[913] Prima del 1975 erano già presenti alcuni leggi riguardanti la materia: Legge 235/1957: autorizzava il prelievo da cadavere di cornee e del bulbo oculare; Legge 458/1967: riguardava il trapianto di rene da vivente; Legge 519/1968: introduceva la liceità del prelievo, durante l'autopsia, di parti del corpo anche a scopo di trapianto; DPR del 5 febbraio 1970: elencava gli organi trapiantabili. -Legge 458 del 26 giugno 1967: "Prelievo di rene da vivente"[913].
[914] Cfr.: G.U. n. 334 del 19 dicembre 1975.
[915] Cfr.: G.U. n. 87 del 15 aprile 1999.

“silenzio-assenso informato”. Dopo aver evidenziato l’esigenza di promuovere un’ampia informazione da parte delle unità sanitarie locali, delle scuole e delle associazioni di volontariato, la legge, all'articolo 4, recitava: "I cittadini sono tenuti a dichiarare la propria libera volontà in ordine alla donazione di organi e di tessuti del proprio corpo successivamente alla morte, e sono informati che la mancata dichiarazione di volontà è considerata quale assenso alla donazione".

Fu capovolto il principio vigente!

Con la legge del 1975 nessuno era donatore, tranne chi espressamente lo sceglieva, con la normativa del 1999 tutti i cittadini divennero potenziali donatori, eccetto quelli che avrebbero dichiarato la loro contrarietà. E con il Decreto dell'8 aprile 2000 furono fissate le disposizioni attuative della legge, soprattutto sulle modalità di dichiarazione di volontà dei cittadini.

La normativa stabilì criteri e norme condivisibili nell'ambito dell'etica personalistica, onorando i valori, primariamente la dignità della persona.

Con il trascorrere del tempo la normativa si è ampliata; citiamo i testi più rilevanti:

-Ordinanza del Ministero della Salute del 1 giugno 1999: “Disposizione in materia di trapianto, importazione ed esportazione di organi e di tessuti”[916].

-Legge 483 del 16 dicembre 1999: “Norme per consentire il trapianto parziale di fegato”[917].

-Decreto del Ministero della Salute del 2 agosto 2002: “Criteri e modalità per la certificazione degli organi prelevati al trapianto”[918].

-Decreto del Ministero della Salute del 2 dicembre 2004: “Modalita’ per il rilascio delle autorizzazioni all’esportazione o all’importazione di organi e tessuti”[919].

-Decreto del Ministero della Salute del 30 marzo 2008: “Disposizioni in materia di trapianti di organi effettuati all’estero ex articolo 20 della legge 91/ 99”[920].

-Decreto del Ministero della Salute del 11 aprile 2008: “Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al: ‘Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte’ ”[921].

-Decreto del Ministero della Salute e del Lavoro e delle Politiche sociali del 16 aprile 2010: “Regolamento per lo svolgimento delle attività di trapianti di organi da donatore vivente”[922].

-Legge n. 167 del 19 settembre 2012: “Norme per consentire il trapianto parziale di polmone, pancreas e intestino tra persone viventi”[923].

-Decreto del Ministero della Salute del 19 novembre 2015: “Attuazione della direttiva 2010/53/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 7 luglio 2010, relativa alle norme di qualità e sicurezza degli organi umani destinati ai trapianti, ai sensi dell'articolo 1, comma 340, legge 24 dicembre 2012, n. 228, nonché attuazione della direttiva di esecuzione 2012/25/UE della Commissione del 9

[916] Cfr.: G.U. n. 150 del 19 giugno 1999.
[917] Cfr.: G.U. n. 483 del 20 dicembre 1999.
[918] Cfr.: G.U. n. 258 del 4 novembre 2002.
[919] Cfr.: G.U. n. 27 del 3 febbraio 2005.
[920] Cfr.: G.U. n. 97 del 24 aprile 2008.
[921] Cfr.: G.U. n. 136 del 12 giugno 2008
[922] Cfr.: G.U. n. 172 del 26 luglio 2010.
[923] Cfr.: G.U. n. 227 del 28 settembre 2012.

ottobre 2012, che stabilisce le procedure informative per lo scambio tra Stati membri di organi umani destinati ai trapianti"[924].
-Legge n. 236 del 11 dicembre 2016: "Modifiche al codice penale e alla legge 1° aprile 1999, n. 91, in materia di traffico di organi destinati al trapianto, nonché alla legge 26 giugno 1967, n. 458, in materia di trapianto del rene tra persone viventi"[925].

2.Aspetti medici e tipologia di trapianti

"Il trapianto consiste nel trasferimento di organi (es. rene, cuore), di tessuti vivi (es. osso, pelle, sangue), di cellule (es. cellule di midollo osseo) da un individuo (donatore) ad un altro (ricevente), con l'obiettivo di mantenere nel ricevente l'integrità funzionale degli organi o tessuti o cellule trasferiti. Il donatore può essere un vivente (soprattutto per rene, parti del fegato e tessuti rigenerabili, come sangue e midollo osseo) o un cadavere (indispensabile per cuore, fegato in toto, pancreas che non possono essere prelevati a un vivente senza ucciderlo)"[926].

Tre sono le tipologie di trapianti: autotrapianti, omotrapianti (da vivente o da cadavere), xeno-trapianti.

Tra le varie problematiche mediche da considerare, le più importanti riguardano la velocità di espianto per proteggere l'organo dall'anossia, cioè dalla mancanza di ossigeno e l'attecchimento del nuovo organo che ha costituito per decenni uno dei maggiori ostacoli alla diffusione della chirurgia dei trapianti.

2.1.GLI AUTOTRAPIANTI

Gli autotrapianti, definiti anche "autoinnesto" o "innesto autoplastico", non pongono problemi etici poichè riguardando "la riparazioni" di parti ustionate o infette nello stesso organismo; per questo possiamo definirli anche interventi di chirurgia estetica.

La liceità etica di questi interventi è offerta dal "principio di totalità"; la persona può sacrificare una parte del suo corpo per salvare l'intero organismo[927].

Trasferire tessuti da una sede all'altra nella persona è eticamente corretto.
Il principio di totalità acconsente anche gli interventi di "chirurgia estetica correttiva" poichè l'interezza dell'uomo è offerta dalla totalità unificata della dimensione fisica, psichica e spirituale. Se una pesante menomazione procura disagio alla serenità globale e compromette l'armonia interiore della persona e il suo futuro professionale e relazionale è lecito ricorrere all'intervento. Questa visione non è applicabile alle forme ossessive o di vanità che talvolta si riscontrano nel campo estetico e che giustificano il ricorso alla chirurgia estetica con pretesti effimeri.

[924] Cfr.: G. U. n. 280 del 1 dicembre 2015.
[925] Cfr.: G. U. n. 299 del 23 dicembre 2016.
[926] M.P. FAGGIONI, *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica*, Camilliane, Torino 2004, pg. 193.
[927] Cfr.: Capitolo II di questo Manuale.

2.2.GLI OMOTRAPIANTI

Il prelievo di organi può effettuarsi da “soggetto vivente” o da “defunto”.

2.2.1.DA VIVENTE

Chi sceglie liberamente di donare un suo organo compie un atto di solidarietà e indica la prospettiva per debellare l’esacerbato egoismo e individualismo, radici di alcuni malesseri sociali. E’ un atto altamente meritorio poichè partecipa agli altri anche la propria organicità e unisce i cittadini attorno ai valori della difesa della vita.

Orientamenti da osservare.

1. E’ possibile donare unicamente un organo non vitale.

Negli anni ’50 del XX secolo, Pio XII aveva affermato: “Una persona può donare soltanto ciò di cui può privarsi senza serio pericolo per la propria vita o identità personale e per una giusta e proporzionata ragione”[928]. La persona non può donare un “organo essenziale per la sua sopravvivenza” poichè nessuno è “padrone assoluto” della propria vita, ma unicamente un amministratore, nominato da Dio, per gestire l'esistenza personale responsabilmente. Inoltre, l’uomo, non può esporsi a rischi sproporzionati poiché l’amore autentico deve anche calcolare la proporzione dei propri atti. Anche la legge 458/1967 proibì di disporre del proprio corpo come previsto dall’articolo 5 del Codice Civile: “Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente dell’integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge (579 C.P.)”.

La persona vivente può offrire in dono unicamente “organi doppi” come il rene, oppure settori del fegato o del polmone, o elementi di facilmente rigenerabili come il midollo osseo. Cioè parti del corpo che consentano al donatore, in futuro, un’adeguata qualità di vita.

2. Il consenso libero e informato del donatore e del ricevente.

Il donatore dovrà essere informato sulle limitazioni che potrebbe accusare in avvenire come pure sugli interventi diagnostici e chirurgici cui sarà sottoposto.

Nella scelta, il donatore, non potrà essere condizionato da pressioni esterne o ricatti morali, sociali ed economici ma la decisione dovrà essere caratterizzata dalla libertà, dalla volontarietà e dalla solidarietà, essendo la donazione sempre un dono.

Pure il ricevente esprimerà un consenso libero e consapevole sulla tipologia d’intervento, sui rischi e sui vantaggi. Non possiamo scordare, che accogliere un organo, potrebbe scuotere l’immagine della persona e del proprio corpo.

3. Totale gratuità

E’ un’altra nota distintiva “dal momento che non si dona semplicemente qualcosa di proprio ma si offre qualcosa di sé”[929].

Unicamente la gratuità, sconfiggerà il commercio di organi umani espiantati da morto o da vivente, anche da bambini il più delle volte ingannati o violentati. Questo racket coinvolge ogni anno milioni di diseredati obbligati “a vendere” una parte di sé a malati ricchi e privi di scrupoli. Ad esempio, in Cina, nel 2018, sono

[928] PIO XII, *Ai delegati delle Associazioni italiane di cornea e dell’Unione italiana ciechi,* 14 maggio 1956.
[929] GIOVANNI PAOLO II, *Alle associazioni di Donatori di Organi*, 20 novembre 1991.

stati effettuati 11mila espianti da condannati a morte[930] e in Nepal un rene è pagato 3.000 euri[931]. Ma accanto al racket non possiamo scordare il business miliardario dei trapianti (circa 32 miliardi nel 2017) che potrebbe tentare qualcuno.

La donazione sarebbe auspicabile prevalentemente tra consanguinei sia per una superiore compatibilità immunologica tra donatore e ricevente, sia per tutelare la gratuità.

Da tempo, anche in Italia, è prevista un'altra tipologia di donazione, quella denominata *samaritana*, cioè il dono da vivo di un organo a una persona sconosciuta, che per il Comitato Nazionale per la Bioetica "trova giustificazione nel riconoscimento di un legame di 'interdipendenza' che accomuna tutti gli esseri umani e che può muovere a una responsabilità asimmetrica e non solo reciproca verso l'altro"[932].

Due elementi caratterizzano questa prassi: l'eccezionalità dell'azione e il rigoroso anonimato del donatore, oltre una attenzione peculiare alle motivazioni e alle condizioni fisiche e psicologiche del donatore.

Riguardo all'anonimato "in generale" si è espresso pure il Comitato Nazionale di Bioetica rispondendo a un quesito posto dal Centro Nazionale Trapianti (CNT). "Se l'obbligo all'anonimato a cui è tenuto il personale sanitario amministrativo in base all'art. 18, comma 2, Legge 1 aprile 1999, n. 91, possa essere derogato su accordo delle parti previa firma da parte di entrambe del consenso informato". Il Comitato distinguendo il momento 'antecedente' al trapianto da quello 'successivo' all'avvenuto trapianto, ritiene che in una fase successiva, trascorso un ragionevole lasso di tempo, non sia contrario ai principi etici che l'anonimato possa essere rimesso nella libera e consapevole disponibilità delle parti interessate per avere contatti ed incontri[933].

4. Proporzione tra rischi e benefici

Dinanzi ad un intervento è doveroso valutare attentamente la proporzione del danno che si genererà e le fattibilità di successo dell'intervento, sia a livello di compatibilità tra il donatore e il ricevente che sul versante della possibilità tecnica.

I rischi del donatore e del ricevente devono essere bilanciati da una ragionevole previsione di successo dell'intervento.

5. Impossibilità di reperire lo stesso organo da cadavere.

La donazione di organi tra viventi è subordinata alla impossibilità di reperire quello di un defunto, diversamente è preferibile servirsi dell'organo del cadavere.

2.2.2.DA CADAVERE

L'ultima condizione analizzata mostra che la chirurgia dei trapianti dovrà tendere prevalentemente al prelievo di organi da cadavere, meno complesso anche tecnicamente.

Un'obiezione, di alcuni, concerne un' ipotetica scarsa deferenza al cadavere, e

[930] Fonte: Rapporto OMS 2019.

[931] Per approfondire l'argomento: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Parere sul traffico illegale di organi umani tra viventi,* Roma 2013.

[932] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La donazione da vivo del rene a persone sconosciute,* Roma 2010, pg. 12.

[933] Cfr.: COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Parere in merito alla conservazione dell'anonimato del donatore e del ricevente nel trapianto di organi*, Roma 2018.

di conseguenza, alla persona che ha vissuto in quel corpo. Già papa Pio XII aveva affermato: "Il cadavere non è più, nel senso proprio della parola, un soggetto di diritto, perché è privo della personalità che sola può essere oggetto di diritto (…). In generale non dovrebbe essere permesso ai medici di intraprendere asportazioni su un cadavere senza l'accordo di coloro che ne sono depositari (…). Consentire espressamente o tacitamente a seri interventi contro l'integrità del cadavere non offende la pietà dovuta al defunto, quando per questo esistono validi ragioni (…). Destinarlo (il cadavere) a fini utili, moralmente ineccepibili e anche elevati non è da condannare, ma da giustificare positivamente"[934]. Questa critica si è ulteriormente ridotta negli ultimi anni stante la diffusione della pratica della cremazione.

Pur avendo obblighi di pietà e di ossequio per il corpo del defunto che in vita fu "tempio dello Spirito Santo", l'espianto non ne lede la dignità. Una coppia affermò: "Adesso nostro figlio vive nella persona che ha salvato con il suo cuore".

Il prelievo di organi da cadavere deve osservare dei protocolli che salvaguardino l'accertamento della morte e il consenso.

2.2.2.1 ACCERTAMENTO DELLA MORTE

Il problema etico maggiore concerne l'accertamento della morte. Non è lecito per un prelievo precoce anticipare la morte anche omettendo delle terapie o delle cure, mentre è eticamente accettabile l'irrorazione del sangue e dell'ossigeno che non si configura come accanimento terapeutico ma indispensabile per conservare gli organi idonei al trapianto.

In passato, il criterio di riferimento per accertare la morte, era quello della cessazione delle funzioni cardio-circolatorie. Con il trascorrere del tempo, il riferimento del mondo medico-scientifico divenne il criterio "neurologico" (morte celebrale totale).

Ma, a questo punto, sorgono due domande che non trovano nella scienza, nella filosofia e neppure nella bioetica una risposta univoca. Chi è dichiarato morto a livello cerebrale è davvero morto? Sono sufficienti gli strumenti oggi utilizzati per accertare il decesso ?

Il mondo scientifico

Nel 1968, un comitato istituito dalla Harvard Medical School di Boston, propose un nuovo approccio per certificare la morte fondato appunto sulla irreversibile e definitiva cessazione di tutte le funzioni dell'encefalo fornendo inoltre dei criteri di verifica.

La nozione di morte celebrale totale, con il trascorrere del tempo, fu accolta positivamente dalla comunità scientifica mondiale e adottata dalla maggioranza delle legislazioni nazionali per l'espianto di organi vitali. Si predilesse il criterio "neurologico", essendo l'encefalo (cervello, cervelletto, tronco cerebrale), secondo gli studiosi di Harvad, a presiedere l'intera esistenza e a sostenere anche l' attività cardio-circolatoria; quindi, la "morte cerebrale", fu identificata come la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, e di conseguenza, della vita.

Anche la normativa italiana così definisce la morte: "La morte si identifica con la

[934] PIO XII, *Ai delegati dell'Associazione Italiana donatori di cornea e all'Unione Italiana Ciechi,* 14 maggio 1954.

cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo"[935]. Ma in base a quali evidenze scientifiche è possibile identificare la morte con la cessazione delle sole funzione dell'encefalo poiché la scienza non è mai riuscita a dimostrare che il principio vitale dell'organismo umano risieda in un organo, cioè nel cervello che ancora rimane in gran parte un mistero?

Ma, dal quel lontano 1968, accreditati scienziati hanno dubitano sia sulla affermazione base che sui "criteri di Harvard" allora pubblicati nel Journal of American Medical Association, con il titolo di "A Definition of Irreversible Coma"[936]. Lo dimostra il fatto che da allora sono stati divulgati decine di articoli contenenti criteri e accreditati medici hanno ammesso il recupero di pazienti in stato comatoso. Dunque, l'intenzione di espiantare organi, motivò chiaramente la commissione di Harvard nel ridefinire la morte.

Quali sono le prove di verifica neurologica per definire la morte cerebrale?

-La presenza del coma areattivo.

-La mancanza dei riflessi del tronco encefalico.

-L'assenza di respiro spontaneo mediante il "test di apnea" che riteniamo il più rischioso e azzardato.

"Test di apnea" significa togliere il supporto respiratorio meccanico al paziente per dieci minuti per verificare se inizierà a respirare indipendentemente. Risulta particolarmente problematico per due motivi: il danno ipossico che provoca nell' organismo, particolarmente a livello neuronale, e di conseguenza la compromissione di un ipotetico recupero. Inoltre, necessiterebbe, uno "svezzamento graduale" dopo un lungo periodo di intubazione per ripristinare una respirazione spontanea. Ha affermato il professor Cicero G. Coimbra, neurologo e docente di neuroscienze presso l'Università Federale di San Paolo del Brasile. "Un gran numero di pazienti con lesioni cerebrali, anche in coma profondo, può riprendersi per condurre una normale vita quotidiana; il loro tessuto nervoso può essere solo silenzioso, non irreversibilmente danneggiato, come conseguenza di una parziale riduzione dell'afflusso di sangue al cervello. Questo fenomeno, chiamato 'penombra ischemica', non era noto quando furono stabiliti i primi criteri neurologici per la morte cerebrale. Tuttavia, il test di apnea (considerato il passaggio più importante per la diagnosi di 'morte cerebrale' o morte staminale) può indurre un collasso circolatorio intra-cranico irreversibile o persino un arresto cardiaco, prevenendo così il recupero neurologico (…). Durante il test di apnea possono verificarsi anche arresto cardiaco irreversibile (morte), aritmie cardiache, infarto del miocardio e altri effetti dannosi potenzialmente letali. Pertanto, durante e prima della fine delle procedure diagnostiche per 'morte cerebrale' possono verificarsi danni irreversibili al cervello"[937]. Dunque, il test, può provocare la morte in pazienti con gravi lesioni cerebrali.

Prché ne parlano in pochi? Risponde il professore "Ho dovuto lottare in tribunale per mantenere la mia licenza per lavorare come medico per 19 anni in Brasile. E

[935] Legge 578 del 29 dicembre 1993: "*Norme per l'accertamento e la certificazione di morte* " articolo 1 (Cfr.: G.U. n. 5 del 8.1.1994).

[936] In *Journal of the American Medical Association/JAMA*, 209, (1968), pp.337-433.

[937] DI PAUL A. BYRNE, CICERO G. COIMBRA, ROBERT SPAEMANN E MERCEDES ARZÚ WILSON, *"Brain Death" non è la morte!*, dalla relazione tenuta al Convegno organizzato dalla Pontificia Accademia delle Scienze "I segni della morte" (3-4 febbraio 2005).

questo è stato molto tempo. Quindi, si capisce perché alcuni medici che sono consapevoli di ciò che sta accadendo non vogliono parlarne liberamente. Semplicemente non vogliono entrare in conflitto con persone potenti"[938].

Filosofia

Il filosofo austriaco Josef Seifert rettore dell'Accademia Filosofica Internazionale del Liechtenstein e ex membro della Pontificia Accademia per la Vita (PAV), avanzò più volte pesanti obiezioni sulla morte celebrare e sulle procedure diagnostiche che riconoscono nella cessazione delle funzioni dell'encefalo la morte dell'individuo. In un'intervista alla Nuova Bussola Quotidiana spiegò l'errore scientifico e il perché i cattolici non sono tenuti a credere in questa "falsa morte"[939]. Riportiamo tre risposte che possono aiutarci a comprendere adeguatamente la tematica.

Professor Seifert, lei fu uno dei primi a sollevare obiezioni circa il criterio della morte cerebrale all'interno della Chiesa. Perché?.

"Come può qualcuno dichiarare una persona 'morta' se il suo cuore batte, la sua respirazione (sebbene non sia spontanea ma sostenuta dalla ventilazione) è pienamente funzionale nei polmoni e in tutte le cellule del corpo e mostra molti altri segni di vita? Come si può dichiarare morta una mamma 'cerebralmente morta', che porta in grembo un bambino e che lo partorisce nove mesi dopo averlo concepito? Disconnettere forzatamente la ventilazione ucciderebbe sia lei sia il bambino. Come fa un corpo umano ad essere morto se ha dei riflessi, se può essere nutrito e assorbire fluidi, mostrando il 'miracolo' del metabolismo con la trasformazione del cibo in sostanze corporee, potendo resistere alle malattie grazie al suo sistema immunitario, mantenendo una temperatura corporea normale, mostrando una crescita proporzionale. Non va contro ogni evidenza di vita sostenere che una persona il cui corpo mostra un numero infinito di prove e segni di vita, supera la pubertà, è gravido e partorisce un bambino vivo, sia morto? Quando mai un cadavere ha dato vita ad un bambino? (…).

Un argomento bio-filosofico a favore della 'morte cerebrale' sostiene che senza le funzioni cerebrali attive l'uomo non sia altro che un insieme di cellule e organi dissociati fra loro. Solo il cervello darebbe unità al corpo. Ma come si può attribuite al cervello, un organo che si forma relativamente tardi, preceduto per molte settimane dall'organismo vivente di cui sarà il cervello, il ruolo di integratore centrale della sola parte del corpo che porta la vita? Un alto livello di vita umana integrata precede chiaramente la formazione del cervello. Il cervello è il prodotto di questo essere umano integrato e in via di sviluppo, non la sua causa né il suo unico portatore".

Perché l'anima può essere presente in una persona il cui cervello e tronco encefalico siano inattivi ma il cui cuore batte? E perché sostenere questo non è eterodosso come dicono alcuni?

"L'anima spirituale umana non ha sede nel cervello o in una singola parte del corpo. Non c'è alcun dogma della Chiesa che insegna che l'anima lascia un corpo

[938] 21 maggio 2019, https://www.youtube.com/watch?v=83FV7CCdCQY

[939] Cfr.: B. FRIGERIO, *Seifert: "La morte cerebrale è un inganno: vi spiego perché*", La Nuova Bussola Quotidiana, 21 luglio 2018.

vivente quando il cervello smette di funzionare. Perciò non è eterodosso sostenere che l'anima vive nel corpo fino alla morte naturale dell'uomo. Piuttosto è eterodosso il contrario, perché la Chiesa dichiara come dogma che l'uomo ha una sola anima (non tre differenti anime: anima vegetativa – di pianta -, anima senziente o anima sensitiva e un'anima razionale). Quindi, finché nell'uomo è presente una vita vegetativa integrata o una vita senziente (entrambe chiaramente evidenziate in pazienti 'cerebralmente morti'), l'unica anima umana razionale che conferisce tutti i livelli di vita al corpo è presente".

Quando è possibile donare organi, se il criterio della 'morte cerebrale' non è in alcun caso ammissibile?

"Se la 'morte cerebrale' non è morte reale, allora sia il traffico sia la donazione di organi vitali singoli (non doppi) espiantati da una persona 'cerebralmente morta' è un errore perché significa ucciderla. Questo non esclude la volontà di donare un organo doppio quando siamo chiaramente in uno stato di completa e irreversibile disfunzione del cervello. Siccome donare questi organi non ci uccide, potremmo donarli anche durante la vita. In ogni caso non lo suggerirei in caso di diagnosi di 'morte cerebrale' che possono essere errate: se in quel caso ci svegliassimo, per esempio, senza uno dei nostri reni o dei nostri occhi etc. potrebbe essere una cosa sgradevole e non voluta. Inoltre, se decidiamo di donare solo i nostri organi doppi e non vitali, è probabile che l'ospedale non legga abbastanza bene le nostre volontà, espiantando magari anche il cuore, il nostro organo vitale unico, e quindi uccidendoci del tutto"[940].

La bioetica cattolica.

Parte dei bioeticisti cattolici è favorevole.

La Pontificia Accademia delle Scienze (PAS) il 21 ottobre 1985 così si espresse: "La morte sopravviene quando: a) le funzioni spontanee del cuore e della respirazione sono definitivamente cessate, oppure b) si è accertata la cessazione irreversibile di ogni funzione cerebrale (sebbene il cuore batta, ndr)"[941].

Data la complessità del tema, la stessa Pontificia Accademia, convocò nel dicembre del 1989, un gruppo di lavoro. Così si rivolse a loro san Giovanni Paolo II per il quale non vi è altra via che quella di "determinare nel modo più esatto possibile il momento preciso ed il segno irrecusabile della morte. Una volta acquisita questa determinazione scompare il conflitto apparente tra il dovere di rispettare la vita di una persona e il dovere di curare o addirittura salvare la vita di un altro scompare". Per Giovanni Paolo II la morte "sopravviene quando il principio spirituale che presiede all'unità dell'individuo non può più esercitare le sue funzioni nell'organismo e sull'organismo, i cui elementi, lasciati a se stessi si dissociano" (14 dicembre 1989).

Il Papa non parlò dell'encefalo, ma il lavoro della Pontificia Accademia, giunse alla conclusione che quel principio spirituale responsabile dell'integrazione delle diverse parti corporee non poteva che essere il cervello, e che dunque la nuova definizione di morte in termini cerebrali poteva essere condivisibile. "Il cervello è il centro ricevente di tutte le esperienze sensorie, cognitive ed emotive e agisce come motore centrale neuronale dell'esistenza. Occorre riconoscere che la

[940] *Seifert: "La morte cerebrale è un inganno: vi spiego perché*", op. cit.
[941] https://www.aido.it/bio/pontificia-accademia-delle-scienze-aido8

*cessazione della circolazione al cervello causa la morte"[942].

E, san Giovanni Paolo II, in occasione del discorso al XVIII Congresso Internazionale della Società dei Trapianti chiarì che "il recente criterio di accertamento della morte, cioè la cessazione totale e irreversibile di ogni attività encefalica, se applicato scrupolosamente, non appare in contrasto con gli elementi essenziali di una corretta concezione antropologica" (29 agosto 2000).

A questo punto una domanda è d'obbligo: come porci nei confronti di tale dichiarazione? Il citato professor Seifert cosi risponde: "Non siamo obbligati ad accettare questo discorso del Santo padre Giovanni Paolo II nella sua interezza. Dobbiamo solo accettare la dichiarazione magisteriale per cui possiamo espiantare organi vitali unici (non doppi) solamente da persone certamente defunte (ex cadavere, come formulato da papa Benedetto XVI), ma non dobbiamo nemmeno acconsentire alla dichiarazione chiaramente errata di Giovanni Paolo II sul fatto che ci sia un consenso universale nella comunità medica intorno alla 'morte cerebrale' come morte effettiva, né dobbiamo convenire che sia legittimo estrarre organi vitali da pazienti dichiarati 'cerebralmente morti' "[943].

Ma pure il cardinale E. Sgreccia presidente della Pontificia Accademia per la Vita, uomo di ampia conoscenza e profonda saggezza, Gonzalo Miranda, allora segretario Operativo del Centro di Bioetica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e il cardinale D. Tettamanzi[944] erano favorevoli alla tesi.

Parte dei bioetici cattolici è sfavorevole poiché troviamo sempre più persone giudicate cerebralmente morte ma oggi vive.

Il cardinale di Colonia J. Meisner nel 2008 in occasione dei lavori del Parlamento tedesco sul tema del trapianto di organi, affermò: "Allo stato attuale del dibattito l'identificazione della morte cerebrale con la morte dell'uomo non è più sostenibile dal punto di vista cristiano. L'uomo non può essere ridotto alle sue funzioni cerebrali. Non si può dire che la morte cerebrale significhi la morte, né che sia un segno di morte. Essa non è neppure il momento della morte. Tutte le riflessioni sulla donazione degli organi devono pertanto partire dall'idea che un uomo, per il quale è stata accertata secondo le regole dell'arte medica soltanto la morte cerebrale, è ancora vivo"[945].

Nel 2005, la Pontificia Accademia delle Scienze, riaprì la discussione e numerosi esperti parlarono della mancanza di attendibilità scientifica del criterio della morte cerebrale[946]. E nel settembre 2008, in occasione dei 40 anni dal rapporto di Harvard, Lucetta Scaraffia affermò in un articolo sull'Osservatore Romano che la "Chiesa cattolica, consentendo il trapianto degli organi, accetta implicitamente questa definizione di morte, ma con molte riserve: per esempio, nello Stato della Città del Vaticano non è utilizzata la certificazione di morte

[942] http://www.pas.va/content/accademia/it/publications/extraseries/braindeath.html
[943] *Seifert: "La morte cerebrale è un inganno: vi spiego perché*", op. cit.
[944] *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., pg. 495.
[945] P. BECCHI, *Morte cerebrale e trapianto di organi. Una questione di etica giuridica*, Morcelliana, Brescia 2008, pg. 115.
[946] Cfr.: R. DE MATTEI (a cura di), *Finis Vitae: Is Brain Death still Life?*, Rubettino, Soveria Mannelli (CZ) 2006; R. DE MATTEI (a cura di) *Finis Vitae. La morte cerebrale e ancora vita?*, Rubettino, Sovaria Mannelli (CZ), 2007.

*cerebrale”[947].

Il 7 novembre 2008, papa Benedetto XVI ribadì al Congresso internazionale sul tema: “E' utile ricordare, comunque, che i singoli organi vitali non possono essere prelevati che *ex cadavere*, il quale peraltro possiede pure una sua dignità che va rispettata. La scienza, in questi anni, ha compiuto ulteriori progressi nell'accertare la morte del paziente. E' bene, quindi, che i risultati raggiunti ricevano il consenso dall'intera comunità scientifica così da favorire la ricerca di soluzioni che diano certezza a tutti. In un ambito come questo, infatti, non può esserci il minimo sospetto di arbitrio e dove la certezza ancora non fosse raggiunta deve prevalere il principio di precauzione. E' utile per questo che si incrementi la ricerca e la riflessione interdisciplinare in modo tale che la stessa opinione pubblica sia messa dinanzi alla più trasparente verità sulle implicanze antropologiche, sociali, etiche e giuridiche della pratica del trapianto. In questi casi, comunque, deve valere sempre come criterio principale il rispetto per la vita del donatore così che il prelievo di organi sia consentito solo in presenza della sua morte reale”. Ma già da cardinale, nel 1991, Ratzinger tenne una relazione sulle "minacce contro la vita" nella quale affermò: "Più tardi, quelli che la malattia o un incidente faranno cadere in un coma 'irreversibile' saranno spesso messi a morte per rispondere alle domande di trapianti d'organo o serviranno, anch'essi, alla sperimentazione medica, come 'cadaveri caldi' ”, parole che mostrano le forti riserve del cardinale sui criteri di Harvard e sulla pratica che ne era derivata. Anche nel Compendio del Catechismo della Chiesa Cattolica da lui coordinato si legge: "Per il nobile atto della donazione degli organi dopo la morte deve essere pienamente accertata la morte reale del donatore" (476).

Non essendo medici non ci permettiamo di esprimere un giudizio professionale ma solo ribadire che non è eticamente accettabile che il destino di un uomo possa essere deciso in base alla visione utilitarista che abbiamo trattato nel primo capitolo, distinguendo tra vite degne e indegne di essere vissute, ponendo attenzione al buonismo che potrebbe annebbiare la lucidità di molti come quando si afferma che i trapianti salvano vite umane destinate alla morte. Ma noi ci chiediamo: quante persone a cui sono stati espiantati gli organi se lasciate vivere avrebbero potuto risvegliarsi o migliorare le loro condizioni di vita? Per questo il Catechismo della Chiesa Cattolica saggiamente afferma: “E' moralmente inammissibile provocare direttamente la mutilazione invalidante o la morte di un essere umano, sia pure per ritardare il decesso di altre persone"(2296). "Anche se la morte é considerata imminente, le cure che d'ordinario sono dovute ad una persona ammalata non possono essere legittimamente” (2279).

Come riprova dell’estrema prudenzia e ponderazione che va adottata, riportiamo il caso di Sam Hemming, 22 anni, inglese che in seguito ad un incidente stradale fu trasportata in coma cerebrare allo University Hospital in Coventry. Dopo 19 giorni fu dichiarata cerebralmente morta e i medici decisero di spegnere la ventilazione. Ma al momento di procedere un medico accidentalmente toccò il piede della ragazza con un panno gelido, producendo il movimento del pollice. Ripetuto più volte lo stimolo la giovane reagiva sempre allo stesso modo. Gli venne applicata la tracheotomia finché non riprese a respirare da sola. Prima di

[947] L. SCARAFFIA, *I segni della morte*, L’Osservatore Romano, 3 settembre 2008, pg. 3.

procedere alla rimozione della ventilazione i medici avevano fatto tutti i test e i risultati attestavano l'assenza completa dell'attività cerebrale; si è laureata nel 2016 dopo essere stata dichiarata morta.

2.2.2.2.IL CONSENSO

L'altra condizione etica per procedere al prelievo di organi da cadavere è "il consenso"; una questione anche questa molto controversa!

Abbiamo già evidenziato che la normativa del 1999 prevedeva il principio del "silenzio-assenso informato" modificando la precedente legge che richiedeva l'esplicita e previa approvazione all'espianto da parte del donatore o dei suoi familiari.

Perciò, oggi, tutti i cittadini sono potenziali donatori, eccetto quelli che dichiarano il contrario. Dal 2010 è permesso inserire nella "carta di identità" il consenso o il diniego alla donazione di organi in caso di morte. E' stato costituito un database nazionale, il "Sistema informativo trapianti" (SIT), per inserire le informazioni in un'unica banca dati consultabile 24 ore su 24 dai centri per i trapianti. Per modificare la propria volontà il cittadino deve recarsi presso le aziende ospedaliere, le Asl, gli ambulatori dei medici di base, i Centri regionali per i trapianti o, in occasione del rinnovo della carta d'identità, presso i comuni.

È utile ricordare che pur essendo tutti potenziali donatori, sono cinque le modalità previste per esprimere la propria volontà in ordine alla donazione di organi che coscientizzano la scelta. Oltre alla registrazione sulla carta d'identità, si può manifestare la propria scelta presso la Asl di riferimento (o il proprio medico di base), compilando il "tesserino blu" del ministero della Salute o il tesserino di una delle associazioni di settore, stendendo un atto olografo presso l'Associazione Italiana Donatori di Organi (Aido), redigendo una dichiarazione di consenso da portare sempre con sé come fece papa Benedetto XVI che confidò: "Da parte mia posso solo dire che sono anni che ho dato tutta la mia disponibilità a donare, eventualmente, i miei organi a chi si trova nel bisogno. Sono iscritto da anni all'associazione e portavo sempre con me il documento dove, oltre ai miei dati personali, era scritto che io ero disponibile, di fronte ad un'evenienza, ad offrirei miei organi per aiutare chiunque avesse bisogno: è un atto d'amore, un atto d'affetto gratuito e di disponibilità"[948].

Il principio del "silenzio-assenso-informato" è eticamente condivisibile per ottenere una maggiore disponibilità di organi da trapiantare. Nessuno per timore è "obbligato a essere donatore", ma è imperdonabile non manifestare alcun parere semplicemente per pigrizia, per negligenza o per mancata sensibilità alla donazione.

Non possiamo scordare, infine, che la decisione di donare gli organi, implica in alcuni una riflessione su di sé e sul significato che si vuole donare alla propria vita e anche una meditazione sul senso della morte.

2.3. GLI XENOTRAPIANTI

Da tempo la ricerca scientifica si sta indirizzando anche verso gli xenotrapianti che riguardano l'innesto nell'uomo di organi, tessuti o cellule di una specie

[948] BENEDETTO XVI, *Alle associazioni di Donatori di Organi*, 27 maggio 2007.

animale.

In Italia la materia è regolata dal Decreto legislativo n 26 del 4 marzo 2014: "Attuazione della direttiva 2010/63/UE sulla protezione degli animali utilizzati a fini scientifici"[949], che tratta più in generale della sperimentazione animale. In base ad essa, gli xenotrapianti di organi solidi non è ammessa. Sono invece permessi gli xenotrapianti di cellule, sia dall'animale all'uomo che viceversa. Ad esempio, in alcuni Paesi si sta sperimentando il trapianto di cellule pancreatiche porcine (dette 'insule di Langherans') in soggetti umani malati di diabete di tipo 1 (diabete giovanile), usando però la cautela di "incapsulare" queste cellule in microsfere di materiale biocompatibile, in modo da rendere più difficile sia l'insorgenza del rigetto, sia la trasmissione di eventuali agenti patogeni". Questo è un punto cruciale anche perché consente di portare avanti sia studi di ricerca oncologica che sperimentazioni di medicina rigenerativa.

I primi tentativi di xenotrapianti furono degli anni '70 del XX secolo, quando si raggiunse come massimo successo la sopravvivenza per nove mesi di un uomo al quale era stato trapiantato il rene di uno scimpanzé. Successivamente fu la volta della piccola Baby Fae che sopravvisse ventuno giorni con il cuore di un babbuino. Negli anni '90 furono eseguiti trapianti di cuore e di fegato prelevati da maiale, con risultati deludenti poichè i pazienti trapiantati sopravvivevano solamente pochi giorni.

Nei vari studi si scoprì che l'animale da preferire per gli xenotrapianti è il maiale; le sue caratteristiche biologiche particolarmente affini all'uomo la rendono più candidabile.

Due i problemi più complessi: il rigetto e il rischio infettivo.

Per quanto riguarda "il rigetto" si stanno producendo da tempo maiali geneticamente "ingegnerizzati", cioè resi più compatibili sotto il profilo immunologico con l'uomo. Ma, pure in queste sperimentazioni, i risultati positivi sono alquanto limitati; un anno al massimo di sopravvivenze nelle scimmie.

Per quanto riguarda "il rischio infettivo", l'organo porcino trapiantato potrebbe essere veicolo di virus che nell'animale non danno malattia, ma nell'uomo sì. Ma, potrebbe esserci anche un rischio maggiore; un agente infettivo, non ancora noto, che si trasmetterebbe con un trapianto del genere, non solo al ricevente, ma potenzialmente a tutta la comunità umana. Comunque, a oltre vent'anni dalla scoperta dei retro-virus porcini, siamo sicuramente più attrezzati con farmaci anti-retrovirali per affrontare eventuali infezioni di questo tipo.

Quale valutazione etica fornire agli xeno-trapianti?

La risposta all'interrogativo concerne il più generale problema del rapporto dell'uomo con gli animali che in parte abbiamo già trattato in precedenza.

Il futuro degli xenotrapianti è grandemente dubitabile perciò proseguono studi riguardanti "modalità alternative" come gli organi bioartificiali, che possono sostituire, per un determinato tempo o anche definitivamente, l'organo non funzionante, o sulle cellule staminali adulte e non embrionali che riparano, in parte, l'organo deteriorato.

I trapianti sono "legittimati dal principio di solidarietà che unisce gli esseri umani

[949] Cfr.: G.U. n. 61 del 14 aprile 2014.

e dalla carità che dispone il dono verso i fratelli sofferenti"[950].
Il Catechismo della Chiesa Cattolica rammenta: "La donazione di organi dopo la morte è un atto nobile e meritorio ed è da incoraggiare come manifestazione di generosa solidarietà" (2296).
Il Vangelo avverte: "Nessuno ha un amore più grande di questo: dare la vita per i propri amici" (Gv. 15,13).

E, l'altruismo, è la sola giustificazione del dono di organi, e in questo risiede la motivazione per una politica dei trapianti.

Cap 18 – EUGENETICA E CLONAZIONE UMANA

1.Eugenetica

Il vocabolo eugenetica ha origine dal termine greco έύξένέτέσ; è composto di due parti έύ (bene, buono) e ξένοσ (razza), perciò significa: "buona razza".
L'eugenetica, è la disciplina che si prefigge di "perfezionare" la specie umana, manipolando i geni o incrociando selettivamente le razze migliori per selezionare i caratteri più favorevoli in funzione di una programmazione sociale.

Già *Platone*, nel testo "Repubblica", propose alcune idee eugenetiche[951].
Dopo centinaia di anni, il progetto fu recuperato nell'Ottocento da F. Galton (1822-1911), cugino di C. Darwin, che ideò il termine e teorizzò un balzo qualitativo e progressivo della razza umana seguendo lo stesso procedimento dell'evoluzione biologica, portando alle estreme conseguenze il pensiero darwiniano sulla selezione naturale.
Immediatamente, queste propensioni razziste, si divulgarono in tre Paesi con una notevole impostazione positivista, Germania, Inghilterra e Svezia, In Inghilterra era presente la "Fondazione Rockefeller" e la "Massoneria di Rito Scozzese" che propagandarono a livello mondiale le teorie eugenetiche. Non a caso, a Londra, nel 1912, si tenne il primo congresso internazionale. In Svezia nel 1909 sorse "La Società Svedese per l'Igiene Razziale" con un obiettivo di preservare il ceppo popolare svedese dall'incrocio con elementi stranieri di qualità inferiore. E, a questa istituzione, si ispirarono i nazisti fondando a Berlino nel 1927 "l'Istituto Kaiser Wilhelm" di Antropologia.
Anche in Italia, G. Sergi (1841-1936), antropologo e psicologo, nel 1913 fondò il "Comitato Italiano di Studi Eugenici" e A. Ghigi (1875-1970) oltre che autore di testi razzisti, fu firmatario del "Manifesto della Razza" nel 1938.
Dunque, nei primi decenni del Novecento, le "leggi" eugenetiche furono assunte da alcuni Paesi europei e del Nord America, culminando nelle barbarie dell' eugenetica nazista che operò per raffinare "la razza ariana". Furono identificate persone con "vite" definite "di nessun valore" (Lebenunwertes Leben): portatori di patologie ereditarie, malati mentali e ritardati, alcolisti, zingari…; e, a questi, fu praticata la sterilizzazione coatta per escludere la trasmissione di "geni negativi". Vennero inoltre condotti studi sperimentali "sui gemelli" che giunsero nei campi di

[950] *CARTA DEGLI OPERATORI SANITARI*, op. cit., n. 67.
[951] Cfr.: PLATONE, *La Repubblica*, Libro V, pg. 387.

concentramento di Auschwitz e Birkenau da tutta Europa
Nel dopoguerra, l'azione eugenetica riprese, seguendo due filoni definiti:
-"positivo" agendo sulle scelte riproduttive;
-"negativo" rimuovendo forzatamente i caratteri svantaggiosi.
Questo principio fu la base della sterilizzazione chirurgica o farmacologica delle persone con menomazioni fisiche o psichiche, poichè vari Paesi negli ultimi quarant'anni dello scorso secolo per fini eugenetici autorizzarono la sterilizzazione di miglia di persone con disabilità mentali e malattie o disturbi ereditari per prevenire nascite di figli con "tare" e rendevano legali gli aborti forzati. In Svezia dove la legge rimase in vigore fino al 1976 le vittime della sterilizzazione forzata furono circa 60.000. Il Giappone nel periodo dal 1963 al 1986 i soggetti sterilizzati potrebbero giungere a circa 16.500.
. Negli Stati Uniti, anche oggi, sono sterilizzati forzatamente i malati mentali, i moralmente degenerati, i sessualmente pervertiti e i criminali-nati.

Inoltre, l'eugenetica, ha assunto negli ultimi decenni con il progresso delle biotecnologie e il sequenzionamento del genoma umano, un risvolto maggiormente inquietante proponendosi di selezione i caratteri genetici dei nascituri. Ma, un famoso scienziato, ammoniva: "guai se i figli li scegliessimo o li disegnassimo noi: tracceremmo solo degli scarabocchi".
Purtroppo, tutto ciò, non è immaginazione ma una realtà futura ottenibile mediante la manipolazione del DNA anche se la "Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea" (Carta di Nizza) lo proibisce[952].
Però, nonostante i divieti, implicanze eugenetiche sono presenti in atti legislativi e in atteggiamenti scientifici e sanitari. Ad esempio, secondo il Journal of the American Medical Associazion del novembre 2010, alcuni medici non rianimano i bambini disabili e vari sistemi sanitari sono indifferenti nei confronti delle persone con disagio mentale o fragilità.

L'eugenetica possiede uno stretto rapporto con le tecniche di diagnosi preimpianto dell'embrione nella procreazione medicalmente assistita e con gli aborti terapeutici.
In Italia, come precedentemente affermato, la legge 40/2004 ("Norme in materia di procreazione medicalmente assistita"), proibì la diagnosi preimpianto dell'embrione: "La ricerca clinica e sperimentale su ciascun embrione umano è consentita a condizione che si perseguano finalità esclusivamente terapeutiche e diagnostiche ad essa collegate volte alla tutela della salute e allo sviluppo dell'embrione stesso, qualora non siano disponibili metodologie alternative" (articolo 13, comma 2). "Sono, comunque, vietati ogni forma di selezione a scopo eugenetico degli embrioni e dei gameti ovvero interventi che, attraverso tecniche di selezione, di manipolazione o comunque tramite procedimenti artificiali, siano diretti ad alterare il patrimonio genetico dell'embrione o del gamete ovvero a predeterminarne caratteristiche genetiche, ad eccezione degli interventi aventi finalità diagnostiche e terapeutiche, di cui al comma 2 del presente articolo" (articolo 13, comma 3b).
E' questa una normativa irrinunciabile, poiché la diagnosi pre-impianto sfocia, nella quasi totalità dei casi, con l'uccisione dell'embrione imperfetto. Ma,

[952] Cfr.: *Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea,* articolo 3 § 2.

nonostante la chiarezza della legge, purtroppo dobbiamo mettere in evidenza degli abusi come la Sentenza 229/2015 della Consulta che stabilì non reato selezionare gli embrioni nei casi in cui la pratica sia finalizzata a evitare l'impianto di quelli afflitti da gravi malattie trasmissibili. E ciò può segnare l'inizio di una deriva innarestabile verso l'eugenetica poiché altri casi analoghi, già segnalati, sono avvenuti.

Da ultimo, non possiamo scordare, che la diagnosi pre-impianto provoca effetti collaterali, ostacola lo sviluppo degli embrioni e elimina, a volte, anche quelli sani.

Intromettersi nel destino di una creatura da poco concepita per poi sbarazzarsene se è portatrice di difetti, è eticamente non accettabile.

2. Clonazione umana

Il vocabolo "clonazione" ha origine dal termine greco Ќλον che significa "ramoscello", poiché da un ramoscello è realizzabile rigenerare una pianta simile e conforme a quella da cui il ramoscello è stato staccato.

Concretamente, la clonazione, è la riproduzione asessuale e agamica in laboratorio del patrimonio genetico di un essere vivente, caratterizzato dalle medesime informazioni genetiche del primo, cioè una copia che dal punto di vista genetico è identica al suo unico progenitore.

.

2.1.STORIA

La storia che brevemente narreremo comprenderà unicamente alcuni passaggi importanti per comprendere l'argomento; per gli aspetti tecnici rimandiamo a testi specifici[953].

La storia è ricca di sognatori che tentarono di trasformarsi da "creature" in "creatori". R. Descartes (Cartesio) (1596-1650) ideò un aneroide; lo scrittore praghese G. Meyrink (1868-1932) ricuperò dalla tradizione giudaica-cabalista il Golem, personaggio dotato di straordinaria forza e resistenza ma deferente ai comandi del suo ideatore[954]; C. Collodi (1826-1890) espresse il suo sogno in Pinocchio.

Ufficialmente, le sperimentazioni relative alla clonazione degli esseri viventi, iniziarono nel 1930 con i biologi tedeschi H. Driesc (1867-1941) e H. Spemann (1869-1941). Il primo operò sui ricci di mare, il secondo estrasse il nucleo di una cellula uovo di salamandra e la sostituì con quella di un altro animale. A seguito di questo fatto, il biologo osservò "l'induzione dell'embrione", ovvero l'influenza esercitata da alcune parti dell'embrione che convogliano lo sviluppo di gruppi cellulari, in particolare di tessuti e di organi. Per questo Spemann fu insignito del Premio Nobel per la Medicina e la Fisiologia nel 1935.

---

[953] AA.VV,.*L'essere umano nel fenomeno della clonazione*, Carta e Penna 2010; M. BALISTRERI, *Etica e clonazione umana*, Guerrini e Associati 2004; J. BAUDRILLARD, *L'illusione dell'immortalità*, Armando Editore 2007; L. LE DOUARIN, *Chimere, cloni e geni*, Bollati Boringhieri 2002; D. Gasparetti, *L. Kass e il futuro della natura umana. Dalla clonazione umana al post umano*, Il Copysta 2018; PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA (a cura di), IL DIVIETO DELLA CLONAZIONE NEL DIBATTITO INTERNAZIONALE (ASPETTI SCIENTIFICI, ETICI E GIURIDICI), Libreria Editrice Vaticana 2003; P. VEZZONI, *Si può clonare un essere umano?*, Laterza 2003.

[954] Cfr.: G. MEYRINK, *Il Golem, 1915*.

Conclusa l'interruzione causata dalla Seconda Guerra Mondiale, i tentativi di clonazione ripresero negli anni '50 del XX secolo.

Nel 1952, R. Briggs e T. J. King, ricercatori all'università di Filadelfia, clonarono decine di girini, geneticamente identici, da una cellula di girino. Ma tutti i cloni morirono prima di svilupparsi come rane.

Nel 1962, l'inglese J. Gurdon dell'università di Cambridge, clonò una rana, sfruttando le cellule di un'altra rana. L'animale morì dopo pochi giorni.

Nel 1986, S. Willandsen dell'Institute of Animal Physiology del British Agricultural Research Council, clonò agnelli da cellule di embrione di pecora[955].

Nel 1993, J. Hall e R. Stillman della Georgetown Washington University, annunciarono al Congresso dell' American Fertily Society la clonazione di embrioni umani mediante la scissione gemellare (splitting) di embrioni umani di 2, 4 e 8 embrioblasti[956].

Nel 1994, N. First dell'università del Wisconsin-Madison, clonò vitelli sevendosi di embrioni maturati allo stadio di 120 cellule. Fu il primo caso di un mammifero clonato da cellule di embrione a uno stadio avanzato di maturazione[957].

Nel 1995 nacquero presso il Roslin Istitute di Edimburgo due agnelli: Megan e Morag, entrambi da una madre surrogata[958]. Il materiale genetico degli agnelli proveniva da cellule di un embrione di nove giorni.

Nel 1996 al Roslin Istitute furono clonate cinque pecore con cellule embrionali coltivate in laboratorio[959].

Nel 1997 J. Wilmut e K.H.S. Campbell, sempre presso il Roslin Institute, clonarono "la pecora Dolly" (pecora numero 6LL3), il primo mammifero ad essere clonato mediante il trasferimento del nucleo di una cellula a sua volta denucleato, cioè privato del nucleo e indotto alla fusione cellulare in vitro. Giunto alla fase di blastocisti fu introdotto nell'utero della madre surrogata. La pecora nata, Dolly, era geneticamente uniforme alla pecora a cui era stato prelevato il nucleo. Da notare che servirono 277 fusioni ovocita-nucleo donatore, ma solamente otto intrapresero lo sviluppo embrionale, ed uno solo concluse lo sviluppo con la nascita dell'agnella[960]. Dolly, in buona salute nei primi due anni, a breve soffrì di gravi problemi di salute provocati da un tumore al polmone e da artrite causata dal retrovirus JSRV, però non a seguito della clonazione ma per la vita condotta al chiuso e non in un'ambiente naturale[961].e d'invecchiamento precoce per difetti cromosomici. Morì nel 2003 e ora è esposta al National Museum of Scotland a Edimburgo

L'importanza dell'evento fu la capacità di far regredire la cellula somatica a livello di cellula totipotente. Wilmut, nel 2002, tenta la clonazione dell'uomo con finalità non procreative ma esclusivamente terapeutiche. Ma, nel 2007, afferma di rinunciare alla clonazione terapeutica per seguire la via intrapresa dal collega giapponese Yamanara, che consiste come abbiamo potuto apprendere

[955] Cfr.: NATURE, 271, pp. 73-76, 1986.
[956] Cfr.: NATURE, 348, pp. 777-780, 1993.
[957] Cfr.: NATURE, 363, pp. 270-273, 1994.
[958] Cfr.: NATURE, 380, pp. 64-66, 1996.
[959] Cfr.: NATURE, 382, pp. 123-126, 1996
[960] Cfr.: NATURE, 385, pp. 810-813, 1997.
[961] Cfr.: http://www.ilpost.it/2016/07/10/clonazione-pecora-dolly

precedentemente, nel far tornare le cellule adulte allo stadio pluripotente, evitando l'uso di embrioni umani con i tutti i problemi etici connessi.

Nel 1997 (febbraio), il Centro regionale di Primatologia dell'Oregon annunciò la clonazione di due scimmie da un singolo embrione[962].

Nel 1997 (luglio), dalla collaborazione del Roslin Institute e della società scozzese PPL Therapeutics, nacque Polly il primo agnello transgenico creato utilizzando la tecnologia del "nuclear trasfer"[963].

Nel 1998, presso l'università dell'Haway, la prima clonazione multipla; cinquanta topolini dalle cellule del "topolino Cumulino" con un nuovo metodo denominato "tecnica di Honolulo". La base di successo di questa clonazione avvenuta iniettando il nucleo di una cellula adulta in un ovocita precedentemente denucleato fu inferiore all'1%[964].

Seguirono due scimmiotte, un centinaio di bovini e il "cane Snuppy" in Corea del sud. Snuppy, nacque con alle spalle la morte di 123 embrioni e 1095 ovociti manipolati.

Nel 1999 presso l'Oregon Health and Science University nasce mediante la divisione embrionale (Spitting), la stessa tecnica che in natura da origine ai gemelli omozigoti, la femmina di un macaco chiamata Tetra.

Alcuni animali furono clonati anche in Italia: il "toro Galileo" nel 1999 e la "cavalla Prometea" nel 2003.

Si parlò anche di "clonazione umana" utilizzando una cellula somatica adulta; nel 1999 all'Università di Seul e nel 2001 all' Advanced Cell Tecnology; ma non seguì nessuna pubblicazione scientifica.

Nel maggio 2005, la rivista "Science", riportò gli esperimenti di clonazione umana condotte da coreani e britannici. Trasferendo il nucleo cellulare della pelle in ovuli femminili, avrebbero ottenuto embrioni creando delle cellule staminali per la cura. Scoperta, definita ironicamente da A. Vescovi, unicamente "una tecnica che funziona un po' meglio"[965].

Nel marzo 2011, il biologo cipriota P. Zavos, annunciò la messa a punto di una tecnologia per la clonazione umana. Fortunatamente, non fornì nessuna documentazione della sua ipotetica pazzia scientifica.

Nel gennaio 2018 un'équipe cinese annuncia sulla rivista scientifica Cell[966] la nascita di due scimmie (Zhong Zhong e Hua Hua) clonate con la tecnica del trasferimento nucleare da una cellula adulta[967]. Per alcuni questa notizia è

[962] Cfr: NATURE, 389, pp. 492-496, 1997.
[963] Cfr.: SCIENCE, 278, pp. 2130-2133, 1997.
[964] Cfr.: NATURE, 394, pp. 23-39, 1998.
[965] AVVENIRE, 6 maggio 2005.
[966] Cfr.:CELL, 172 Febraury8, pp. 881-887, 2018.
[967] Approndiamo la tecnologia utilizzata, molto simile a quella usata per la pecora Dolly.
Si chiama nuclear transfert: viene stimolata l'ovulazione di un animale in modo da avere a disposizione degli ovuli. Dopodiché viene presa una cellula, ad esempio somatica, da un altro animale che si vuole clonare. A questa cellula si toglie il nucleo e lo si inserisce nell'ovulo dell'altro animale, che poi viene fecondato e trasferito in utero affinché cresca. Nel caso di Dolly presero una cellula della sua mammella, il cui nucleo fu trasferito nell'ovulo di un'altra pecora, usato come recipiente del Dna di Dolly: una volta fecondato l'ovulo, nacque un animale simile a lei. (…).In questo caso sono state utilizzate le cellule non di individui già nati ma di 79 embrioni di scimmia da clonare. Il nucleo di queste cellule è stato trasportato negli ovuli di altre scimmie, poi fecondati. Quelli sopravvissuti sono stati impiantati in 21 scimmie, usate come madri surrogate. In tutto, però, sono state ottenuto solo 6 gravidanze. E di queste 6 solo 2 sono arrivate

rivoluzionara poichè per la prima volta la clonazione effettuata con questa tecnica riguarda i "primati", quindi anche l'uomo che appartiene alla specie dei primati[968]. Di conseguenza ritengono che la procedura del trasferimento nucleare potrà dare risultati positivi anche su di esso. Non potendo prevedere come si evolverà la vita di questi animali, e non essendo chiare le finalità del progetto, i dubbi etici restano.

Sempre in Cina, nei primi mesi del 2019, alcuni scienziati hanno creato in laboratorio cinque macachi geneticamente modificati al cui interno è stato iniettato, attraverso un viru,s un gene umano che si è inserito nel DNA degli animali influenzando lo sviluppo dei loro cervello[969].

2.NORMATIVA

La clonazione umana è vietata da normative internazionali, europee e nazionali.

2.1.NORMATIVA INTERNAZIONALE

-"Dichiarazione sulla clonazione" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) (18 marzo 1997)[970] nella quale si pronuncia un netto rifiuto della clonazione umana.

-"Dichiarazione dell'Assemblea Generale Onu sulla clonazione" (8 marzo 2005).

E' una dichiarazione non vincolante che impegna gli Stati membri a proibire ogni forma di clonazione umana, compresa la clonazione "terapeutica", cioè riferita alla ricerca sulle cellule staminali.

84 Paesi votarono a favore del divieto (Santa Sede, Italia, Stati Uniti…); 73 si astennero (molti Stati islamici); 34 contrari (Francia, Gran Bretagna, Spagna, Olanda, Brasile, Cina, Corea del Sud…); Paesi dove le sperimentazioni sull'embrione sono oggetto di brevetti e di commercializzazione.

2.2.NORMATIVA EUROPEA

Il Consiglio d'Europa, più volte, sollecitò i governi a "proibire la creazione di esseri umani identici per clonazione od ogni altro metodo", nonché "la creazione di gemelli identici", invocando "appropriate sanzioni per assicurare l'applicazione delle norme stabilite"[971].

Ma, nonostante i numerosi documenti, risoluzioni o raccomandazioni, sia del Consiglio d'Europa che del Parlamento Europeo, molto garantisti nei contenuti, dobbiamo constatare la scarsa incisività vincolante per i singoli Stati.

Riportiamo i principali Documenti.

-"Risoluzione sulla clonazione dell'embrione umano" - Parlamento Europeo (28 ottobre 1993).

---

a termine. Quindi il meccanismo è migliorato ma la sua efficienza resta bassissima. Certo, meglio dell'ecatombe servita a clonare Dolly, per cui furono usati 277 embrioni con il risultato di una sola nascita. Per altro Dolly invecchiò precocemente e fu uccisa perché sofferente" (B. FRIGERIO, *"Nessuna novità epocale. Restano i dubbi etici"*. Dall'intervista a Augusto Pessina, professore di Scienze Biomediche per la Salute presso l'Università Statale di Milano. In La Nuova Bussola Quotidiana del 26 gennaio 2018).

[968] Primati Ordine di mammiferi euteri cui appartengono l'uomo, le scimmie e le proscimmie, /ww.treccani.it/vocabolario/primati

[969] CFR. https://academic.oup.com/nsr/article/6/3/480/5420749

[970] Rapporto N. 756-CR/97.

[971] CONSIGLIO D'EUROPA, *Raccomandazione n. 1046,* 24 settembre 1986, art. 14.

-“Risoluzione sulla tutela dei diritti umani e della dignità dell’essere umano in relazione alle attività biotecnologiche e mediche” - Parlamento Europeo (20 settembre 1996).
-“Risoluzione Rothley” - Parlamento Europeo (23 maggio 1989). Affermava che “un divieto a livello giuridico costituisce la sola reazione possibile alla possibilità della creazione di esseri umani mediante cloni, come pure per quanto concerne tutti gli esperimenti che hanno come scopo la clonazione di esseri umani” (art. 41). Inoltre autorizzava “gli interventi sugli embrioni umani vivi ovvero sui feti o esperimenti su di essi solo se presentano un’utilità diretta, non altrimenti realizzabile per il benessere del bambino in questione o per la madre” (art. 32), e raccomandava “di vietare, prevedendo sanzioni penali, il mantenimento in vita degli embrioni umani al fine di poter prelevare tessuti e organi al momento opportuno” (art. 36)[972].
-“Adozione di un bando mondiale della clonazione umana” - Parlamento Europeo (12 marzo 1997) e proposta di un Comitato etico dell’Unione Europea.
-“Risoluzione B4-209/97” - Parlamento Europeo (21 marzo 1997). Esprimeva nuovamente una condanna ritenendo che la clonazione di esseri umani non può essere giustificata e tollerata dalla società in quanto rappresenta una grave violazione dei diritti fondamentali ed è contraria al principio di parità tra gli esseri umani, poiché acconsente una selezione eugenetica e razzista della specie umana.
-“Risoluzione sulla clonazione umana” - Parlamento Europeo (7 settembre 2000). Nuovamente, questo organismo, interdì ogni intervento che progetti un essere umano geneticamente identico a un altro vivo o morto. Il divieto protegge l’identità unica di ogni uomo e il carattere specifico della sua combinazione genetica naturale che gli conferisce libertà e un carattere irrepetibile (Cfr.: art. 1).
-“Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione Europea” - Consiglio Europeo (11 dicembre 2000) (o Carta di Nizza). E’ espressamente vietata la clonazione riproduttiva, le pratiche eugenetiche e l’uso del corpo umano o di alcune parti per fini di lucro (Cfr.: art. 3).

2.3.NORMATIVA ITALIANA

-“Circolare del Ministero della Sanità” (18 dicembre 1998), negò la produzione di embrioni umani finalizzati alla sperimentazione.
-Legge 40/2004 (“Norme in materia di procreazione medicalmente assistita”).
Vietò gli interventi di clonazione mediante trasferimento di nucleo o di scissione precoce dell'embrione o di ectogenesi sia a fini procreativi sia di ricerca (Cfr.: art 2).
-“Identità e statuto dell’embrione” - Comitato Nazionale per la Bioetica (22 giugno 1996). Il Comitato ritiene “la generazione multipla di esseri umani geneticamente identici mediante fissione gemellare o clonazione” moralmente illecita poichè “lesiva della dignità che spetta all’embrione in quanto partecipe della natura umana”(§ 8.1.).
-“La clonazione” - Comitato Nazionale per la Bioetica (17 ottobre 1997). Il Comitato condanna la clonazione umana in quanto costituisce un attentato

[972] Doc. A-2-327-88; relatore Rothley.

all'unicità biologica del soggetto umano generato tramite clonazione. Inoltre, lede il diritto di ogni uomo alla propria dignità e il diritto di autodeterminazione.

3.TIPOLOGIE DI CLONAZIONE

3.1."CELLULE SOMATICHE" PER LA RICERCA

L'unico settore in cui è consentita eticamente questa tipologia di ricerca è quello animale dove non vi è nessuna obiezione di tipo morale, anche se i cloni saranno sempre più deboli degli animali riprodotti. Però, la ricerca, deve essere condotta unicamente con precisi protocolli sperimentali e di riconosciuto rilievo scientifico e terapeutico.

3.2."TERAPEUTICA"

Ha come obiettivo l'ipotetica cura di patologie cellule staminali embrionali appositamente costituote con patrimomio genetico predeterminato. Ciò comporterebbe, come più volte ribadito, nella quasi totalità dei casi la morte dell'embrione, quindi pone un ampio problema etico. Se fosse accettata la clonazione terapeutica, ci sarebbero difficilmente delle barriere morali alla clonazione riproduttiva, poiché entrambi i metodi sono identici.

3.3.A "SCOPO RIPRODUTTIVO"

La finalità di questa tipologia di ricerca è di creare individui con patrimonio genetico equivalente a quello posseduto da un altro individuo, cioè la duplicazione di un'entità biologica.

Due sono i metodi di riproduzione asessuata: la fissione gemellare (embryo-splitting)[973] e il nucleo-transfer[974]. E questo, sia nei confronti degli animali, dove la ricerca come abbiamo constato precedentemente è avanzata, ma anche nei confronti dell'uomo con la clonazione di organismi umani geneticamente identici ad altri. Nei confronti dell'uomo la proibizione è totale e assoluta sia a livello normativo che etico.

Non scordiamo il desiderio del passato di creare soggetti con "caratteristiche superiori", la cosiddetta "razza pura", oppure presente con la selezione del sesso o con figli rispecchianti particolari desideri dei genitori, determinando il colore dei capelli e degli occhi, l'altezza, il temperamento, il quoziente di intelligenza… Su questo punto si nota una similitudine con la fecondazione in vitro con l'aggravante che l'individuo "prodotto" è fin dall'inizio soggetto a profonde manipolazioni biologiche.

Anche se questo traguardo risulta lontano nel tempo, a livello ideale questa pazzia è già presente nelle visioni di alcuni scienziati. Sono indicative le osservazioni proposte al convegno "Nuove generazioni di uomini: il dovere morale di migliorare la specie", tenutosi a Londra nel maggio 2005. Il professor S.

[973] La fissione gemellareconsiste nella separazione artificiale di singole cellule o gruppi di cellule dall'embrione, nelle prime fasi dello sviluppo, e nel successivo trasferimento in utero di queste cellule, allo scopo di ottenere, in modo artificiale, embrioni identici.

[974] Il trasferimento di nucleo consiste nell'introduzione di un nucleo prelevato da una cellula embrionaria o somatica in un ovocita precedentemente denucleato, seguita dall'attivazione di questo ovocita che, di conseguenza, dovrebbe svilupparsi come embrione.

Savulescu, ex direttore del Journal of Medical Ethics e responsabile del Centro studi di bioetica di Oxford, riguardo alla diagnosi genetica prenatale, dichiarò: "Vogliamo continuare ad affidare le prossime generazioni alla lotteria naturale, alla irrazionalità del caso? No, il futuro è nelle nostre mani".

Ma, la maggioranza degli scienziati per la loro visione etica, e in base ai risultati ottenuti sugli animali, considerano la clonazione umana una follia portatrice di elevati rischi da rendere improponibile questa tecnica.

4.ASPETTI ETICI

Nella clonazione, che de-personalizza la nascita e la riproduzione umana quale espressione della fecondità della coppia affidando l'atto a un procedimento tecnico, sono depravate le fondamentali relazioni dell'uomo: dalla genitorità alla filiazione, dalla consanguineità alla parentela.

Di conseguenza, "il fatto che una persona si arroghi il diritto di determinare arbitrariamente le caratteristiche genetiche di un'altra persona, rappresenta una grave offesa alla dignità di quest'ultima e all'uguaglianza fondamentale tra gli uomini"[975]. Inoltre, "la clonazione umana va giudicata negativamente anche in relazione alla dignità della persona clonata, che verrà al mondo in virtù del suo essere 'copia' (anche se solo copia biologica) di un altro essere: questa pratica pone le condizioni per una radicale sofferenza del clonato, la cui identità psichica rischia di essere compromessa dalla presenza reale o anche solo virtuale del suo 'altro' "[976].Il clone sarebbe la copia di un essere vissuto prima di lui o che vive con lui!

Non scordiamo, inoltre, che ogni uomo è creato da Dio a sua immagine, come individuo unico e irrepetibile[977] e non programmato in laboratorio. Quindi, la Chiesa cattolica, deplora la clonazione, poichè "il progetto clonazione umana rappresenta la terribile deriva a cui è spinta una scienza senza valori ed è il segno del profondo disagio della nostra civiltà che cerca nella scienza, nella tecnica e nella qualità della vita i surrogati del senso della vita e della salvezza dell'esistenza. (…). La clonazione riducendo l'uomo a livello di prodotto è totalmente incompatibile con la sua dignità e rischia, inoltre, d'essere la tragica parodia dell'onnipotenza di Dio"[978]. La produzione di cloni umani nell'orgogliosa imitazione di Dio rappresenta un insulto al Creatore da parte di un orgoglio intellettuale supremo.

Il filosofo H. Jonas (1903-1993) scriveva riguardo a questo "totalitarismo tecnologico": "è nel metodo la più dispotica e nel fine allo stesso tempo la più schiavistica forma di manipolazione genetica; il suo obiettivo non è una modificazione arbitraria della sostanza ereditaria, ma proprio la sua altrettanto arbitraria fissazione in contrasto con la strategia dominante nella natura"[979].

"Una cosa è certa: la nostra specie si trova all'inizio di qualcosa, ma non sappiamo bene che cosa. Siamo a un punto senza precedenti della nostra storia,

[975] *Istruzione Dignitas Personae su alcune questioni di bioetica*, op. cit., n. 29.
[976] PONTIFICIA ACCADEMIA PER LA VITA, *Riflessione sulla clonazione*, 1997.
[977] Cfr. Libro della Genesi, 1,27.
[978] *Riflessione sulla clonazione*, op. cit.
[979] H. JONAS, *Cloniamo un uomo: dall'eugenetica all'ingegneria genetica,* Einaudi, Torino 1997, pg. 136.

il punto in cui neuroscienze e tecnologia si evolvono di pari passo. Il risultato di questo interscambio è destinato a cambiare ciò che siamo"[980].

CAP. 20: MATERNITÀ SU COMMISSIONE

Il fenomeno definito anche dell' "Utero in affitto", o della "Maternità sostitutiva", o della "Maternità surrogata" è in espansione in tutto il mondo con implicazioni mediche, giuridiche, etiche e psicologiche. Coinvolge prevalentemente le donne povere dei Paesi del Terzo/Quarto Mondo ed è qualificato il "nuovo colonialismo" o una moderna forma di schiavitù. E' il frutto di un neoliberalismo che ha tramutato tutto in merce che si compra o si vende. E' una pratica obbrobriosa di svilimento del corpo femminile e della sua fertilità, e consiste nell' impegno di una donna a farsi fecondare, generalmente con il seme del partner della coppia committente, e rendere disponibile "a pagamento" il proprio utero per il corso di una gravidanza con l'impegno di consegnare alla coppia committente il bambino dopo la nascita. E' la più spersonalizzata tipologia del nascere essendoci scissione tra sessualità e procreazione e tra procreazione e gestazione per questo è condannata dalla bioetica cattolica per le stesse motivazioni con le quali è vietata la procreazione medicalmente assistita eterologa: "è contraria all'unità del matrimonio e alla dignità della procreazione umana"[981].

Le coppie che s'indirizzano alla maternità su commissione sono prevalentemente dei Paesi occidentali, dopo aver esperimentato invano per anni la procreazione medicalmente assistita, o sono donne in età avanzata (anche oltre i 50 anni, a volte all'approssimarsi dei 60), oppure signore "too-posh-to-push", che giudicano il tempo della gravidanza "una noia" essendo "in carriera" o ricche. Coppie disposte a tutto anche a "comprare" la loro maternità e paternità.

1.Dalla legislazione alle sentenze "creative"

La maternità su commissione di cui non conosciamo i numeri[982] è regolamentata con modalità diverse nei vari Stati.

-*Vietata*: Austria, Filandia, Francia, Germania, Irlanda, Islanda, Italia, Norvegia, Portogallo Spagna, Svezia, Svizzera.

-*Tollerata*: cioè considerata eticamente meritevole ed è praticata nelle cliniche pubbliche solo per motivi medici dopo uno screening psicologico di madre surrogata e aspiranti genitori. Ciò avviene in Belgio, Paesi Bassi, Repubblica Ceca, Romania.

-*Legale con due modalità*.

1.Definita "altruistica" e aperta alle coppie omosessuali. Ciò avviene in Australia,

[980] D. EAGLEMAN, *Il tuo cervello, la tua storia*, Garzanti, Milano 2016, pg.194.

[981] CONGREGAZIONE PER LA DOTTRINA DELLE FEDE, *Donum vitae*, p. II, n. 3.

[982] L'unico testo è stato pubblicato dalla giornalista indiana, Gita Aravamudan: *Baby Makers. A Story of Indian Surrogacy* (Produttori di bambini. Una storia di surrogazione indiana) Harper Collins Publishers, India, 2014. Il saggio, frutto di documentate ricerche di storie di donne indiane vittime di questo triste fenomeno, riporta questa silenziosa piaga.

Brasile, Canada, Danimarca, Grecia, Inghilterra.
2.Definita “commerciale”, cioè a pagamento solo per coppie eterosessuali. Ciò avviene in India, Messico, Russia, Stati Uniti, Tailandia, Ucraina.

In Italia, la pratica è “illegale”, come ribadito dalla legge 40/2004 (“Norme in materia di procreazione medicalmente assistita”) all’articolo 5, dall’articolo 269 del Codice civile (secondo cui madre è colei che partorisce) e dall’articolo 567 del Codice penale (che sotto il titolo di “alterazione di stato di minore” sanziona chi dichiara all’anagrafe come proprio un figlio altrui). Anche la Corte di Cassazione si è espressa in questa direzione con la sentenza 24.001/2016. Pure la Corte Costituzione è di uguale parere. Nella sentenza 272/2017 affermo: “E’ una pratica che offende in modo intollerabile la dignità delle donne e mina nel profondo le relazioni umane”.

Però, negli ultimi anni, si è avviato un "turismo procreativo”, e alcuni nostri concittadini, ritornano in patria con bambi nati con questa prassi all’estero, bypassando il divieto. E come vedremo inseguito: “la fanno franca”. Per questo, è urgente, la regolamentazione del fenomeno!

Pure l’Unione Europea più volte ha preso posizione sul fenomeno.

Nella Risoluzione del 5 aprile 2011 riguardante la determinazione di un nuovo quadro giuridico nei riguardi della violenza contro le donne, il Parlamento Europeo, si pronunciò a sfavore della maternità surrogata, sollecitando i vari Stati a riconoscere e sanzionare questo atto[983]. Si osserva, inoltre, che la surrogazione di maternità, incrementa “la tratta” di donne e di bambini, nonché le adozioni illegali transnazionali[984].

Nuovo “stop”, senza effetti vincolanti per i singoli Stati, il 17 dicembre 2015 con un monito che andava oltre quello del 2011. Definì la maternità su commissione “compromettente per la donna”, e poi proseguì: “è una pratica che mercificherebbe il suo corpo e le sue funzioni riproduttive”[985].

Ma il fronte a favore non si arrende e il 16 marzo 2016 la Commissione Affari Sociali del Consiglio d’Europa deve deliberare sulla regolamentazione internazionale dell’utero in affitto per scongiurare i contenziosi in continua crescita. E’ il Rapporto: "Diritti umani e problemi etici legati alla surrogacy" presentato dalla deputata belga Petra De Sutter che fu respinto con uno scarto di voti (16 a 15). Nuova sconfitta il 21 settembre e l’11 ottobre. Da notare che la De Sutter è una ginecologa che pratica la surrugazione di maternità nella sua clinica in Belgio.

Ma, nonostante i veti internazionali e le dichiarazioni di sdegno, si sta facendo strada, in vari Paesi tra cui l’Italia, la legalizzazione “tacita” della maternità su commissione, frutto delle sentenze di alcuni tribunali che hanno adottato quella che è abbiamo già definito: “giurisprudenza creativa”.

Per comprendeci meglio esaminiamo uno dei casi a cui i giudici hanno offerto un responso da noi ritenuto “inaccettabile”. Ovviamente, non tutti i tribunali interpellati per situazioni analoghe hanno seguito la stessa linea, ma le “eccezioni” sono sempre sdruccelevoli.

---

[983] Cfr.: PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione 5 aprile 2011,* articolo 20.
[984] Cfr.: *Risoluzione 5 aprile 2011,* op. cit., articolo 21.
[985] Cfr.: PARLAMENTO EUROPEO, *Risoluzione 17 dicembre 2015*.

La Quinta Sezione Penale del Tribunale di Milano ha assolto il 24 marzo 2015 una coppia imputata di “alterazione di stato” per aver trascritto in comune l’atto di nascita di un bimbo nato in Ucraina a seguito di un contratto di maternità su commissione. Dunque, un certificato di nascita straniero che riportava come madre la "committente" e non la partoriente e la donna che ha fornito i propri ovociti, ha trovato piena cittadinanza nell’ordinamento giudiziario italiano. Il collegio, presieduto da Annamaria Gatto, scrisse nelle motivazioni che in primo luogo ci si è riferiti alla legge ucraina sulla formazione dell’atto di nascita, legge che era stata rispettata appieno. Infatti, affermarono i giudici, è “la stessa legge italiana a imporre ai cittadini italiani all'estero di effettuare le dichiarazioni di nascita all'ufficiale di stato civile straniero e secondo la legge del luogo ove l'evento è avvenuto”. In Ucraina, la maternità surrogata è legale, e quindi quell’atto di nascita è pienamente conforme alla legge. Nelle motivazioni si legge ancora: “l'ordinamento interno (…) al pari di quello ucraino, nel disciplinare gli effetti della fecondazione eterologa valorizza il principio di ‘responsabilità procreativa’ e ne fa applicazione in luogo di quello di discendenza genetica; il coniuge che abbia dato l'assenso (...) alla nascita di un bambino tramite fecondazione eterologa (...) non può esercitare l'azione di disconoscimento per avere assunto la responsabilità di questo figlio e ne diviene genitore nonostante lo stato civile del neonato venga determinato in maniera estranea alla sua discendenza genetica”. I magistrati milanesi, giunsero a queste conclusioni le cui premesse erano state poste dalla Corte Costituzionale con la sentenza 162/2014 che aveva dichiarato legittima la fecondazione medicalmente assistita eterologa. tecnica in cui un gamete o entrambi i gameti possono provenire da soggetti estranei alla coppia richiedente.

E, questo è il commento rilasciato in un’intervista a Radio Vaticana dal giurista Alberto Gambino.

“Una pronuncia che contrasta con quanto già deciso invece dalla Corte di Cassazione che, ricordo, in Italia invece è il supremo organo giurisdizionale. La Corte di Cassazione aveva detto che la cosiddetta surrogazione di maternità è contraria all’ordine pubblico interno, in quanto va contro la dignità umana. Quindi, non si può trascrivere questo nuovo stato, tant’è che si andrebbe incontro al reato di “alterazione di stato”, dicendo che un figlio concepito all’estero attraverso una donna che poi non ne diventi madre da un punto di vista civile - perché sostanzialmente presta l’utero per tutto il periodo della gravidanza, ma poi le viene strappato dal grembo - questo in Italia, essendo vietato, non è ammissibile che poi quel bambino venga riconosciuto come figlio di quella coppia che aveva chiesto la surrogazione di maternità”.

In questo caso ci sono più problemi. Il primo è quello nei confronti del bambino, e in questo caso la Corte di Milano parte proprio da questo presupposto, cioè cercare di dare una tutela al bambino. Dall’altra parte, c’è lo sfruttamento di una donna e prima ancora la manipolazione genetica. Come inquadrare questi tre fattori?

“Va inquadrato senza ipocrisia. E cioè, se il bambino c’è e convive con quella coppia che lo ha avuto da parte di un’altra donna gestante è perché l’ordinamento non ha reagito, e cioè significa che si è tollerato che questo bambino rientrasse in

Italia, iniziasse a convivere con una coppia di cui certamente uno dei due non è il genitore, perché la sua mamma è all'estero: per il nostro diritto è colei che aveva partorito. Continuando a convivere settimane, mesi, forse anni con quella coppia, si arriva a un punto di non ritorno perché tutti noi ci rendiamo conto che a quel punto strappare di nuovo questo bambino da questa coppia che l'ha avuto illegittimamente sarebbe addirittura un male maggiore. Ma proprio questa è l'ipocrisia: che viceversa va bloccata sul nascere la possibilità che questo bambino venga strappato da sua madre che l'ha partorito e venga dato a una coppia che invece è illegittima. Quindi, immediatamente, non dopo mesi o anni, perché dopo mesi o anni riconosco – riconosciamo tutti – che probabilmente l'interesse migliore del bambino è continuare a vivere, a quel punto, con quella coppia".

In un panorama europeo che invece si apre a questa possibilità, come si fa a intervenire?

"Si interviene perché comunque i cittadini italiani sono sottoposti alla legge italiana e non è che se vanno all'estero sono immuni: sono sottoposti alla legge italiana e quindi un atto vietato in Italia per un cittadino italiano è vietato anche all'estero. Questa è l'ipocrisia che viceversa si tollera: si tollera che ritorni questo bambino. Tra l'altro, immagini portare un bambino da un Paese all'altro: tutti noi sappiamo quanto sia difficile farlo entrare nelle frontiere italiane. E quindi questo significa che c'è davvero un'eccessiva tolleranza e probabilmente c'è anche un rispetto mancato delle regole e della legalità. Noi dobbiamo stare attenti: la surrogazione di maternità è una aberrazione, perché significa che un feto che vive nel grembo della mamma per nove mesi, nel momento in cui vede la luce viene strappato da quella donna: è la schiavitù del XXI secolo. E su questo non possiamo transigere".

Che cosa resta della legge 40 che rimetteva ordine in quello che era un "far west" procreativo?

"Intanto resta chiarissimo proprio questo divieto di surrogazione della maternità: divieto di commercializzazione degli embrioni e anche dei gameti, e quindi quando ci sono anche dei pagamenti che vengono fatti, ad esempio per l'eterologa, questo dalla legge italiana è vietato. Cioè, non si può svilire la vita umana, la dignità della vita umana a un 'prezzo', a un corrispettivo, a del denaro. A questo punto, si sta capovolgendo la nostra società: si mette al primo posto il bisogno, i denari, l'economia e al secondo posto la vita delle persone, in particolare del nascituro o del bimbo che si ha in grembo. Questo la legge 40 continua a sostenerlo. Ma dico di più: lo sostengono i principi di civiltà di tutti gli ordinamenti occidentali importanti e significativi, come quello italiano"[986].

E' dunque intollerabile, vergognoso e inaccettabile giuridicamente e eticamente che chi affitti un utero all'estero possa poi rimpatriare e risultare madre o padre di un bambino.

Ma la "creatività" non è presente unicamente nei tribunali ma anche nei comuni nell'atto della registrazione che non dovrebbe essere mai compiuta.

L'articolo 28, comma 2, lettera b del DPR 396/2000 "Regolamento per la revisione e la semplificazione dell'ordinamento dello stato civile, a norma dell'articolo 2,

[986] Vatican Radio: http://it.radiovaticana.va/news/2015/07/15/maternità_surrogata_gambi.../

comma 12, della legge 15 maggio 1997, n. 127"[987] invita a trascivere all' anagrafe gli atti di nascita estera, ma però l'articolo 18 aveva ribadito che "gli atti formati all'estero non possono essere trascritti se sono contrari all'ordine pubblico" cioè alle leggi dello Stato. E, questa trascrissione, contraddice l'articolo 12, comma 6 della legge 40/2004.

Analoghe situazioni anche in altri Paesi tra cui la Francia, dove, come si afferma comunemente, l'utero in affitto fatto uscire dalla porta è rientrato a pieno titolo dalla finestra.

Nel luglio 2015 due verdetti congiunti della "Corte di Cassazione" hanno avallato il sistema praticato da decine di single e coppie, eterosessuali e non, per aggirare la disciplina penale vigente nel Paese. Ad esempio, i giudici, hanno riconosciuto come legittima la trascrizione all'anagrafe francese di due bambine partorite quattro anni prima in Russia da donne locali che hanno accettato la cessione delle piccole alla nascita richiesta da una coppia omosessuale. Le autorità russe avevano accolto le dichiarazioni di paternità biologica. E per la prima volta, queste attestazioni prodotte all'estero, furono ritenute sufficienti dalla giustizia francese. Non è difficile immaginare che il passo successivo, per le coppie omosessuali sposate o conviventi, sia la possibilità di adottare il figlio biologico del partner consolidando ancora di più l'orientamento culturale e giuridico secondo cui un bambino è figlio di chi ha manifestato l'intenzione di averlo e non di chi lo ha generato effettivamente.

La tendenza che si sta consolidando in ambito internazionale è quella di prendere atto di queste situazioni e offrire al nato le garanzie del Paese in cui vive, riconoscendo come genitori quelli che lo crescono. Ma se indubbiamente i bambini vanno tutelati come affermato da Gambino, le coppie che ne hanno commissionato il concepimento e la nascita andrebbero sanzionate con severità, quando ritornano nelle nazioni di origine dove queste pratiche sono vietate, altrimenti la trascrizione degli atti di nascita di questi piccoli si trasforma, inevitabilmente, nella legittimazione della maternità su commissione; "una legittimazione internazionale" non più perseguibile neppure laddove la legge la vieta.

Esemplare fu la scelta del tribunale di Campobasso nel "caso Paradiso Campanelli". Nel febbraio 2011 una coppia residente nella provincia di Campobasso si recò in Russia, e mediante una società privata ottenne una "madre surrogata" che partorì un bambino che non aveva alcun legame biologico con la coppia stessa non essendo sono stati utilizzati ne i gameti dell'uomo ne quelli della donna. Ma, secondo la legge russa, la coppia registrò il bambino come proprio figlio. Rientrati in Italia, il tribunale di Campobasso, dopo aver appurato che non esisteva alcun legame biologico tra uomo, donna e bambino, dispose che il piccolo di otto mesi fosse sottratto alla coppia e affidato in adozione a un'altra famiglia. La coppia ricorse alla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo (Cedu), lamentando la violazione dell'articolo 8 da parte dell'Italia, in particolare per quanto riguarda la sottrazione di minore alle loro cure e il rifiuto di riconoscimento della relazione genitoriale per la mancata trascrizione del certificato di nascita redatto in Russia. La II Sezione della Corte Europea dei Diritti dell'Uomo, nella

[987] Cfr.:GU n.303 del 30-12-2000.-

sentenza del 27 gennaio 2015 non disposte che il bambino ritornasse alla coppia poiché ormai egli aveva sviluppato legami con la nuova famiglia adottiva, ritenne però che i giudici italiani avessero violato l'articolo 8 della Cedu non tenendo conto dell'interesse superiore del bambino. Il Governo italiano impugnò la sentenza presso la Grand Chambre di Strasburgo che il 24 gennaio 2017 diede ragione all'Italia poiché "la relazione tra i ricorrenti e il bambino non rientra nell'ambito della vita familiare"; di conseguenza i giudici italiani avevano agito proprio nel superiore interesse del bambino[988]. Questa sentenza fu un chiaro segnale contro lo sdoganamento della compravendita i bambini in Europa.

2.Criticità

In un periodo storico che continuamente dibatte la "tutela della donna", il diffondersi di questo mostruoso fenomeno è un evidente "schiaffo sociale" alla rispettabilità e alla dignità del sesso femminile come pure ai diritti del nascituro.

2.1.DALLA PARTE DELLA DONNA

Le donne che accettano di "affittare il proprio utero" sono prevalentemente indiane, quindi spesso analfabete e molto povere, ma anche russe e ucraine dove la ristrettezza economica è diffusa, e per ricavare un minimo profitto tollerano vincoli gravosi, umiliano il loro corpo e ignorano i loro diritti. "Il diritto" di ogni donna alla gravidanza, facendo crescere in sé il dono maggiore che possiede e successivamente accudire il bimbo partorito, si iscrive tra i "diritti fondamentali dell'uomo".

Riflettiamo sulle sofferenze della madre su commissione nel separarsi dal feto che ha accudito per nove mesi costituendo con lui un profondissimo legame biologivo, psicologico e relazionale come ricordato dallo psichiatra Paolo Crepet:
"Trovo che sia mostruoso strappare a una donna il figlio che ha avuto in grembo per nove mesi in quanto esistono biblioteche intere che dimostrano che durante la gravidanza si stabiliscono relazioni emotive e affettive tra la madre e il feto"[989]. Anche una petizione francese sottolinea l'effetto abominevole della gravidanza surrogata, che "rompe l'attaccamento materno naturale che si stabilisce durante la gravidanza, un legame che i professionisti della medicina incoraggiano e cercano di rafforzare di continuo. Il legame biologico fra madre e bambino è innegabilmente di natura intima e, quando viene rotto, le conseguenze sono durature per entrambe le parti[990].

Dunque, la gravidanza, non è unicamente un periodo trascorso in un contenitore intercambiabile, ma è il tempo in cui nasce una storia tra due entità e imposta il successivo sviluppo psichico sia della madre che del feto che memorizza tutto e invia messaggi. Quindi, se con la nascita, il bimbo fa il suo ingresso nel mondo, la sua comunicazione con la madre è già attiva nella gravidanza.

---

[988] Per approfondire: https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_20_1.wp;jsessionid= D7E4D7B10184F7 D47D2CC86957B21A25.ajpAL02?facetNode_1=0_8_1_4&facetNode_2=1_2%282015%29&previsiousPage=mg_1_20&contentId=SDU1126686

[989] *Creper: "L'utero in affitto ricorda l'orrore nazista",* Zenit.org, 22 gennaio 2016.

[990] Dalla petizione del quotidiano francese Liberation, 14 maggio 2015; cfr.: www.stopsurrogacynow.org

E, come scrive il filosofo indiano Osho Rajneesh, "nel momento in cui nasce un bambino nasce anche la madre. Lei non è mai esistita prima: esisteva la donna, ma la madre mai. Una madre è qualcosa di assolutamente nuovo"[991].

Le madri su commissione, inoltre, sono soggette a innumerevoli i rischi: "la sindrome da iperstimolazione ovarica, la torsione ovarica, la perdita di fertilità, il tumore canceroso del sistema riproduttivo, coaguli sanguigni, insufficienza renale, arresto cardiaco e, in un certo numero di casi, la morte"[992]. A questa lista raggelante si aggiungono "un rischio più elevato di pre-eclampsia (sindrome legata alla gravidanza) e d'ipertensione"[993].

2.2.DALLA PARTE DEL NASCITURO

Non meno scioccanti sono le più frequenti complicazioni per i nascituri che hanno il diritto a sapere chi sua madre è chi è suo padre. "Nascita prematura, decesso alla nascita, peso insufficiente alla nascita, malformazioni del feto e pressione arteriosa elevata"[994]. Inoltre, il bambino, prodotto di un accordo tra le parti, vive il dramma dell'essere privo di storia e di radici genetiche e affettive. Per lui, a volte, sarà alquanto difficoltosa la relazione con i suoi genitori legali e in alcune situazioni l'identificazione con la sua cittadinanza.

Naturalmente, il bambino deve essere "perfetto", poiché un destino incerto lo attenderebbe se fosse portatore di imperfezioni, poiché i genitori committenti potrebbero non accettarlo ed egli sarebbe condannato, molto probabilmente, a essere abortito o abbandonato. Famosa, tra i molti, fu la vicenda di una coppia australiana che nel 2013 "commissionò" un figlio a una donna indiana che partorì due gemellini, un maschio e una femmina. Ma i genitori committenti avevano già un figlio, quindi accettarono la neonata lasciando in India il fratellino. In Thailandia nel 2014 nacquero due gemellini; uno era down. I genitori committenti accettarono unicamente quello in buona salute. Una vicenda analoga avvenne nel sud della Boemia dove una coppia quarantenne identificò una madre su commissione sofferente di epilessia e da evidenti disturbi mentali. La gestante partì e il neonato fu immediatamente sottoposto a vari interventi chirurgici. A quel punto, sia i due "genitori-committenti" sia la gestante, concordano di affidare il bambino a un orfanotrofio.

Un'altra criticità concerne i "legami biologici" fra il bimbo e chi ha cooperato alla sua nascita. E anche qui è presente l'assoluta incertezza poiché vari individui potrebbero essere reputati "genitori": la donna che "affitta l'utero" (madre gestionale o uterina) e suo marito che deve esprimere un consenso; la donna della coppia committente (madre sociale); i due donatori di gameti e di ovociti estranei alla coppia committente.

La "maternità surrogata" è una spregevole commercializzazione dell'essere umano e un enorme desiderio egoistico degli adulti, echi la presenta in un ottica "altruistica" o "filantropica" è unicamente "ippocrita". E anche la "giurisprudenza

[991] OSHO RAJNEESH, *Il mistero femminile*, Mondadori, Milano 2013, pg. 81.
[992] Petizione del quotidiano francese LIBERATION, op. cit.
[993] Petizione del quotidiano francese LIBERATION, op. cit.
[994] Petizione del quotidiano francese LIBERATION, op. cit.

creativa", scorda la gestante e la sua dignità.

Di questo dovrebbero convincersi anche le persone omosessuali, soprattutto le coppie omosessuali maschili, sterili per natura, che non siste il diritto ad avere un figlio a tutti i costi pure in un'epoca che inventa "diritti di tutti i tipi", poiché dietro ogni falso diritto c'è sempre un business che lo rafforza.

CAPITOLO 21: LE MALATTIE RARE

Una malattia si considera "rara" se colpisce non più di 5 persone ogni 10 mila.

1.La situazione

Le "malattie rare" ad oggi conosciute secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità sono oltre 9mila, raggruppate in 30 famiglie diverse.

Ad esserne colpiti nel mondo sono circa 350 milioni di persone (3% della popolazione); in Europa sono tra i 27 e i 36 milioni (circa il 6-8% della popolazione); in Italia se ne contano, secondo stime dell'Istituto Superiore di Sanità 2 milioni (20% ragazzi e bambini), cioè 20 casi di malattie rare ogni 10mila abitanti.

Si tratta di patologie principalmente di origine genetica che si trasmettono generalmente per via ereditaria e colpiscono soprattutto il sistema nervoso e gli organi di senso, ma anche di malformazioni congenite, di malattie delle ghiandole endocrine, della nutrizione, del metabolismo e dei disturbi immunitari, e di malattie del sangue e degli organi ematopoietici. Hanno spesso un andamento cronico, un esito invalidante e una mortalità precoce.

La causa della maggioranza delle malattie rare non è nota, e ognuna, ha i suoi meccanismi che vanno studiati, ma purtroppo, le conoscenze scientifiche e mediche sulle malattie rare sono scarse e non adeguate.

Tutte le persone affette da queste patologie incontrano le stesse difficoltà nel raggiungere la diagnosi, nell'ottenere informazioni, nel venire orientati verso professionisti competenti. Inoltre, questo, è un fenomeno in costante incremento poiché ogni settimana, a livello mondiale, sono identificate cinque nuove "malattie" e la stragrande maggioranza non ha un farmaco specifico per curare la patologia.

La spesa sociale per i malati rari si attesta intorno al 100milioni di euro l'anno[995] ma le famiglie che convivono con "malattie rare" sono spesso in situazioni di difficoltà economica (58%) con una spesa annua che va da un minimo di 800 euri a un massimo di 7.000 per gli insufficienti interventi dello Stato non solo a livello di rimborso dei farmaci ma di assistenza, poiché alcuni di questi malati necessitano una cura assidua e non è previso nessun caregiver. Vari, inoltre, necessiterebbero di misure di qualità, come ad esempio la riabilitazione. I costi determinano anche alla rinuncia alle cure di 1 paziente su 4[996].

[995] Dati Ceis Tor Vergata 2017,

[996] Cfr. http://www.cittadinanzattiva.it/files/approfondimenti/salute/malattie_croniche_rare/dossier_tema_malattie_rare_nov_2008.pdf

Pazienti e famiglie vivono un'esperienza doppiamente dolorosa: la condizione morbosa e la condizione di solitudine per le molteplici difficoltà che incontrano nel persorso socio-sanitario, ben riassunto del Comitato Nazionale per la Bioetica.

"-La difficoltà, o l'impossibilità, di accedere alla diagnosi corretta - dovuta alla mancata individuazione di un centro clinico di riferimento specializzato nella patologia in questione - con il conseguente aggravio psicologico e peggioramento dello stato di salute del paziente;

-il ritardo nella diagnosi che incide negativamente sulla prognosi; l'isolamento e la mancanza di conoscenze scientifiche e di informazioni

sia sulla malattia, sia sulle leggi e i diritti esistenti;

-la mancanza di assistenza medica adeguata e di terapie riabilitative e psicologiche necessarie, tenuto conto della natura cronico-invalidante di gran parte delle malattie rare e dello sconvolgimento e destabilizzazione che l'esperienza della patologia comporta per il paziente e la famiglia;

-la difficoltà d'accesso al trattamento e alle cure, che riguarda sia la reperibilità-disponibilità di farmaci innovativi, ad alto o altissimo costo, specifici per una data malattia rara e già in commercio in Europa, sia, quando non vi sono terapie eziologiche specifiche, l'accesso ad altri possibili trattamenti;

-le forti diseguaglianze esistenti, a livello regionale e locale, nell'accesso alla diagnosi, alle terapie innovative e, più in generale, alle cure sanitarie e ai servizi sociali;

-i costi elevati dei trattamenti, complessivamente considerati, e la mancanza di misure di sostegno rispondenti ai bisogni di assistenza quotidiana e continuativa determinati dalla patologia, il cui carico ricade quasi interamente sul nucleo familiare, causandone l'impoverimento e spesso l'allontanamento dal mondo del lavoro;

-le condizioni precarie, di frequente percepite come gravi o gravissime, delle persone affette, anche dopo avere ottenuto la diagnosi;

-le conseguenze sociali pesanti per il paziente (stigmatizzazione, isolamento nella scuola e nelle attività lavorative, difficoltà di costruirsi una rete di relazioni sociali)" (pg. 11)[997].

Per molto tempo sono state ignorate dai medici, dai ricercatori e dalle istituzioni e non esistevano fino a pochi anni fa attività politiche e scientifiche finalizzate alla ricerca in queto settore.

2.I farmaci orfani

I "farmaci orfani", sono prodotti da adibirsi alla profilassi o alla cura delle malattie che comportano rischi per la vita o debilitazione cronica, ma che colpiscono non più di 5 individui su 10mila. Quindi, sono orfani di un mercato esteso.

Nonostante la loro utilità, questi medicinali, non saranno, il più delle volte, disponibili per i pazienti, essendo la domanda insufficiente a garantire il recupero dei costi della ricerca. In assenza di "incentivi", l'iter sperimentale per questi

[997] COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *Farmaci orfani per le persone affette da malattie rare*, Roma 25 novembre 2011.

farmaci, non giustifica l'investimento di una ditta farmaceutica. Dunque, se ti ammali sei sventurato, ma se sei afflitto da una patologia rara, difficoltosa da determinare per le varianti genetiche, congenite e idiomatiche, lo sei maggiormente, essendo arduo stilare una diagnosi attendibile per le carenti conoscenze medico-scientifico (il 40% riceve all'inizio diagnosi sbagliate, il 18,6% richiedono oltre 10 anni e il 25% da 5 a 30 anni)[998] e improbabile reperire farmaci adeguati.

3.Le iniziative

Per curare i malati rari, negli Stati Uniti, all'interno della Food and Drug Administration (FDA) fu intrapreso nel 1983, un programma che promosse questa tipologia di ricerca: "l' Orphan Drugs Act".

Anche l' Unione Europa promulgò alcune azioni.

Decisione del Consiglio e del Parlamento europeo n. 1295/1999/CE. Con tale "decisione" l'Unione si prefiggeva di migliorare l'accesso all'informazione, di formare gli operatori sanitari e di promuovere la collaborazione delle associazioni professionali e di volontariato dei vari Paesi dell'Unione.

Regolamento n. 141/2000 che incentivava la ricerca, lo sviluppo e la commercializzazione di medicinali per queste patologie.

Fu inoltre istituito, presso l'EMA, il "Comitato per la Designazione dei Prodotti Medicinali Orfani" (COMP) per valutare le qualifiche di farmaco "orfano", assicurando alle ditte farmaceutiche incentivi economici e fiscali, oltre l'esclusività di mercato per alcuni anni.

Fu stabilita la "Giornata Europea delle malattie rare" da celebrarsi ogni 28 febbraio.

Nell'aprile del 2011, la Commissione Europea e il "National Institute of Health" Usa, stabilirono l'obiettivo di possedere entro il 2020 test diagnostici per la maggior parte delle patologie; obiettivo però ancora molto lontano.

Infine, alcuni farmaci, pur non rientrando nella categoria sono utilizzati anche per la terapia delle malattie rare. Tuttavia la loro prescrizione e dispensazione, in casi selezionati, è regolata da procedure specifiche.

I risultati: uno sforzo virtuoso ma totalmente insufficiente.

Su 1.163 ricerche effettuate dal 2010 solo 93 medicinali (8%) che trattano circa sesanta patologie, hanno avuto fino a oggi l'Aic (=Autorizzazione all'Immissione in Commercio), infatti nessun farmaco può essere commercializzato sul territorio italiano senza aver ottenuto un'autorizzazione dell'AIFA. E le motivazioni di questo flop non sono unicamente economiche; è carente una cultura diffusa, uno sviluppo concreto, una partnership tra accademie, industrie, fondazioni di ricerca e associazioni di pazienti.

[998] Cfr. http://www.eurordis.org. *The Voice of 12.000 Patients*, 2009.

4.L’ Italia come procede?

Sono 155 i centri specifici di riferimento, di cui 66 con certificazione europea ERN, trovabili sul portale:www.dovemicuro.it

Decreto Ministeriale 279/2001: "REGOLAMENTO DI ISTITUZIONE DELLA RETE NAZIONALE DELLE MALATTIE RARE E DI ESENZIONE DALLA PARTECIPAZIONE AL COSTO DELLE RELATIVE PRESTAZIONI SANITARIE AI SENSI DELL'ARTICOLO 5, COMMA 1, LETTERA B) DEL DECRETO LEGISLATIVO 29 APRILE 1998, N. 124” (G.U. n.160 del 12 luglio 2001). E’ il principale documento di riferimento legislativo poichè istituiva la rete nazionale delle malattie rare e stilava un elenco di 284 patologie racchiuse in 47 gruppi, ma ancora insufficienti rispetto all’universo delle malattie rare.

Decreto Legge 95/2012: “DISPOSIZIONI URGENTI PER LA REVISIONE DELLA SPESA PUBBLICA CON INVARIANZA DEI SERVIZI AI CITTADINI” (GU n.156 del 06-07-2012) e Legge 189/2012: “CONVERSIONE IN LEGGE, CON MODIFICAZIONI, DEL DECRETO-LEGGE 13 SETTEMBRE 2012, N. 158, RECANTE DISPOSIZIONI URGENTI PER PROMUOVERE LO SVILUPPO DEL PAESE MEDIANTE UN PIU' ALTO LIVELLO DI TUTELA DELLA SALUTE” (GU n.263 del 10-11-2012), hanno favorito lo sviluppo e la produzione di farmaci orfani.

LEA: I nuovi LEA sono entrati in vigore il 15 settembre 2017, definiti dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017 “DEFINIZIONE E AGGIORNAMENTO DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA, DI CUI ALL'ARTICOLO 1, COMMA 7, DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 DICEMBRE 1992, N. 502” (G.U. n. 15 del 12 gennaio 2017), che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, ha aggiornato l’elenco delle malattie rare esentabili. L’elenco riguarda 201 malattie e l’introduzione di “gruppi aperti” in cui possono rientrare patologie non previste nella lista.

In prima linea sono presenti anche i privati, in particolare la Fondazione Telethon che dalla sua nascita ha investito quasi 500 milioni di euro, ha finanziato oltre 2.620 progetti con più di 1.600 ricercatori coinvolti, più di 10.700 le pubblicazioni scientifiche su riviste internazionali e oltre 570 malattie studiate.
Sono presenti inoltre sul territorio 1.079 associazioni specifiche.

La scelta della presa in carico di questi pazienti diventa etica, prima ancora che economica, perciò le Istituzioni devono operare affinchè questi malati possano riceve un livello costante di assistenza e di attenzione superando anche un’asfissiante burocrazia, poiché ancora oggi ci sono malati non inseriti nei LEA, anche se le loro patologie avevano completato l’iter per il riconoscimento.
Un’indicazione autorevole in questo senso arriva dal Comitato Nazionale per la Bioetica: “…il criterio di efficienza quale quello basato sul costo/efficacia degli interventi, pur garantendo un’efficace distribuzione delle risorse in vista dell’acquisto della maggior quantità possibile di salute pubblica, non promette di garantire sufficientemente i diritti individuali e i bisogni dei pazienti 'marginali', sarà necessario individuare strumenti di policy, aggiuntivi o alternativi, in grado di soddisfarli. L’obiettivo (ideale) primario da raggiungere deve essere, infatti, il miglioramento delle condizioni e della qualità di vita di ogni paziente, senza discriminazioni basate sulla natura della malattia o sui costi della terapia”(pg.

11)[999].

[999] *Farmaci orfani per le persone affette da malattie rare*, op. cit.

Parte settima
TECNOLOGIE EMERGENTI

CAPITOLO 22 : GENETICA

1.Rilevanza della genetica per la cura[1000]

L'opportunità di sperimentare sui cosiddetti "campioni biologici" rappresenta un'innovativa modalità per identificare le caratteristiche di tante patologie.

Negli scorsi decenni, i tessuti umani erano distrutti dopo la raccolta, sprecando informazioni e dati basilari per la ricerca, oppure, poche volte, erano sfruttati per studi generici, privi del consenso del paziente.

Negli ultimi anni, il colossale potenziamento della genetica e delle biotecnologie, e in particolare la volontà di avanzare nella lettura del genoma umano[1001]/[1002] e del suo potenziale in medicina, hanno comportato il proliferare di raccolte di materiale biologico differenziato.

Sempre maggiormente si è evidenziato che rilevanti patologie hanno origini genetiche[1003] e, di conseguenza, si potrebbe prevedere il prelevare cellule dal

[1000] Si rimanda per l' approfondimento a: L. C. DUNN, *Breve storia della genetica*, ISEDI, Milano 1978; A. CONTI ed Al., *I test genetici. Etica, deontologia, responsabilità*, Giuffrè, Milano 2007; B. DALLAPICCOLA – G. NOVELLI, *Genetica medica essenziale*, Phoenix editrice, Roma 1998; C. SERRA – E. SGRECCIA – M.L. DI PIETRO, *Nuova genetica ed embriopoiesi umana. Prospettiva della scienza e riflessioni etiche*, Vita e Pensiero, Milano 1990; C. SERRA, *Il progetto Genoma Umano. Conoscere i nostri geni potrà cambiare la vita*, CUEN, Napoli 2000.

[1001] Il genoma è il complesso dei geni di un individuo, cioè il suo corredo cromosomico. "Per usare un'analogia che oggi tutti capiscono il genoma può essere paragonato al software di un computer e i singoli geni alle istruzioni per far funzionare la macchina (ovvero il nostro organismo), ma che servono anche per costruirla. Quindi il genoma può essere rappresentato come un manuale di istruzioni che dirige prima lo sviluppo del nostro organismo (embrione-feto-neonato) e poi il funzionamento dell'organismo stesso. Da ciò è facile comprendere come anche una singola istruzione errata presente all'interno di un gene – ovvero una mutazione genetica – possa gravemente danneggiare il buon funzionamento dell'organismo e causare quella che viene chiamata una malattia genetica" (P. VEZZONI, responsabile dei Laboratori di Biotecnologie Mediche in Humanitas e dirigente di ricerca del Consiglio Nazionale delle Ricerche - https://www.humanitas-care.it/news/genoma-dna-geni/).

[1002] Progetto di ricerca, in sigla HGP (Human genome project), iniziato negli Stati Uniti nel 1990 e concluso nel 2000, con obiettivo di conoscere la sequenza dei geni della specie umana e la loro posizione sui vari cromosomi, costruendo così una mappa del genoma. Dopo un decennio anni dal suo avvio, il Progetto g. umano ha avuto grande risonanza mediatica e politica con la conferenza stampa congiunta del presidente degli USA B. Clinton e del premier britannico T. Blair del 26 giugno 2000, che ne annunciavano il completamento. In realtà, solo nell'aprile del 2003 la sequenza sarebbe stata analizzata per il 99% e il progetto di base si poteva dire veramente completato solo il 17 maggio 2006, quando la sequenza del cromosoma 1, il più lungo e quindi il più difficile da analizzare, è stata resa pubblica via Internet dal National institute of health. Resta da chiarire, però, il significato biologico delle sequenze individuate. Inoltre, solamente meno della metà dei geni analizzati corrisponde a funzioni riconoscibili in termini di proteine note. È ancora da comprendere il ruolo, posto che ne abbiano, di circa il 95% delle sequenze nucleotidiche, prive di qualsiasi funzione genica. Deve infine ancora essere analizzata e spiegata la differenza fra i diversi genomi di una medesima specie e quali tra le differenze genomiche giustifichino le differenze morfologiche e adattative di specie molto diverse, e che in apparenza sono diverse solamente per una piccola percentuale delle loro sequenze (voce: *Progetto genoma umano*, in Enciclopedia Treccani, on line).

[1003] Classificazione delle malattie geneticamente determinate:
- Cromosomiche
- Geniche

paziente, igegnerizzarle e poi reinfonderle nuovamente al malato.
Da ultimo, non possiamo trascurare che l'approfondimento di questa branca della scienza migliorerà l'uso dei farmaci, prevenendo l'inefficacia di alcuni medicinali e la comparsa di effetti indesiderati. In altre parole, l'obiettivo finale, è somministrare a ciascuno il "suo" farmaco!

Il termine "genetica" (dal greco γένεσις = genesi, origine…) è la scienza che studia i geni[1004], i caratteri ereditari degli organismi viventi e i meccanismi della loro trasmissione e della loro distribuzione nelle varie popolazioni. Dunque, la comprensione delle modalità di azione dei diversi aspetti genetici, permetterà di identificare strumenti più efficaci per curare e prevenire molteplici patologie. Per questo, la "Dichiarazione Universale sul Genoma" dell'UNESCO (1997), afferma al primo articolo che "il genoma sottende l'unità fondamentale di tutti i membri della famiglia umana, come pure il riconoscimento della loro intrinseca dignità e della loro diversità. In senso simbolico, esso è patrimonio dell'umanità".

Le indagini genetiche a fini diagnostici sostituiranno parzialmente gli strumenti convenzionali, oppure saranno vantaggiose per integrarle, mentre la cura si realizzerà mediante la "terapia genetica". Il citato ventaglio di applicazioni che racchiude anche i meccanismi riproduttivi ed ereditari, rientrano nell'ampia e teoricamente illimitata gamma di opportunità che le conoscenze e le tecniche genetiche possono realizzare.

Per le potenzialità annesse alla genetica e per le peculiarità tipiche dei dati genetici, il cui errato utilizzo determinerebbero macroscopici danni al singolo, il settore pone evidenti implicazioni etiche, giuridiche e sociali.

Tre sono i vocaboli principali da ricordare: campione biologico, test genetici, dati genetici.

CAMPIONE BIOLOGICO

Materiale biologico (fluidi, tessuti, frammenti bioptici…) che racchiude le informazioni genotipiche di una persona. La scelta del campione biologico dipende dalle indagini da eseguire.

TEST GENETICI

I test genetici sono "le analisi di specifici geni, del loro prodotto e della loro funzione, nonché ogni altro tipo d'indagine del DNA, dell'RNA o dei cromosomi, finalizzata ad individuare o ad escludere mutazioni associate a patologie genetiche. I test possono anche essere utilizzati per definire la variabilità inter-individuale, per risolvere quesiti medico-legali e per valutare la sensibilità/suscettibilità e le resistenze individuali"[1005].

+Monogeniche (mendeliane)
*Autosomiche dominanti
*Autosomiche recessive
*X-linked
+Poligeniche o multifattoriali
- Mitocondriali
- Da espansione.

[1004] Il "Progetto Genoma Umano" ha evidenziato che il Genoma umano è costituito da 20.000/25.000 geni. Oggi, le malattie geneticamente descritte sono circa 4.700 (*OMIM database*); per 1.500 di queste è disponibile un test genetico specifico (*GeneTEST database*).

[1005] G. NOVELLI, *I test genetici diagnostici*, Biologi Italiani, 4 (2004) pg. 34.

I "test genetici" sono eseguiti prevalentemente con finalità clinica-diagnostica o di ricerca, e si differenziano in:

* "test genetici diagnostici"*:* convalidano la presenza di una specifica patologia, anticipano una diagnosi, forniscono i moventi di una malattia clinicamente già evidente;
* "test genetici presintomatici o preclinici"*:* stabiliscono se "persone sane" posseggono, perché ereditato, l'allène mutato[1006]; di conseguenza, è identificabile il presumibile rischio di contrarre nel futuro la patologia ad esso associata;
* "test genetici predittivi"*:* rilevano genotipi[1007] che molto probabilmente in concomitanza con altre cause geneticamente scatenanti, oppure per l'esposizione a componenti ambientali, daranno origine all'insorgenza di una patologia nel corso della vita;
* "test per l'identificazione degli eterozigoti"[1008] (portatori sani): nel caso di malattie autosomiche recessive identificano i portatori eterozigoti presenti nella popolazione;
* "test genetici per individuare i portatori di malattie" con un elevato rischio riproduttivo;
* "test medico-legali"*:* ci si avvale, ad esempio, per accertare la paternità o per attribuire tracce biologiche;
* "test di farmacogenetica e di farmacogenomica"*:* studiano i geni che influiscono sulle reazioni ai farmaci e osservando un medicinale il movente della sua efficacia unicamente su alcune persone, oppure la causa scatenante degli effetti collaterali.

Dunque, le giustificazioni dei test genetici sono:

* conferma diagnostica di una malattia;
* identificazione del portatore sano di una patologia recessiva;
* diagnosi presintomatica di malattie a insorgenza tardiva;
* individuazione della suscettibilità a contrarre patologie complesse;
* diagnosi prenatale di malattie cromosomiche o mendeliane[1009].

Poiché i risultati dei test genetici potrebbero procurare conseguenze negative ai singoli e alle loro famiglie biologiche, è essenziale un'accurata tutela dei "dati genetici".

DATI GENETICI

I Dati Genetici, considerano la costituzione genotipica della persona, e forniscono informazioni sui caratteri genetici trasmissibili nell'ambito di un gruppo di individui parentali. Osservando i progressi della ricerca, in futuro, potrebbero essere sfruttati anche per altri obiettivi.

Settore personale.

[1006] "Ciascuno dei due o più strati alternativi di un gene che occupa la stessa posizione su cromosomi omologhi e che controllano variazioni dello stesso carattere" (voce: *allène*, in Enciclopedia Treccani, on line).

[1007] "L'effettiva costituzione genetica di un individuo, cioè l'insieme dei geni localizzati sui cromosomi, spesso riferiti ad una o più particolari coppie di allèni" (voce: *genotipo* in Enciclopedia Treccani, on line).

[1008] "Individuo ibrido per un carattere mendeliano, che possiede nel proprio patrimonio genetico i corrispondenti di due geni allelomorfi (dominante e recessivo)" (voce: *eterozigote* in Enciclopedia Treccani, on line).

[1009] *Mendeliano* (aggettivo): "Relativo al biologo boemo abate *G. Mendel* al quale si deve la scoperta dei principî che regolano l'ereditarietà dei caratteri" (voce: *mendeliano* in Enciclopedia Treccani, on line).

Un problema con ripercussioni etiche riguarda l' ipotetico obbligo di comunicare i propri dati genetici alla famiglia se questi fossero di notevole rilievo per la salvaguardia della salute o per ripercussioni future.
Per questo ci interroghiamo: i dati genetici, sono di appartenenza "del singolo", oppure i famigliari possono conoscerli anche privi del consenso dell' interessato?
Nel 1999, il Garante per la Protezione dei Dati Personali, autorizzò una donna gravida ad accedere ai dati genetici del padre affetto da una malattia genetica, anche se questo aveva negato il consenso. La motivazione del Garante fu: "L'accesso ad alcuni dati sanitari del padre della paziente rappresenta un presupposto essenziale per l'accertamento delle modalità di trasmissione della malattia, per la valutazione del rischio procreativo e per l'esecuzione di eventuali test genetici"[1010].

Settore occupazionale.

Ad esempio, negli Stati Uniti, vari datori di lavoro sottoposero negli ultimi anni del XX secolo i dipendenti, a loro insaputa, a test genetici. Questa palese violazione dei dati genetici, obbligò nel 2000 il Presidente B. Clinton ad emanare un "Executive Order" che proibiva la fruizione dei test genetici per le assunzioni nell'Amministrazione Federale.

Settore assicurativo.

I dati genetici, potrebbero discriminare un contraente o i suoi familiari, maggiormente predisposti a contrarre patologie in futuro.

Non possiamo scordare, infine, la semplicità nell'ottenere materiale genetico all'insaputa della persona interessata, rendendo colpevole, chi compie questa azione, del reato di "furto di identità".

Eppure, la normativa internazionale, proibisce la discriminazione fondata sui dati genetici come pure proclama l'illegittimità dei test genetici di massa. L'articolo 11 della Convenzione di Oviedo che vietò qualunque discriminazione basata sul patrimonio genetico, autorizzò i test di genetica predittiva unicamente per finalità mediche. L'articolo 21 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea negò "qualsiasi forma di discriminazione fondata sulle caratteristiche genetiche". Lo stesso fu deliberato dalla Convenzione del Consiglio d'Europa sui diritti umani e la biomedicina articolo 11 e dalla Dichiarazione Universale sul Genoma Umano all'articolo 6.

2.Cenni storici

La genetica ebbe origine nel diciannovesimo secolo con gli studi del monaco ceco G. Mendel[1011] (1822-1884). Nel tranquillo giardino del convento agostiniano di San Tommaso a Konigkloster di Brno di cui era abate, osservò con curiosità le caratteristiche delle piante di pisello, comprendendo che i caratteri ereditari del vegetale non erano dettati dal caso ma trasmessi come unità, distribuiti poi singolarmente ad ogni generazione. A seguito delle sue ricerche, formulò "le leggi della trasmissione dei caratteri ereditar"i, che costituirono il fondamento della

[1010] Cfr.: http://www.garanteprivacy.it/garante/navig/jsp/index.jsp?folderpath=Provvedimenti% 2FCronologico%2F1999%2F.
[1011] Cfr.: R. M. HENIG, *Il monaco nell' orto*, Garzanti, Milano 2001.

genetica odierna. Nel 1865, Mendel scrisse il testo “Esperimenti sugli ibridi vegetali”, ma le sue tesi furono ignorate fino all'inizio del XX secolo.

18 aprile 1905, lo scienziato britannico W. Bateson in una lettera al geologo inglese A. Sedgwick usò per la prima volta il vocabolo *“genetica”.* Inseguito, Bateson*,* usufruì di questo termine alla Terza Conferenza Internazionale sull'Ibridazione delle Piante”, a Londra, nel 1906[1012].

Negli anni successivi iniziarono alcune sperimentazioni per ampliare le conoscenze sulle basi molecolari dell'ereditarietà.

1910: T. Morgan, inseguito ad osservazioni sulla drosophila (drosofila)[1013], identificò nei cromosomi i portatori dei geni*,* documentando le basi scientifiche degli studi effettuati da Mendel. Mise in evidenza pure l’idoneità nel dar luogo a mutazioni ponendo le basi alla teoria “cromosomica dell'ereditarietà”, ma era ancora sconosciuta la composizione molecolare dei geni.

1928: F. Griffith, pubblicò i risultati di una sua ricerca, nota come "esperimento di Griffith"*,* giudicando la presenza di un “principio trasformante” alla base della mutazione batterica. Lo studio spalancò il percorso alla scoperta del DNA come molecola contenente l'informazione genetica.

1944*:* O. T. Avery, C. McLeod e M. McCarty, dimostrarono che l’informazione genetica è trasmessa dal DNA e non da molecole proteiche.

1952: lo studio di A. D. Hershey e M. Chase determinò che *l’informazione genetica è registrata nel DNA;* fu un ulteriore conferma che il DNA fosse la molecola responsabile dell'ereditarietà.

1953: J. Watson e F. Crick, mediante la cristallografia a raggi X, descrissero la struttura molecolare degli acidi nucleici e i rapporti fra la struttura di queste sostanze e i meccanismi di eredità[1014].

1956: S.H. Tjio e A. Levan stabilirono in 46 il numero esatto di cromosomi nella specie umana.

1958: uno studio di P. Meselson e I. Stalh, dimostrò che per il DNA la replicazione è semiconservativa.

1961: si ebbe la prova definitiva che il codice genetico è organizzato in triplette (codoni).

1965: si attuò la prima cell-fusion (fusione tra cellule umane e murine con il passaggio di geni ai cromosomi umani).

1967*:* esordì l’impiego delle tecniche genetiche nella diagnostica prenatale.

1970: furono scoperti gli enzimi di restrizione studiando il batterio “Haemophilus influenzae” e vi fu la sintesi del primo gene artificiale.

1972: W. Fiers e il suo gruppo di lavoro, determinarono per la prima volta la sequenza di un gene.

[1012] Cfr.: Report of the Third 1906 International Conference on Genetics: Hybridization (the cross-breeding of genera or species), the cross-breeding of varieties, and general plant breeding, *Royal Horticultural Society, London.*

[1013] “Genere di piccoli insetti ditteri acalitteri, comprendente il moscerino del vino e delle frutta (*Drosophila melanogaster*), di colore ferrugineo, con le ali grigiastre, che vive allo stato larvale nelle frutta in decomposizione e nelle sostanze zuccherine o fermentate; l’insetto è anche noto per le ricerche sperimentali di genetica compiute su di esso e sulle specie affini” (voce: *drosofila* in Enciclopedia Treccani, on line).

[1014] Cfr.: J. WATSON – F. CRICK, *Molecular structure of nucleic acids; a structure for deoxyribose nucleic acid*, Nature 171 (1953) 737-738.

1976: W. Fiers identificò la sequenza nucleotidica completa del fago-RNA MS2[1015].

A metà degli anni ’70 del XX secolo, a seguito delle informazioni sulle attività che coordinano le singole cellule e l’organismo di ogni vivente, nacque l’ingegneria genetica[1016], cioè il passaggio dallo studio dei prodotti controllati dai geni ai geni stessi. Nello stesso periodo, inseguito alla scoperta degli enzimi di restrizione, si gestirono più efficacemente gli acidi nucleici. E lo sviluppo delle tecniche di sequenziamento del DNA, nel 1977 acconsentirono a K.B. Mullis la determinazione accurata delle sequenze nucleotidiche dei geni e la messa a punto della reazione a catena della polimerasi (PCR), ottenendo elevate quantità di DNA con minime porzioni iniziali.

1977: E. Sanger terminò la sequenza del genoma del fago Φ-X174[1017].

1978: nacque Louise Brown, la prima bambina *concepita in “provetta”* con la metodologia della fertilizzazione in vitro.

1983: isolamento e amplificazione di sequenze specifiche di DNA.

1987: F. Collins e L. Tsui sequenziarono il gene per la *proteina CFTR*; fu il primo gene umano ad essere sequenziato.

Queste, ed altre scoperte, consentirono l’esordio nel 1987, sotto la direzione di J. Watson del “Progetto Genoma Umano”, e alla Celera Genomics di annunciare nel 2003 il completamento del sequenziamento dell'intero genoma umano[1018].

1995: comparve nella lettura scientifica il vocabolo “biobank”[1019].

La prima applicazione della terapia genetica in una sperimentazione clinica si realizzò nel 1990 al National Institutes of Health di Bethesda (Meryland) su una bambina di quattro anni affetta da una particolare immunodeficienza combinata (ADA). In Italia, nel 1995, l’IRCCS San Raffaele di Milano, pubblicò i risultati di una equivalente sperimentazione praticata su due malati di immunodeficienza. Nel 1999, all’ospedale Necker di Parigi, fu condotta una sperimentazione che coinvolse due bambini di otto e undici mesi affetti da immunodeficienza

---

[1015] Cfr.: W. FIERES et Al., *Complete nucleotide-sequence of Bacteriophage MS2-RNA - primary and secondary structure of replicase gene*, Nature 260 (1976) 500/507.

[1016] “Insieme di tecnologie che permettono la manipolazione in vitro di molecole di DNA in modo da provocare cambiamenti predeterminati nel genotipo di un organismo. Mediante queste manipolazioni genetiche è possibile produrre nuove combinazioni di geni, determinare specifiche mutazioni, introdurre geni in cellule in cui essi possono esprimere nuove funzioni e applicazioni. A partire dal 1970 l'ingegneria genetica, chiamata anche tecnologia del DNA ricombinante, ha accresciuto notevolmente la comprensione di processi biologici fondamentali, come l'espressione genica e lo sviluppo, rendendo possibili molte ricerche di base e accelerando la produzione di agenti terapeutici per l'uomo, gli animali e le piante (biotecnologie). La tecnica di base dell'ingegneria genetica è *la clonazione*, ovvero il procedimento che consente di isolare e riprodurre un singolo gene o un tratto di DNA ottenendo un numero elevato di copie identiche (cloni). Si possono, per esempio, ottenere batteri ingegnerizzati (in cui sono state inserite specifiche sequenze di DNA) che producono proteine terapeutiche (per esempio: insulina, interferone, ormone della crescita…). Altre applicazioni sono state realizzate grazie alle tecniche di trasferimento genico, che hanno consentito la creazione di organismi transgenici, cioè piante e animali nei quali è stato introdotto un gene di un'altra specie (transgene). Queste tecnologie sollevano tuttavia problemi che investono anche temi etici e giuridici non facilmente risolvibili, connessi con la produzione di nuove forme di vita” (voce*: Ingegneria genetica*, in Enciclopedia Treccani, on line).

[1017] Cfr.: F. SANGER et Al, *Nucleotide sequence of bacteriophage phi X174 DNA*, Nature 265 (1977) 687-694.

[1018] Cfr.: R. DULBECCO, *I geni e il nostro futuro,* Sperling & Kupper, Milano 1995.

[1019] Cfr.: S. LOFT – H.E. POULSEN, *Cancer risk and oxidative DNA Damage in Man*, J Mol Med 74 (1996) 297-312.

combinata grave (SCID). La terapia fu positiva consentendo ai piccoli pazienti la ripresa di una regolare quotidianità.
Da quel momento, l'esito favorevole di alcune sperimentazioni, hanno consentito a molti malati di disporre di terapie genetiche, anche se dovrà trascorrere del tempo per individuare validi protocolli per la cura di patologie particolarmente complesse.

3.Aspetti normativi

L' aspetto normativo è ricco di pronunciamenti con peculiare accuratezza alla gestione dei dati genetici.

3.1.DOCUMENTI INTERNAZIONALI

CONVENZIONE EUROPEA PER LA PROTEZIONE DEI DIRITTI UMANI E DELLA DIGNITÀ DELL'ESSERE UMANO - Oviedo 1997:
-articolo 11: è vietato ogni discriminazione basata sul patrimonio genetico;
-articolo 21: è vietato trarre profitto dal corpo o dalle sue parti.
"DICHIARAZIONE UNIVERSALE SUL GENOMA UMANO E I DIRITTI DELL'UOMO" – UNESCO 1997:
-articolo 1: il genoma è patrimonio dell'umanità;
-articolo 2: riconosce l'unicità del genoma dei singoli individui;
-articolo 12: la ricerca, compresa quella genetica deve tendere "ad alleviare la sofferenza ed a migliorare la salute dell'individuo e dell'intera umanità".
"DICHIARAZIONE INTERNAZIONALE SUI DATI GENETICI" - UNESCO 2003.
Dati genetici e campioni biologici possono essere utilizzati unicamente dopo il rilascio del Consenso informato.
TRATTATO DI PRUM - 2005
Sottoscritto da sette Paesi (Belgio, Germania, Spagna, Francia, Lussemburgo, Paesi Bassi e Austria), prevedeva una cooperazione transfrontaliera allo scopo di contrastare il terrorismo, la criminalità transfrontaliera e la migrazione illegale.
La cooperazione è attuata mediante lo scambio di informazioni dei dati del DNA, delle impronte digitali e dell'immatricolazione dei veicoli, secondo tre diversi livelli di tutela in base alla delicatezza del dato trattato oggetto di scambio. Infatti, mentre l'articolo 2, paragrafo 1, stabilì che gli Stati aderenti si impegnassero a creare e a gestire schedari di analisi del DNA per indagini su reati, in merito ai dati dattiloscopici, l'articolo 8 prevedeva la comunicazione degli stessi per fini di prevenzione (di reati) e relative indagini e, da ultimo, l'articolo 12, paragrafo 1, autorizzò lo scambio transfrontaliero dei dati relativi all'immatricolazione di veicoli anche per la prevenzione e le indagini su illeciti non penali nonché al fine di mantenere l'ordine e la sicurezza pubblici.
"BEST PRACTICE GUIDELINES FOR BRCS" – OCSE 2007.
Sono norme per l'attivazione, l'organizzazione e la gestione delle biobanche.

3.2.DOCUMENTI UNIONE EUROPEA

DIRETTIVA EUROPEA 98/44/CE "SULLA PROTEZIONE GIURIDICA DELLE INVENZIONI BIOTECNOLOGICHE" (G.U. delle Comunità Europee 213/13 del 30 luglio 1998):

-articolo 5, comma 1: “Il corpo umano, nei vari stadi della sua costituzione e del suo sviluppo, nonché la mera scoperta di uno dei suoi elementi, ivi compresa la sequenza parziale di un gene, non possono costituire invenzioni brevettabili”;
-articolo 5, comma 2: “Un elemento isolato del corpo umano, o diversamente prodotto, mediante un procedimento tecnico, ivi compresa la sequenza o la sequenza parziale di un gene, può costituire un’invenzione brevettabile, anche se la struttura di detto elemento è identica a quella di un elemento naturale”.
Due commi che sembrano in contraddizione.
DIRETTIVA EUROPEA 2004/23 DEL 31 MARZO 2004 “SULLA DEFINIZIONE DI NORME DI QUALITÀ E DI SICUREZZA PER LA DONAZIONE, L’APPROVVIGIONAMENTO, IL CONTROLLO, LA LAVORAZIONE, LO STOCCAGGIO E LA DISTRIBUZIONE DI TESSUTI E CELLULE UMANI” (G.U. dell’Unione Europea n. 102/48 del 7 aprile 2004).
DIRETTIVA EUROPEA 2006/86 DEL 24 OTTOBRE 2006 “CHE ATTUA LA DIRETTIVA 2004/23/CE DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO PER QUANTO RIGUARDA LE PRESCRIZIONI IN TEMA DI RINTRACCIABILITÀ, LA NOTIFICA DI REAZIONI ED EVENTI AVVERSI GRAVI E DETERMINATE PRESCRIZIONI TECNICHE PER LA CODIFICA, LA LAVORAZIONE, LA CONSERVAZIONE, LO STOCCAGGIO E LA DISTRIBUZIONE DI TESSUTI E CELLULE UMANI” (G.U. dell’Unione Europea n. 294/32 del 25 ottobre 2006).
“RACCOMANDAZIONE R” – Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa (2006):
-articolo 3: occorre il consenso del donatore per utilizzare tessuti biologici a fini di ricerca;
-articolo 21: i tessuti devono essere usati unicamente nella ricerca dopo aver ottenuto il consenso;
-articolo 22: per una nuova ricerca va ottenuto un nuovo consenso.

3.3.DOCUMENTI ITALIANI

Decreto Presidente della Repubblica n. 439 del 21 settembre 2001: “REGOLAMENTO DI SEMPLIFICAZIONE DELLE PROCEDURE PER LA VERIFICA E IL CONTROLLO DI NUOVI SISTEMI E PROTOCOLLI TERAPEUTICI SPERIMENTALI”, (GU n. 294 del 19 dicembre 2001).
Decreto del Presidente dell'ISS 26 aprile 2002: “ACCERTAMENTO DELLA COMPOSIZIONE E INNOCUITÀ DEI FARMACI DI NUOVA ISTITUZIONE PRIMA DELLA SPERIMENTAZIONE CLINICA SULL’UOMO. INDIVIDUAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DA SOTTOPORRE ALL’ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ AI SENSI DELL'ART. 4, COMMA 2, DEL DECRETO DEL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA 21 SETTEMBRE 2001, N. 439”, (GU n. 105 del 7 maggio 2002).
Decreto Legislativo n. 211 del 24 giugno 2003: “ATTUAZIONE DELLA DIRETTIVA 2001/20/CE RELATIVA ALL'APPLICAZIONE DELLA BUONA PRATICA CLINICA NELL’ESECUZIONE DELLE SPERIMENTAZIONI CLINICHE DI MEDICINALI PER USO CLINICO”, (S.O. n. 130/L alla GU n. 184 del 9 agosto 2003).
Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003: “CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”, (G. U. n. 174 del 29 luglio 2003).
Decreto 2 marzo 2004: “ISTITUZIONE DI UNA BANCA DATI PER IL MONITORAGGIO DELLA TERAPIA GENETICA E LA TERAPIA CELLULARE SOMATICA”, (GU n. 63 del 27 marzo 2004).
Decreto 5 dicembre 2006: “UTILIZZAZIONE DI MEDICINALI PER TERAPIA GENICA E PER

TERAPIA CELLULARE SOMATICA AL DI FUORI DI SPERIMENTAZIONI CLINICHE E NORME TRANSITORIE PER LA PRODUZIONE DI DETTI MEDICINALI*",* (GU n. 315 del 17 dicembre).

Decreto Legislativo n. 219 del 24 aprile 2006: "ATTUAZIONE DELLA DIRETTIVA 2001/83/CE (E SUCCESSIVE DIRETTIVE DI MODIFICA) RELATIVA AD UN CODICE COMUNITARIO CONCERNENTE I MEDICINALI PER USO UMANO, NONCHÉ DELLA DIRETTIVA 2 2003/94/CE*",* (GU n. 142 del 21 giugno 2006).

Garante per la Protezione dei Dati Personali: "AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI GENETICI", (G.U. n. 65 del 19 marzo 2007).

Determinazione 21giugno 2007: "INDIVIDUALIZZAZIONE DEGLI IMPIEGHI DI MEDICINALI PER TERAPIA CELLULARE SOMATICA CONSIDERATI CLINICAMENTE E SCIENTIFICAMENTE CONSOLIDATI"*.*

Determinazione 6 agosto 2007: "RETTIFICA DELLA DETERMINAZIONE 21 GIUGNO 2007, RELATIVA ALL'INDIVIDUAZIONE DEGLI IMPIEGHI DI MEDICINALI PER TERAPIA CELLULARE SOMATICA CONSIDERATI CLINICAMENTE E SCIENTIFICAMENTE*".*

Decreto Legislativo n. 191 del 6 novembre 2007: "ATTUAZIONE DELLA DIRETTIVA 2004/23/CE SULLA DEFINIZIONE DELLE NORME DI QUALITÀ E DI SICUREZZA PER LA DONAZIONE, L'APPROVVIGIONAMENTO, IL CONTROLLO, LA LAVORAZIONE, LA CONSERVAZIONE, LO STOCCAGGIO E LA DISTRIBUZIONE DI TESSUTI E DI CELLULE*",* (GU n. 261 del 9 novembre 2007).

Decreto Legislativo n. 200 del 6 novembre 2007: "ATTUATIVA DELLA DIRETTIVA 2005/28/CE RECANTE I PRINCIPI E LINEE GUIDA DETTAGLIATE PER LA BUONA PRATICA CLINICA RELATIVA AI MEDICINALI IN FASE DI SPERIMENTAZIONE A USO UMANO, NONCHÉ I REQUISITI PER L'AUTORIZZAZIONE ALLA FABBRICAZIONE O IMPORTAZIONE DI TALI MEDICINALI*",* (GU n. 261 del 9 novembre 2007).

Legge n. 85 del 30 giugno 2009: "ADESIONE DELLA REPUBBLICA ITALIANA AL TRATTATO CONCLUSO IL 27 MAGGIO 2005 TRA IL REGNO DEL BELGIO, LA REPUBBLICA FEDERALE DI GERMANIA, IL REGNO DI SPAGNA, LA REPUBBLICA FRANCESE, IL GRANDUCATO DI LUSSEMBURGO, IL REGNO DEI PAESI BASSI E LA REPUBBLICA D'AUSTRIA, RELATIVO ALL'APPROFONDIMENTO DELLA COOPERAZIONE TRANSFRONTALIERA, IN PARTICOLARE ALLO SCOPO DI CONTRASTARE IL TERRORISMO, LA CRIMINALITÀ TRANSFRONTALIERA E LA MIGRAZIONE ILLEGALE (TRATTATO DI PRÜM). ISTITUZIONE DELLA BANCA DATI NAZIONALE DEL DNA E DEL LABORATORIO CENTRALE PER LA BANCA DATI NAZIONALE DEL DNA. DELEGA AL GOVERNO PER L'ISTITUZIONE DEI RUOLI TECNICI DEL CORPO DI POLIZIA PENITENZIARIA. MODIFICHE AL CODICE DI PROCEDURA PENALE IN MATERIA DI ACCERTAMENTI TECNICI IDONEI AD INCIDERE SULLA LIBERTA PERSONALE" (GU n. 160 del 13 luglio 2009). E' la ratifica del Trattato di Prum.

Inoltre è istituita la banca nazionale del DNA e il relativo laboratorio centrale (cfr. art. 5).

Della "banca dati" si occuperà il Garante per i dati personali, del laboratorio il Comitato nazionale per la biosicurezza, la biotecnologia e le scienze della vita (cfr. art. 15).

La banca dati del DNA viene istituita al "fine di facilitare l'identificazione degli autori dei delitti (cfr. art. 5, c1), con il compito di raccogliere e confrontare i dati relativi al DNA (cfr. art. 7).

Il laboratorio centrale si occuperà delle attività di tipizzazione dei profili dei campioni biologici (cfr. art. 8).

Per alcuni soggetti è prevista la sottoposizione a prelievo di campioni biologici (sono evidenziati i soggetti e i reati) (cfr. art. 9).
E' prevista la raccolta di profili del DNA relativi a reperti biologici acquisiti nel corso di procedimenti penali come pure la raccolta di profili di DNA di persone scomparse, cadaveri e resti cadaverici non identificati.
L'accesso è garantito solo alla polizia giudiziaria e all'autorità giudiziaria (cfr. art. 12).
Si sono previsti i tempi massimi per la conservazione dei profili e dei campioni e le modalità di cancellazione e distruzione (cfr. art. 13).

3.4.ALTRI DOCUMENTI

Società Italiana di Genetica (S.IG.U) – Comitato Telethon fondazione Onlus "*BIOBANCHE GENETICHE. LINEE GUIDA"* (Inserto *Analysis,* n. 5/6 2003).
Comitato Nazionale per la Bioetica, "BIOBANCHE E RICERCA SUL MATERIALE BIOLOGICO UMANO", Roma 2006.
Comitato Nazionale per la Biosicurezza e le Biotecnologie, "LINEE GUIDA PER L'ISTITUZIONE E L'ACCREDITAMENTO DELLE BIOBANCHE", Rapporto del Gruppo di Lavoro, 19 aprile 2006.
Istituto Superiore di Sanità', "PROMOZIONE DI UNA BANCA BIOLOGICA PER IL PROGETTO EUROPEO 'GENOM EUTWIN': RIFLESSIONI ETICHE E TUTELA DELLA PRIVACY NELLA CONSERVAZIONE DEI TESSUTI UMANI PER LA RICERCA", Roma 2006.

Ma, nonostante l'emanazione di vari testi legislativi, in alcuni Paesi, tra cui l'Italia, dobbiamo notare la carenza di rigorose nel verificare dettagliatamente la raccolta, la conservazione, il controllo di qualità e la distribuzione dei materiali biologici per la ricerca, come pure restano incerti svariati particolari etici e legali.
Inoltre, la realtà italiana, è caratterizzata dalla presenza di numerose raccolte "non ufficiali" di dati genetici, il più delle volte, gestite inadeguatamente.

4.Biobanche

La richiesta di tessuti umani per la ricerca determinò la necessità di costituire "banche" e "reti di banche" di tessuti e di cellule umane.
Le "biobanche" o "banche di dati di ricerca", sono strutture no-profit[1020] dove sono raccolti "campioni biologici umani"[1021], catalogati, conservati con strumenti idonei a salvaguardare le qualità organiche e resi disponibili, cioè posti "in rete" per diagnosi genetiche, per studi sulla biodiversità e per la ricerca clinica. Sono presenti in un unico database che comprende le informazioni vantaggiose al ricercatore per estrapolare rapidamente i tessuti più idonei agli obbiettivi della sua

[1020] Cfr.: COUNCIL OF EUROPE, *Recommendation N. R(94)1 of the Committee of Ministers to member states on human tissue banks,* 14 maggio 1994.
Le Linee Guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche le definisce: "Unità di servizio, senza scopo di lucro diretto, finalizzate alla raccolta e alla conservazione di materiale biologico umano utilizzato per diagnosi, per studi sulle biodiversità e per ricerca" (*Le Linee Guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche,* op. cit., punto 2).
[1021] Tipologie di campioni biologici umani: campioni di tessuti umani, linee cellulari umane, campioni di DNA, materiale trasgenico/ingegnerizzato.

ricerca. E' dunque una condivisione dei campioni biologici umani a livello globale!

4.1.BIOBANCHE GENETICHE E BIOBANCHE TESSUTALI

Le biobanche si classificano in due gruppi: *biobanche genetiche* e *biobanche tessutali.*

4.1.1.BIOBANCHE GENETICHE

Caratteristiche.

Le biobanche genetiche si caratterizzano per la raccolta e la conservazione di campioni di:

"-persone e famiglie con patologie genetiche;

-gruppi di popolazione con alta frequenza di portatori o di affetti da patologie genetiche;

-popolazioni con caratteristiche genetiche idonee per l'individuazione di geni di suscettibilità (es. popolazioni con ridotta variabilità inter-individuale, forte endogamia…);

-gruppi di popolazioni idonee per studi di farmacogenetica;

-gruppi di popolazione utilizzati come controllo"[1022].

Finalità.

"-Favorire le ricerche per identificare le mutazioni causa di malattie genetiche. Queste sono spesso rare o rarissime; quindi solo la possibilità di conservare in un' unica collezione i campioni di famiglie e persone affette può portare a risultati utili sia per le singole famiglie sia per la collettività.

-Favorire la collezione di individui con caratteristiche genomiche utili a capire le basi genetiche di malattie complesse e la predisposizione all'insorgenza di patologie.

-Mettere a disposizione della ricerca farmacogenetica campioni utili per studiare variazioni genomiche che si associano a differenti risposte ai farmaci.

-Centralizzare la raccolta di campioni di specifiche patologie genetiche per la sperimentazione in vitro di terapie innovative.

-Offrire ai ricercatori un servizio per lo sviluppo dei loro studi e favorire la comunicazione e gli scambi tra i diversi gruppi di scienziati"[1023].

4.1.2.BIOBANCHE TESSUTALI

Conservato campioni biologici umani provenienti prevalentemente da archivi di anatomia patologica e sono impiegati negli studi di patologie tumorali[1024].

I tessuti pervengono da:

"-materiale derivato da interventi diagnostici (tra cui screening) o terapeutici;

-materiale specificamente donato per un progetto di ricerca e conservato per successivo uso;

-materiale donato per trapianto e non utilizzato o ritenuto inadatto;

[1022] *Le Linee Guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche,* op. cit., 2.3.1.

[1023] *Le Linee Guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche,* op. cit., 2.3.1.

[1024] Cfr.: JW OOSTERHUIS, et Al., *Tumour banks: well-guarded treasures in the interest of patients,* Nature 3 (2003) 73-77.

-materiale proveniente da persone decedute e sottoposte ad autopsia"[1025].

I campioni biologici sono:

-"anonimi": identificati unicamente da un codice che non consente di individuare il donatore;

-"anonimizzati": i dati anagrafici del paziente sono rimossi inseguito all'attribuzione del codice; di conseguenza è impossibile identificare il donatore;

-"identificabili": è facile risalire al donatore. Sulla base di risultati scientifici vantaggiosi per il paziente è individuato mediante un codice riconoscibile unicamente dal responsabile della biobanca;

-"identificazione completa": è nota l'identità del donatore.

Le biobanche, luoghi di raccolta e di stoccaggio, sono essenziali per il futuro della ricerca, ma come abbiamo già affermato pongono ampie apprensioni per la protezione dei dati "altamente sensibili" poiché racchiudono l'identità e la storia biologica dei singoli. Il timore si amplia di fronte a eventuali ramificazioni finanziarie. Significativa è la seguente riflessione: "Il 'gene' è diventato una risorsa molto preziosa e deve essere quindi evitato il rischio che la costituzione e l'utilizzo delle biobanche del DNA in tutto il mondo finisca col seguire logiche di esclusivo sfruttamento economico contro gli interessi dei malati e della società, limitando il ruolo della ricerca pubblica. Infatti, questo rischio esiste perché i laboratori pubblici che realizzano le biobanche possono trovarsi nella necessità di dover utilizzare i finanziamenti che le industrie farmaceutiche mettono loro a disposizione, in cambio del prezioso materiale genetico, sia per poter potenziare i mezzi per la ricerca sia per il mantenimento della banca stessa. I contratti di esclusività di utilizzo delle biobanche, proposti da alcune aziende, possono risultare svantaggiosi per i laboratori pubblici, che rischiano di diventare semplici distributori di DNA, e per la pluralità e la libertà della ricerca. Inoltre stiamo assistendo ad una nuova forma di 'colonialismo scientifico' in particolare nei Paesi in via di sviluppo, là ove esistono gruppi familiari isolati geneticamente, famiglie numerose, forte consanguineità"[1026].

4.2. BIOBANCHE E ASPETTI ETICI E GIURIDICI

H. Jonas, negli anni '70 del XX secolo, osservò che "il controllo biologico dell'uomo, specialmente il controllo genetico, sollevava questioni etiche di genere completamente nuovo, al quale né la prassi, né la teoria precedenti ci hanno preparato. Poiché sono in discussione nientemeno che la natura e l'immagine dell'uomo, la prudenza diventa il nostro primo dovere etico, e un ragionamento ipotetico la nostra prima responsabilità. Riflettere sulle conseguenze prima di prendere delle iniziative non è altro che normale prudenza"[1027].

Dopo decenni, i quesiti posti dalla genetica all'etica sono raddoppiati; esaminiamone alcuni.

Le biobanche svolgono "un ruolo di mediazione" tra i donatori dei tessuti e chi effettua la ricerca. Di conseguenza, queste strutture, come già illustrato, devono garantire l'anonimato dei dati e dell'identità della persona e agli sperimentatori la

[1025] *Le Linee Guida per l'istituzione e l'accreditamento delle biobanche*, op. cit., 2.3.2.
[1026] *Biobanche genetiche. Linee guida*, op.cit., pg. 4.
[1027] *Dalla fede antica all'uomo tecnologico, op. cit.,* pg. 3.

corretta conservazione dei campioni.

Un argomento complesso riguarda "la proprietà dei campioni biologici".

Identificare "la proprietà" determina chi può analizzarli ed elaborarli e, di conseguenza, verificare che l'attività di ricerca avvenga osservando una standardizzazione rispettosa dei diritti della persona. Attorno a questo elemento ruota la maggior parte delle implicazioni commerciali.

Le normative internazionali e nazionali non presentano giudizi univoci[1028] e le opinioni sono contradittorie. M. Macilotti nello studio: "La disciplina giuridica della biobanche"[1029], evidenzia "quattro correnti dottrinali".

-La prima, definita "modello proprietario"[1030], sostiene che le parti staccate dal corpo in occasione di interventi acquistano la natura di "beni mobili disponibili"[1031] nei limiti previsti dall'articolo 5 del Codice civile[1032]. Dunque, la biobanca, diventa proprietaria; unico elemento da chiarificare sono le modalità d' acquisto.

L'approvazione di questa forma, ponderando la complessità gestionale di una biobanca, non esclude, ad esempio, abusi nel riciclare tessuti per finalità diverse da quelli concordati con il paziente mediante il rilascio del Consenso informato.

-Una seconda corrente qualificata della "tesi dell'occupazione" reputa, presumendo il loro abbandono, che i frammenti tolti dal corpo umano non sono proprietà di nessuno (res nullius).

-Una terza opinione identifica, facendo propria un'interpretazione estensiva dell'articolo 2576[1033] del Codice civile, che le parti staccate dal corpo come le "opere dell'ingegno"; sono di proprietà della persona; una *"res* originata per creazione" ottenuta con la collaborazione del medico.

-Un quarto indirizzo giudica questi segmenti "prodotti" derivanti direttamente dal corpo originario, perciò "frutti naturali".

Di fronte a molteplici opinioni e alle complessità di interpretazione in un contesto specifico, Macilotti propone di introdurre questo materiale nella categoria economica dei "commons". "Al momento della cessione a titolo gratuito da parte dei pazienti, i materiali biologici, nella loro dimensione fisica, non dovrebbero appartenere né agli individui che hanno fatto l'oblazione né ai ricercatori che custodiscono i tessuti, ma dovrebbero divenire un patrimonio dell'intera comunità. Seguendo tale prospettazione il piano della gestione rimarrebbe comunque nelle mani dei cittadini"[1034]. E, di conseguenza, le biobanche dovrebbero essere "pubbliche", "terze ed equidistanti tanto dai pazienti quanto dai ricercatori, dislocate a livello locale ma connesse in una rete nazionale"[1035], solamente così si potrebbero custodire i tessuti a "beneficio della comunità e distribuire i campioni ai

[1028] Cfr. ad esempio l'articolo 5, commi 1 e 2 della Direttiva 98/44/CE.

[1029] Cfr.: M. MACILOTTI et Al., *La disciplina giuridica delle biobanche,* Pathologica 100 (2008) 86-101.

[1030] Cfr.: A. DE CUPIS, *I diritti della personalità,* in A. CINU – F. MISSINEO (a cura di), *Trattato di diritto civile e commerciale,* Giuffrè, Milano 1985, pp. 159-171.

[1031] Cfr.: *Codice Civile*, art. 810.

[1032] "Gli atti di disposizione del proprio corpo sono vietati quando cagionino una diminuzione permanente della integrità fisica, o quando siano altrimenti contrari alla legge, all'ordine pubblico o al buon costume".

[1033] "Il titolo originario dell'acquisto del diritto di autore è costituito dalla creazione dell'opera, quale particolare espressione del lavoro intellettuale".

[1034] *La disciplina giuridica delle biobanche*, op. cit. pg. 94.

[1035] *La disciplina giuridica delle biobanche*, op. cit. pg. 94.

ricercatori che ne fanno richiesta"[1036].
Ogni biobanca dovrebbe, inoltre, dotarsi di un "codice etico" che determini le modalità di uso dei campioni biologici e i criteri seguiti nella gestione.
E' essenziale, infine, definire le circostanze che acconsentano l' uso dei tessuti con finalità differenti da quelle concordate con il paziente, oltre la durata di conservazione del materiale biologico e dei dati genetici.
In Italia, l'autorizzazione all'utilizzo dei campioni biologici, è prevista unicamente per attività sanitaria o di ricerca, ed è vietata la diffusione delle informazioni che rivelino lo stato di salute dell'individuo. Di conseguenza, i dati genetici, devono essere trattati unicamente in strutture autorizzate e da operatori soggetti all'obbligo del segreto professionale.
Per quanto riguarda l'uso dei campioni biologici con finalità diverse da quelle per cui era stato rilasciato il consenso, è obbligatorio un nuovo Consenso informato, tranne che per finalità scientifiche direttamente correlate con quelle originarie. E' possibile avvalersi di campioni biologici e dati genetici anche "senza consenso", quando questi sono stati resi anonimi, oppure è inattuabile raggiungere gli interessati, e lo studio è approvato dal Comitato etico e autorizzato dal Garante per la Protezione dei Dati Personali.
Per i tempi di conservazione del materiale biologico, la Circolare del 19 dicembre 1986 e il parere dell' Istituto Superiore di Sanità del 14 ottobre 1987, indicano "come minimo vent'anni".
Un osservazione conclusiva.
La prospettiva che i dati genetici del singolo possano essere messi in relazione con quelli dei famigliari o del gruppo d'origine, richiede di oltrepassare la prospettiva individualista per aprirsi a quella della beneficialità, poichè giovamenti individuali e comunitari possono scaturire da particolari elaborazioni.

5.Consenso informato

Ai Comitati etici delle sprimentazioni cliniche spesso è richiesta l'approvazione di studi con "obiettivi genetici". Ogni ricerca con finalità genetiche dovrà disporre di un proprio Consenso informato
Di seguito, evidenziamo gli argomenti specifici dell'Informazione da fornire all'arruolato e del Consenso informato.
-Gli obiettivi della ricerca e la patologia in studio.
-Le modalità di comunicazione dei risultati positivi o negativi; di conseguenza il diritto della persona a ottenere informazioni dallo sperimentatore.
-Il periodo di conservazione del campione genetico e l' incompatibilità d'uso per finalità differenti da quelle presenti nel consenso informato.
-Il vincolo di distruggere il campione genetico terminata la ricerca.
-La sollecitudine ad adottare prassi adeguate ad assicurare la conservazione del campione genetico.
-La tutela della riservatezza presentando le procedure che si adotteranno per salvaguardare l'anonimato del donatore.

[1036] *La disciplina giuridica delle biobanche*, op. cit. pg. 94.

-La possibilità di revocare il consenso “in ogni momento” e la distruzione del campione e delle relative informazioni.

6.Gene editing

Combattere le malattie oggi inguaribili ed eliminare difetti di origine genetica è un sogno della medicina che potrebbe avverarsi mediante il “gene editing”, non scordando però i rischi, poichè come ricordava il biologo statunitense, D. Baltimore, Premio Nobel: “Siamo pronti ad alterare l’eredità umana, e tutti dovremmo porre attenzione”.

6.1.COS’È IL GENE EDITING

Il gene editing o editing genetico è un considerevole progresso nella ricerca genetica avendo un approccio diverso da quello utilizzato fino ad oggi: invece di fornire dall’esterno un gene corretto, si ripara direttamente e in modo mirato la sequenza errata o mutata. E ciò avviene con “forbici molecolari” di massima precisione. Per questo il gene editing è denominato anche il “taglia e cuci” del DNA. Taglia una sequenza del DNA in punti determinati e la sostituisce con specifici geni, modificando permanente i geni difettosi refrattari alle terapie tradizionali.

La tecnica, semplice nell’esecuzione ed economica, apre però gravose questioni etiche poiché può essere applicata anche alle cellule somatiche, alle cellule germinali e agli embrioni nei primi stadi di sviluppo procurando effetti indesiderati a livello genetico[1037], anche se esperimenti condotti su questi hanno mostrato una bassa efficienza.

6.2.LA TECNICA CRISP-CAS9

Questa procedura “taglia e cuci” è comunemente riconosciuta con l’appellativo di CRISPR/Cas9. CRISP: Clustered Regularly Interspaced Short Palindromic Repeats = “brevi ripetizioni palindrome raggruppate e separate ad intervalli regolari”, è il nome attribuito alla famiglia di segmenti di DNA che contengono brevi sequenze ripetute, rinvenibili in batteri e archei. CAS9 è la proteina “forbice”.

Il primo impiego di questa tecnologia avvenne in agricoltura modificando il DNA di alcune piante e i loro geni o introducendone degli estranei con una precisione alquanto superiore delle tecniche classiche di OGM. Si continò nei laboratori utilizzando gli animale ma il 26 novembre 2018, lo scienziato cinese Hu Uiankui della Southern University di Shenzhen, annunciò di essere intervenuto con questa tecnica sul patrimonio genetico di due gemelline per immunizzarle dal virus del HIV a cui erano resistenti. Lo stesso He Uiankui ammise in seguito che uno degli embrioni poi venuti alla luce non presentava quella modificazione genetica utile per contrastare il virus dell’HIV, ma nonostante questo procedette ugualmente all’impianto in utero. L’ intervento suscitò ingenti critiche poichè il ricercatore cinese di biofisica aveva contravvenuto a varie norme che regolano una corretta sperimentazione clinica, è perché questa follia era prematura rispetto a una reale

[1037]K. A SCHAEFER, W. HSUAN WU, D. F. COLGAN, S.H. TSANG , A. G. BASSUK, V. B MAHAJAN, *Unexpected mutations after CRISPR–Cas9 editing in vivo*, Nature Methods , volume 14, 547-548 (2017).

comprensione del rapporto tra rischi e benefici. Il 13 marzo 2019 , con una lettera pubblicata sulla rivista scientifica "Nature", la comunità scientifica internazionale chiese il blocco della sperimentazione[1038].

6.3.PROSPETTIVE

Quanto sopra illustrato apre prospettive a interventi complessi e problematici.

Di fronte al CRISP-Cas9 il mondo scientifico sta procedendo con atteggiamenti contrastanti anche se, nella maggioranza dei casi, le parole d'ordine sono: massima cautela, prudenza e responsabilità.

E' il caso di due lettere pubblicate sulle riviste scientifiche "Nature" (12 marzo 2015)[1039] e "Science" (19 marzo 2015)[1040] da alcuni Premi Nober e scienziati di fama internazionale che richiedevano una una "moratoria" sull'applicazione clinica di questa tecnica alle cellule della linea germinale umana. Seguiva l'invito all' assunzione di responsabilità di fronte a una tecnica ancora molto da studiare. Solo così si possiederanno gli elementi per determinare le eventuali applicazioni cliniche, poiché come ricordava la biologa K. O'Connor-Giles dell'University of Wisconsin: "questa tecnologia è facile da usare nel senso che è facile fare accadere qualcosa. Ma non necessariamente ciò che si desidera".

Dal 1 al 3 dicembre 2015 si svolse a Washington "l' International Summit on human gene editing"[1041] le cui conclusioni furono alquanto generali anche se prevalse la prudenza. Interessante, invece, fu la creazione di un gruppo di lavoro per la stesura di line guida globali sul gene editing presentate il 14 febbraio 2017. Nel testo di 243 pagine[1042] si coglie la polarizzazione del dibattito fra coloro che incalzavano per trasferire in utero gli embrioni sottoposti a gene editing e coloro che era discordi al trasferimento. Ai primi si impose di seguire le norme utilizzate nei comuni trial clinici tra cui il follow-up a lungo termine. Ma, a noi, nasce spontaneo un interrogativo: per il follow-up occorrono decine di anni, e nel frattempo? Questo ci fa affermare che oggi non esistono le condizioni per effettuare su cellule somatiche, cellule germinali e embrioni sperimentazioni "in sicurezza".

Pure il Comitato Nazionale per la Bioetica emise il 23 febbraio 2017 un parere dal titolo: "L'editing genetico e la tecnica CRISPS-CAS9: considerazioni etiche". Nel Documento sono presenti importanti convergenze ma anche significative distanze. Il Comitato ha ritenuto "non lecita la sperimentazione su gameti destinati al concepimento ed embrioni destinati all'impianto nel grembo materno (pg. 15)

[1038] Nature, 566, 440-442 (2019).

[1039] Cfr.: E. LANPHIER ET AL., *Dont edit the human germ line*, Nature, vol. 519, 7544 (2015) http://www.nature.com/news/don-t-edit-the-human-germ-line-1.7111.

[1040] Cfr.: D. BALTIMORE ET. AL., *A prudent path forward for genomic engineering and germline gene modification. A framework for open discourse on the use of CRISPR-Cas9 technology to manipulate the human genome is urgently needed*, in Science, vol. 348, 36-38 (2015), http://www.uam.es/personal_pdi/ciencias/jmsierra/documents/Baltimore2015Sci.pdf.

[1041] Cfr.: http://www.nationalacademies.org/gene-editing/gene_167925

[1042] COMMITTEE ON HUMAN GENE EDITING: SCIENTIFIC, MEDICAL, AND ETHICAL CONSIDERATIONS, A REPORT OF NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES AND NATIONAL ACADEMY OF MEDICINE: *Human genome editing: Science, Ethics and Governance*, The National Academies Press, Washington D.C. 2017, http://www.nap.edu/24623.

finchè non siano raggiunte le indispensabili condizioni di sicurezza e di efficacia tecnica" (pg. 11). Fu favorevole alla sperimentazione in vitro e su animali (cfr. pg. 12) ma si divise sull'opportunità di portare avanti la ricerca in vitro su embrioni "avanzati" da cicli di fecondazione assistita (cfr. pp. 13-22).

6.4.RISVOLTI ANTROPOLOGICI E ETICI

Da quanto affermato, possiamo asserire che questa metodologia pone incognite antropologiche, normative e etiche che non possono essere eluse poiché ormai il genoma umano può essere manipolato in molteplici modi, e ciò riguarda l'identità soggettiva dell'essere umano ma pure il futuro dell'umanità.

Ci poniamo alcune domande che attendono una risposta.

Questa tecnica rispetta i criteri di salvaguardia della vita e della salute?

Quale deve essere il confine tra interventi terapeutici e interventi di "potenziamento"?

Come favorire lo sviluppo di queste tecnologie e contemporaneamente porsi al riparo da abusi incontrollabili negli esiti finali?

Ci si limiterà a sostituire geni difettosi oppure si tenterà di migliorare il patrimonio genetico con la scelta di caratteri somatici?

Chi dovrà dettare le regole?

Dunque, l'uso del CRISP-Cas9 non è accettabile eticamente sulle cellule germinali prima della nascita e sugli embrioni, cioè il passaggio dall'animale all'uomo, anche perché questa tecnica di manipolazione oltre che distruggere gli embrioni potrebbe causare errori in altri segmenti del DNA, mentre non ci sono dubbi sulla validità nella cura di patologie genetiche compresi tumori e Aids.

Concludendo

CAP. 23 – LA CURA DELLA SALUTE TRA PROBLEMI ETICI ED ECONOMICI

1.Economia, salute ed etica

Più volte abbiamo sostenuto il primato che all'etica va attribuito nei vari ambiti sociali. Di conseguenza, in una “società giusta”, l’etica deve istradare anche l’economia e non l’opposto, poichè questa non possiede intrinsecamente fondamenti che motivino e finalizzino gli interventi, ma unicamente criteri tecnico-organizzativi.

Perciò, per recepire le esigenze e le attese dell'uomo, in altre parole per “servire la persona” e non viceversa, corre l'obbligo di riferirsi costantemente alle scienze umane e all'etica. E’ un concetto fondamentale per la società, ben affermato dal cardinale D. Tettamanzi: "L'economia non è fine a se stessa e non ha in se stessa i criteri fondamentali e decisivi del suo realizzarsi umano: essa è imparentata con un legame indissolubile con I'uomo, con la dignità personale dell'uomo. Come deriva dall'uomo, così è ordinata all'uomo. In questo senso le cosiddette questioni economiche non sono soltanto sic et simpliciter economiche; ma sono sempre anche questioni antropologiche ed etiche. Dove la dimensione etica, non è più semplicemente sovrapposta né indebitamente imposta dall'esterno all'economia, ma è intrinseca a un'economia che voglia essere umana ed umanizzante"[1043].

Purtroppo dobbiamo evidenziare anche che la “crisi economica”, che da anni ci dilapida, è la conseguenza della latitanza dell’etica su questo versante. E papa Francesco è ancora più esplicito: "Non possiamo più aspettare a risolvere le cause strutturali della povertà, per guarire le nostre società da una malattia che può solo portare verso nuove crisi. I mercati e la speculazione finanziaria non possono godere di un’autonomia assoluta. Senza una soluzione ai problemi dei poveri non risolveremo i problemi del mondo. Servono programmi, meccanismi e processi orientati a una migliore distribuzione delle risorse, alla creazione di lavoro, alla promozione integrale di chi è escluso"[1044].

Queste certezze che oltrepassano le semplici opinioni, esigono in questo testo specifico, I' analisi del rapporto “economia-salute-etica” in relazione all'uomo, mentre si sviluppa a livello internazionale la convinzione che la salute sia un “prodotto” riservato “in primis” ai soggetti socialmente utili[1045]. Una tendenza

---

[1043] *Nuova bioetica cristiana*, op. cit., pg. 462.

[1044] A. TORNIELLI – G. GALEAZZI, *Papa Francesco, questa economia uccide*, Piemme, Casale Monferrato (Al) 2015, pg. 82.

[1045] Sono preoccupanti le considerazioni sulle cure ai pazienti anziani riportate in 'The Gerontologist' n. 1 del 1997 nell'articolo di N.R ZWAIBEL, K.C. CASSEL, T . KARRISON: *'Public attitude about tbe use of chronological age as a criterion for allocatingh health care resources*”.

"1. L'anziano ha l'obbligo verso il giovane di rinunciare ad un'assistenza troppo onerosa alla fine della vita.

2. La società in genere dovrebbe impiegare minori risorse per gli anziani, per poterne invece impiegarne di più per il benessere dei bambini.

3.Gli anziani possono trovare un significato per la loro età accettando la morte, com'era in epoche precedenti.

preoccupante già denunciata da san Giovanni Paolo II: "Mentre giustamente si valorizza la salute moltiplicando iniziative per promuoverla, giungendo talora ad una sorte di culto del corpo e alla ricerca edonistica dell'efficienza fisica, contemporaneamente si riduce a considerare la vita una semplice merce di consumo, determinando nuove emarginazioni per disabili, anziani, malati terminali"[1046].

Inoltre, la Costituzione Italiana, a fianco dei diritti civili e politici, riconosce anche quelli relativi alla tutela della salute e all'assistenza (cfr. articoli 32 e 38) consapevole che "la salute non ha prezzo", anche se i costi s'ingigantiscono e le risorse si riducono drasticamente.

Alcuni interrogativi bioetici che prima o poi saremo costretti ad affrontare.

In generale: come farci garanti della richiesta di salute del cittadino con prestazioni qualificate e tecnologicamente avanzate, onorando contemporaneamente i "bilanci dello Stato"?

In particolare:

-avendo strutture insufficienti alle richieste di ricovero in unità coronariche, in terapie intensive, in centri d'emodialisi o in incubatrici…, quali criteri adottare per selezionare chi dovrà usufruirne?

-di fronte a farmaci anticancro costosissimi che non garantiscono la guarigione ma prolungano la vita di qualche anno, ha senso dissanguare le finanze pubbliche?

-quanto ci costano due anni vi ta in più di un malato tumorale?

-è tollerabile stabilire dei plafond economici all'assistenza socio-sanitaria degli anziani?

-è accettabile ammissibile curare una persona solo in base al suo stile di vita?

Una colonna portante della professione medica è il "principio di beneficialità" che obbliga il medico a prescrivere al suo paziente la terapia più opportuna e più efficace; come conciliare questo con i costi?

Gli interrogativi sopra-elencate racchiudono evidenti ripercussioni di eticità. Perciò siamo certi che i principi etici in generale e alcuni in particolare, quali l'equità, l'eguaglianza, la giustizia e la responsabilità non possono essere trascurati nelle discussioni riguardanti la sanità e la salute, persuasi che una "buona medicina" e una "buona economia" necessitano sempre di una "buona etica", e solo partendo da questa possiamo definire la tipologia di società vogliamo costruire.

Dunque, medicina ed economia, non sono scienze autonome ma devono accordarsi con l'amtropologia e con l'etica se vogliamo che le società siano concretamente a "servizio dell'uomo".

4.La non somministrazione di cure all' anziano è giustificabile poiché la morte non è prematura, ma l'anziano ha avuto la possibilità di vivere un naturale ciclo di vita.

5. Se e cure sanitarie devono essere razionate, è più giusto razionarle sulla base dell'età, poiché I 'età è un criterio equo".

[1046] GIOVANNI PAOLO II, *Messaggio per la Giornata Mondiale del Malato*, 1999.

2. Le trasformazioni della sanità in Italia

Il “diritto alla salute” con quelli di libertà di opinione e di movimento, di accesso all'istruzione e di uguaglianza di fronte alla legge…, sono proclamati nelle Costituzioni moderne e reclamate dai cittadini, ma non sempre risultano adempiuti soprattutto nel settore sanitario poichè, anche laddove l'impegno socetario è sommo le aspettative sono molteplici e in costante incremento. .

In Italia, sono stati realizzati negli ultimi decenni con il potenziamento del welfare, supportato del cosiddetto boom economico, pregiovoli sforzi per offrire a tutti un’adeguata qualità di vita.

Ciò ha riguardato anche la sanità, principalmente con la legge 833 del 1978: “Istituzione del servizio sanitario nazionale” (cfr. GU.n.360 del 28-12-1978) che garantiva al cittadino i diritti all’assistenza e alla cura, unificando in un'unica istituzione l'apparato della salute, offrendo l’opportunità di accostarsi gratuitamente alle cure, senza particolari attenzioni ai costi.

Il sistema fu impostato da parte di governanti di tutti i colori che avevano come unico obiettivo ottenere un consenso sociale pro-tempore, il tacito accordo del “tutto gratuito a tutti” con l'impegno dello Stato di farsi carico dell'assistenza “dalla culla alla tomba”. Questa metodologia che privilegiò “la cura” rispetto “alla prevenzione” provocò una preoccupante deresponsabilizzazione nei cittadini, negli operatori e negli amministratori, oltre che corruzione, ingigantimento disumano della burocrazia e l' incontrollabile incremento della spesa sanitaria. Si pensi ai ricoveri impropri, spesso superflui e di lunga durata, alle analisi di laboratorio e strumentali scarsamente motivate, allo spreco di farmaci, alla cagionevole amministrazione e ai furti.

Mutate alcune coordinate economiche, abbiamo assistito a un considerevole rallentamento nella crescita del prodotto interno e a una consistente diminuzione del reddito pro-capite, mentre la spesa sanitaria lievitava per molteplici motivi: i costi in continuo aumento delle nuove e sofisticate tecnologie diagnostiche e terapeutiche, gli interventi superflui e l’ostinazione terapeutica, l’incapacità di discernere tra “cure essenziali” e “cure secondarie”, interventi primari e opzionali, accordati unicamente perchè richiesti dal paziente e enfatizzate dai massmedia o dal web, le campagne di prevenzione, la comparsa di nuove patologie, il prolungamento dell'età media della popolazione, spesso afflitta da malattie croniche ed invalidanti. Un accenno merita anche il diffondersi della propensione a dilatare il campo di intervento terapeutico anche a situazioni puramente sgradevoli, privilegiando gli espedienti farmacologici ai più gravosi interventi educativi. E poi, la chirurgia estetica, la procreazione medicalmente assistita, gli screening prenatali e l’interruzione della gravidanza. Tutto ciò ha reso i bilanci economici incontrollabili. Inoltre, la divinizzazione della salute, la sopravalutazione del ruolo degli operatori e delle cure, Ie aspettative miracolistiche degli interventi in ogni fase dell'esistenza negando il limite, hanno generato altre dispendiose, pericolose e irragionevoli speranze. Da ultimo la “medicina difensiva” che si è concretizzata prevalentemente nella non accuratezza nella prescrizione degli esami diagnostici e strumentali.

Ed ora, siamo di fronte ad una sanità che molti definiscono un “malato

complesso". Ricordava D'Agostino: "Nessuno Stato al mondo, nemmeno il più ricco, è in grado di dare una risposta compiuta ai bisogni sanitari della propria popolazione. Molti ritengono ingiusta questa situazione. Ma non è così: se per paradosso il bilancio dello Stato venisse tutto o in massima parte utilizzato per far fronte alle spese sanitarie, si paralizzerebbero le altre attività (di tutela dell'ordine pubblico, di promozione dell'economia, di formazione delle nuove generazioni…) cui lo Stato deve far fronte e questo da una parte creerebbe più ingiustizia sociale e dall'altra una situazione di recessione e di crisi economica, di cui comincerebbe a soffrire lo stesso sistema sanitario"[1047].

Dagli anni novanta del XX secolo si modificò totalmente la sanità con le leggi 421 del 1992: "Delega al Governo per la razionalizzazione e la revisione delle discipline in materia di sanita', di pubblico impiego, di previdenza e di finanza territoriale" (GU n.257 del 31-10-1992), 502 del 1992: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421 (GU n.305 del 30-12-1992), 517 del 1993: "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992" (GU n.293 del 15-12-1993) e con altri aggiornamenti normativi. Queste leggi hanno rivoluzionato il panorama sanitario: riducendo le prestazioni, trasferendo l'assistenza nelle fasi di convalescenza e di riabilitazione "sul territorio" mentre l'ospedale si sarebbero occupato unicamente delle patologie nello stadio acuto, rapportando la cura della salute alle compatibilità economiche.

Si privilegiò "la prevenzione" rispetto alla cura e s'intraprese l'austera via della razionalizzazione, riconoscendo che il welfare state non era più idoneo ad assicurare "tutto a tutti", ma unicamente uno standard minimo di prestazioni essenziali, i Lea (Livelli essenziali di assistenza). Da notare che la riforma del Titolo V della Costituzione contemplò per le Regioni la possibilità di utilizzare risorse proprie per garantire servizi e prestazioni aggiuntive, mai inferiori, a quelle incluse nei Lea.

Dunque, il "diritto alla salute" che appariva un traguardo raggiunto definitivamente fu rimesso in discussione non teoricamente ma praticamente con la logica delle tre "T" (tagli, ticket, tetti di spesa).

La sanità fu inoltre aziendalizzata, spalancata alle regole di mercato, di competizione e di privatizzazione, fu adottato un sistema di verifica e controllo della qualità delle attività svolte e delle prestazioni erogate (cfr. legge 502/1992, articolo 13), fu assunto come critrio fu quello imprenditoriale concretizzato nelle aziende ospedaliere dai DRG. Dall'inglese "Diagnosis Related Group", classificano 463 patologie e stabiliscono il rimborso per l'Ente indipendentemente dai giorni di degenza e dalle terapie effettuate. Questo significava che se il paziente rimaneva più giorni in ospedale ed era soggetto a cure dispendiose, l'Ente ci rimetteva economicamente. Di conseguenza, i tempi di degenza, si abbreviarono anche troppo, rischiando di dimettere con anticipo pazienti, soprattutto anziani, portatori di molteplici problemi fisici, psicologici e sociali. Prima della riforma l'indennizzo della cura era effettuata "a piè di lista" per gli ospedali pubblici e con una "quota diaria capitaria" per gli enti convenzionati.

[1047] *Bioetica. Nozioni fondamentali,* op. cit., pg. 219.

L'innovazione fu dunque radicale, poichè nel passato i ricoveri a volte erano impropri e di durata maggiore rispetto alla cura della patologioa, mentre dal 1992 si è incentivati a dimettere rapidamente per "guadagnare" altri DRG. Ma i Diagnosis Related Grouptic sono moduli scarsamente flessibili, insufficienti per catalogare la vastità delle patologie, non curanti dei quadri diagnostici e prognostici differenziati come, ad esempio, quello degli anziani.
Questa riforma tramutò "il malato" da paziente in utente; "gli strumenti di cura" in materiale di consumo; "gli operatori sanitari" in burocrati frequentemente demotivati; "i medici" in amministratori condizionati dalla struttura, con il costante dilemma di dover optare tra i costi e la cura più opportuna, faticando a prescrivere al paziente quanto scienza e coscienza suggeriscono. Osservava D. Pellegrino: "La battaglia più dura che molti medici oggi si trovano a combattere (...) si risolve, principalmente, nel tentativo di riduzione dei costi della sanità"[1048]. E sempre Pellegrino ammonisce: "Gli abusi generano le regole, le regole limitano l'autorità discrezionale del medico e dei pazienti e burocratizzano l'esperienza della malattia"[1049]. E anche la crisi finanziaria del cosidetti mutui subprime che tra il 2007 e il 2008 sconvolse prima gli Stati Uniti e, da lì, il resto del mondo ha aggravato ulteriormente la situazione.

Infine, a deteriorare questo complesso scenario, si è aggiunta l'istituzione dei ticket, frequentemente onerosi, per esami diagnostici, visite specialistiche e farmaci incrementando il già inaccettabile carico fiscale del cittadino, oltreil continuo taglio di prestazioni. L'ultimo fu il cosidetto "Decreto Lorenzin" sull'appropriatezza delle prescrizioni mediche approvato il 9 dicembre 2015 ed entrato in vigore il 21 gennaio 2016 che comportava un taglio di 7 miliardi in tre anni. Queste disposizioni che riduranno in minima percentuale il deficit sanitario, sono altamente illogiche, particolarmente nei confronti delle famiglie numerose, dei malati cronici, degli anziani e delle persone fragili… Renderanno "cattivi frutti" con un incremento nel tempo dei costi sanitari dovuti al deterioramento complessivo della salute generale della popolazione. Gli ammalati cronici ridurranno gli esami diagnostici o non assumeranno delle terapie salva-vita e gli "apparenti sani" non si cauteranno adeguatamente. Inoltre, essendo i ticket deliberati dalle amministrazioni regionali, producono disuguaglianze, costituzionalmente inammissibili, tra i cittadini italiani.
Non possiamo tacere alcuni dati allarmanti.
Il rapporto 2019 della Fondazione Banco Farmaceutico onlus e BFRescarch[1050] evidenziò un quadro preoccupante.
539mila poveri non si sono potuti permettere i farmaci.
Le richieste di farmaco al Banco Farmaceutico prevalentemente per il sistema nervoso, l'apparato muscolo-scheletrico, il tratto alimentare e mtabolico e l'apparato respiratorio è stata di 993mila confezioni con un aumento del 22% risptto al quinquennio 2012-2016.
La quota di spesa per assistenza farmaceutica non sostenuta dal SSN, quindi a totale carico delle famiglie è passata dal 37,3% del 2016 al 40,6% dl 2017.

[1048] *Medicina per vocazione,* op. cit., pg. 32.
[1049] D. PELLEGRINO, *Helping and healing. Religious commitment in healthcare,* 1997.
[1050] Cfr.: https://www.bancofarmaceutico.org/cm-files/2018/11/13/rapporto-poverta-2018.pdf

13milioni di persone hanno limitato le spese per visite e accertamenti.
I morti nel 2017 sono stati 649mila, 34 mila in più rispetto all'anno precedente. Un picco di mortalità dipeso dalle fragilità sempre più emergenti.
Altro quadro allarmante è presente nel IX rapporto Rbm-Censis sulla sanità pubblica, privata ed intermenia[1051]. Mostrò che 20milioni di italiani furono costretti nel 2018 a rivolgersi al privato per accedere alle cure a causa di liste d'attesa molto lunghe o chiuse. Ciò significa che la spesa sanitaria privata media per famiglia fu di circa 1.430 euri.

Da ultimo, notiamo un' inadeguata "formazione umanistica" di taluni Direttori generali e ruoli apicali che giudicano questi argomenti estranei alla loro attività, dimostrando così un'insufficiente conoscenza delle necessità globali dell'ospedale. Sergio Marchionne, già Amministratore Delegato di FIAT S.p.A. e Presidente e Amministratore Delegato di Chrysler Group LLC, in possesso di tre lauree, tra cui una in filosofia, partecipando ad un programma televisivo "Che tempo fa" (24 ottobre 2010), dichiarò che la laurea in filosofia offre significato al suo agire quotidiano. Se questa "esigenza" era presente in una personalità che operava nel settore industriale, superiore dovrebbe essere in chi quotidianamente è in relazione con il dolore umano e la morte.
Dirigere un'istituzione sanitaria non significa unicamente gestire rigorosamente dei capitali osservando rigide regole economiche ma governare e organizzare un "microcosmo" specifico e originario, comunicando con le risorse umane, riconoscendo essenziale non unicamente chi svolge complesse prestazioni ma anche chi assiste con competenza, umanità e rispetto, quotidianamente, il malato. La "competenza" e la "motivazione" degli operatori sanitari costituiscono "il punto di forza" del servizio poiché si offrirà un prodotto migliore a un costo minore. Ciò innescherebbe comportamenti virtuosi congiungendo "scienza" e "carità", "cura" e "premura".

3. Responsabilità specifiche e doveri personali

Una delle concezioni più in auge è l'"efficienza"[1052], vocabolo che non possiede connotati negativi; anzi, associato a quello d'efficacia[1053], postula effetti dell'operare consoni ai mezzi, rispondenti ai fini, adeguati alle risorse.
Il problema, quindi, si trasferisce sugli obiettivi da perseguire, sui mezzi da utilizzare, sulle risorse da effondere. La criticità è quella di identificare una concorde percezione degli obiettivi che, in questo settore, sono complessi non solo da raggiungere ma anche da determinare. Fini e mezzi, quando si intersecano interagendo fra loro, spalancano strade a prospettive e a scopi inattesi e immaginabili.

A un sistema non si può richiedere di essere etico o morale; potrà unicamente essere "adeguato" e "funzionale". Per questo, il "giudizio di valore", non potrà riferirsi unicamente alla destrezza nel calmierare le spese, all'idoneità nel curare la patologia, alla competenza nel restituire l'efficienza fisica ma dovrà

[1051] Cfr.:https://www.welfareday.it/pdf/VIII_Rapporto_RBM-Censis_SANITA_def.pdf
[1052] Ottimizzazione del rapporto risorse-prodotto.
[1053] Capacità di fornire il risultato atteso, quindi la soddisfazione del cliente.

contemplare l'effettiva idoneità di “guarire la persona”, reintegrandone anche gli aspetti psicologici, sociali e spirituali.

La risorse insufficienti, la loro assegnazione e il loro impiego restano i problemi più spinosi, quelli che suscitano i principali dissidi e competizioni ignobili.

La crescente criticità a giustificare investimenti non indennizzati da vantaggi, sottovalutando la i bisogni dei componenti più vulnerabili della società, deve preoccupare poichè rischiamo di legittimare azioni aberranti, già consumate nella storia da regimi che reputavano delle vite “non degne di essere vissute”.

Muoversi nella prospettiva della razionalizzazione non risolverà le criticità, unicamente le procrastinerà. La “soluzione” perverrà solo dalla valorizzazione delle risorse “propriamente umane”, quali l'intelligenza e la cultura, dispiegate in base a una filosofia etica aperta alla dimensione trascendente. In questa situazione riteniamo che il “trait-d'union” tra “salute” ed “economia” sia l'etica che acconsente di analizzare le problematiche inserite nelle categorie dell'equità, dell’ uguaglianza, della giustizia e della responsabilità.

“L'equità” che è differente dall' “eguaglianza”, essendo la prima una peculiare politica che lo Stato adotta (ad esempio, il riconoscere a tutti i livelli essenziali di assistenza) e la seconda l'effetto di tale scelta (ad esempio, la possibilità concreta di accesso), devono procedere supportate dalla “giustizia distributiva” che, come ricordato, consente di superare l'idea insostenibile che le istituzioni pubbliche debbano offrire a tutti la stessa quantità di servizi, mentre, invece, ha l'obbligo di agire con particolare attenzione nei confronti delle classi più fragili.

“Dare a ciascuno secondo le sue necessità” significa discernere: tra “medicina dei diritti” e “medicina dei desideri”[1054]; tra cure “essenziali” e “secondarie” che promettono un beneficio accessorio, improbabile e utopistico; tra interventi “irrinunciabili” e “opzionali”. Quindi, “stop” a prescrizioni mediche non appropriate, non indispensabili e non vantaggiosi agli obiettivi diagnostici Ad esempio, privilegiando nuovamente la “semeiotica clinica”, cioè il riconoscere mediante una visita accurata i segni della malattia ed ascoltando il malato, sostitui negli ultimi decenni dalla “semeiotica radiologica”, cioè dalla possibilità di visualizzare con strumenti radiologici le varie parti del corpo, la necessità di esami potrebbe essere quasi dimezzata, poiché secondo vari studi almeno il 40% degli esami radiologici richiesti sarebbero inutili.

Per quanto concerne i parametri per un corretto “razionamento delle cure sanitarie” ci riferiamo a D. Pellegrino, illustre bioeticista statunitense, che prospettò tre condizioni.

Prima: il procedimento pubblico. Tutti i cittadini devono essere componenti attivi e informati nello stabilire i parametri, le persone, le strutture coinvolte...

Seconda: equa distribuzione delle risorse. L’obiettivo di riferimento deve essere la salute di ogni uomo e non l’età o l’utilità sociale.

Terza: il medico non deve operare questa scelta-valutazione. Il medico non può essere coinvolto in politiche di razionamento o di controllo per gli obblighi morali che lo vincolano alla propria coscienza e al paziente. Infatti, la relazione medico-

[1054] La medicina che, oltre la cura, prospetta soluzioni idilliache per i problemi legati all’identità e alla sfera psicologica.

paziente, deve oltrepassare quella “venditore-acquirente”[1055].

Va recuperata, inoltre, la responsabilità dei cittadini nei confronti della propria salute sia sul versante “delle cause” che “delle conseguenze” adottando stili di vita che debellino patologie dovute a decisioni irresponsabili. Oltre a ciò, il cittadino, deve compiere il passaggio da “consumatore passivo” dei servizi sanitari ad “attore” corresponsabile e partecipe di un bene comunitario che è quello della salute, intuendo che "più cure" non equivale a “migliori cure”.

4. I farmaci

Una maggiore riflessione merita l’impiego dei farmaci che costituiscono una componente rilevante del totale delle spese sanitarie (circa il 20%) e non sempre è giustificata. Pensiamo, ad esempio, ai cassetti straripanti di medicinali presenti in varie abitazioni e, a volte, scaduti.

In Italia, più di un farmaco al giorno, è consumato in media da ogni abitante e 18,7 sono le confezioni consumate in un anno da ogni cittadino. Il Servizio Sanitario Nazionale, nel 2017, ha rimborsato circa il 60% della spesa farmaceutica per un totale di 26 miliardi di euro. I farmaci più utilizzati riguardono il sistema cardiovascolare, grastrointestinale, nervoso e i medicinali antineoplastici[1056].

G. Domighetti afferma che quello delle medicine è un mercato particolare che non permette al consumatore di scegliere essendo “l' offerta” e non la domanda a disciplinare i consumi[1057]/[1058]. Denuncia il farmacologo S. Garattini: “Il Servizio sanitario deve accogliere solo ciò che serve veramente per i pazienti. Se prevalesse la richiesta del valore terapeutico aggiunto, verrebbero approvati meno farmaci. Ma non sarebbe del tutto negativo neanche per l’industria: i suoi prodotti, prima di essere superati, avrebbero una vita più lunga. E i sistemi sanitari nazionali offrono un mercato garantito: quasi nessuno potrebbe comperare molti farmaci ai prezzi attuali”[1059]. C. Lanzetti sostiene che "il difetto principale di tale mercato è l'assenza di trasparenza tra offerta e domanda che non permette al cittadino di gestire in modo più autonomo e responsabile la propria salute"[1060] e così accade che molti non completano il ciclo di farmaci prescritti, oppure possiamo trovare anche la situazione di medici che fanno più prescrizioni del dovuto e quando si devono prendere tanti farmaci cala la voglia di seguire le terapie. Troviamo poi la nostra disponibilità a pagare, per stare bene, a volte superiore alle disponibilità economiche, oppure i farmaci di terapie innovative garantiscono un incremento progressivo della sopravvivenza

[1055] Cfr.: D. PELLEGRINO, *Is Healthcare Rationing ethically defensible in our Country today,* Conferenza tenuta a Memphis il 21 ottobre 1991.

[1056] Fonte: Rapporto OSMED sul consumo dei farmaci in Italia nel 2017.

[1057] Cfr. G. DOMIGHETTI, *Educare i consumatori a rimanere sani,* in Arco di Giano, 10, 1996, pp. 56-69.

[1058] L’industria farmaceutica in Italia è composta da 174 fabbriche, con 63mila addetti (il 90% laureati o diplomati) oltre a 65mila nell’indotto. Produce per 29 miliardi di valore, il 72% destinato all’export. Attualmente sono allo studio su scala mondiale oltre 7mila nuovi farmaci.

[1059] E. NEGROTTI, Il farmacologo. “Meno farmaci, basta consumismo”, 6 dicembre 2018, https://www.avvenire.it/famiglia-e-vita/pagine/meno-farmaci-basta-consumismo

[1060] C. LANZETTI, *La qualità del servizio in ospedale. Una ricerca sull’esperienza dei malati,* F. Angeli, Milano 1999, pg. 41.

determinando, però, un impennata della spesa farmaceutica.

Qual' è l'equo prezzo di un farmaco? Quali criteri sono utilizzati per determinarlo? Come giudicare che un medicinale, prevalentemente nelle "nuove terapie", è venduta dall'azienda produttrice a prezzi assai differenti nelle varie parti del mondo?

I costi dei farmaci innovativi è in continuo aumento. Prendiamo come esempio la commercializzazione nei primi mesi del 2015 del "Sofosbuvir", prodotto dalla Gilead Science, un innovativo antivirale che cura l'epatite C con un successo superiore al 90%. Il costo in Italia di un ciclo medio di terapia della durata di 12-24 settimane è tra i 37mila e i 45mila euro. Negli Sati Uniti 84mila dollari, in Egitto circa 900 dollari, in India un euro a compressa. La ditta produttrice ha reputato che un importo poco elevato porterà ai malati di quei Paesi enormi benefici. Certamente la decisione è meritoria ma, soprattutto oggi, pone una riflessione. E' inaccettabile sottostimare un prezzo nei Paesi poveri e sovrastimarlo in altre nazioni in nome del profitto dell'industria farmaceutica. E, poi, avremo le risorse economiche per finanziarlo a tutti?

In Italia sono presenti 50mila casi di malattia avanzata e/o non rispondenti a precedenti terapie, ma risulta che solo 10mila sono stati trattati, gli altri "no", prevalentemente per l'indisponibilità economica delle regioni.

I vantaggi per la salute che deriveranno da nuovi medicinali dovranno essere "accessibili a tutti", al di là della nazionalità e dalle appartenenze etniche, mediante un trasparente processo di "contrattazione del prezzo" tra fabbricante e acquirente, intersecando tre componenti: il profitto della ditta produttrice, l'innovazione farmaceutica e la sostenibilità sanitaria, altrimenti potrebbe accadere ciò che è successo nel Regno Unito dove nel luglio 2015, il sistema sanitario (Nhi), eliminò dall'elenco dei farmaci dispensati gratuitamente "l'Olaparib", un chemioterapico per la cura del cancro alle ovaie. Costo circa 5.700 euri al mese, troppo elevato rispetto ai benefici che i malati ne traevano.

Come ulteriore elemento di riflessione riportiamo due affermazioni di M. Scaccabarozzi, presidente di Farmindustria.

"Il farmaco per l'epatite C costerà pure decine di migliaia di euro, ma quanto costa il malato non curato? Molto di più, fino a centinaia di migliaia di euro..., e in più il malato potrebbe guarire con una compressa, invece che fare la chemioterapia, i trattamenti per la cirrosi e magari anche uno o due trapianti di fegato. Dove sta allora il vero risparmio?"[1061]

"Facciamo un esempio: fino a pochi anni fa quando un paziente aveva un'ulcera gastro-duodenale stava in ospedale da 3 giorni a una settimana per un intervento chirurgico a 1.000 euro al giorno. Oggi non c'è più nessuno che va in ospedale per questo motivo perché con pochi centesimi al giorno ci sono farmaci che la curano. È lecito chiedersi dove sono stati reinvestiti questi risparmi: forse in apparati, o strutture, a scapito della distribuzione di cure avanzate?" [1062]

In Italia si sta creando una nuova allarmante situzione: l'irreperibilità periodica di farmaci salva-vita; nel luglio 2019 ne scarseggiavano duecento. Motivo? Il nostro paese è leader della produzione con 32miliardi di euro di fatturato nel 2018 e

[1061] Dall'intervista rilasciata al SIR il 28 giugno 2015 (a cura di Luigi Crimella).
[1062] Intervista al SIR, op. cit.

26miliardi nell'esportazione perché in Italia i prezzi sono più bassi del 20-25% rispetto agli altri Paesi europei, quindi i farmaci sono acquistati dalle nazioni dove costano di più. E' perciò vantaggioso per le industrie l'esportare. Però, per i farmaci, è bene ricordarlo, non può equivalere la logica del libero scambio, essendo i medicinali una tutela della salute pubblica e dei più fragili. L'auspicio, perché il malato non sia privato di un farmaco essenziale, è che l'Aifa proceda con un minitoraggio più efficace, bloccando temporaneamente le esportazioni in caso di scarsità di un farmaco nel mercato interno.

Come sono stabiliti i prezzi dei farmaci? Per il professor C. Jommi del Dipartimento di Scienza del Farmaco dell'Università degli Studi del Piemonte orientale e responsabile scientifico dell'Osservatorio Farmaci (Cergas) dell'Università Bocconi di Milano, il prezzo dei farmaci è il frutto di una trattativa tra l'Aifa e le industrie farmaceutiche, seguendo determinati criteri: "Rilevanza della malattia, presenza sul mercato di alternative terapeutiche, beneficio incrementale (miglioramento delle condizioni e delle aspettive di vita) e impatto sulla spesa (più persone dovranno essere trattate minore dovrà essere il costo)"[1063].

Se questo discorso è accettabile, non possiamo condividere l'immancabile aumento dei prezzi dei farmaci di fascia C, quelli chiamati da banco, acquistabili con ricetta ma a carico completo dei cittadini, che avviene a scadenza regolare, disciplinato dal decreto legge 87/2005: "Disposizioni urgenti per il prezzo dei farmaci non rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale" (GU n.124 del 30-05-2005), poiché ci appare una indegna speculazione delle aziende farmaceutiche che negli anni dispari non mancano l'appuntamento. Anche all'inizio del 2019, circa 800 prodotti hanno subito un rincaro del 5,7%. Come pure il fatto che il prezzo al pubblico dei medicinali senza obbligo di ricetta è liberamente fissato da ciascuna farmacia o parafarmacia.

Alcune conclusioni ricordando che la salute è un bene primario e quindi deve essere protetto dallo Stato anche a livello di farmaci evitando gli sprechi, contenendo la burocrazia, frenando il mercato.

Elaborare una strategia lungimirante e una visione comune tra istituzioni e produttori di farmaci affichè l'innovazione rappresenti un valore aggiunto per i pazienti, superando il deficit burocratico per aprirsi a una visione-tecnico-scientifica. Solo così sarà possibile trovare degli accordi tra pubblico e privato e rintracciare una via di mezzo tra la sostenibilità del sistema e gli interessi dell'industria.

Nella 72°Assemblea Mondiale della Salute organizzata a Ginevra nel maggio 2019 con la collaborazione di Medici Senza Frontiere (MSF), si è proposta la "via della trasparenza" dei prezzi di farmaci, vaccini e altre tecnologie sanitarie, rendendo noto da parte delle industrie farmaceutiche i dati sugli studi clinici, i vincoli brevettuali e i costi di ricerca e produzione, consentendo così un negoziato più equo tra le autorità pubbliche e le aziende superando un sistema di monopolio che favorisce prezzi elevati con un forte impatto sociale sul sistema sanitario pubblico.

Farmaci con lo stesso valore terapeutico dovranno avere prezzi uguali mentre

[1063] E. VINAI, *Chi paga il conto dei nuovi farmaci anti-tumore?*, in Avvenire, 11 giugno 2015, pg. 15.

un valore superiore dovrà essere riconsciuto unicamente a farmaci medicinali che che presentano un vantaggio terapeutico a livello di esiti clinici, sopravvivenza, qualità della vita e riduzione della tossicità.

Infine è irrimandabile una strategia di azione tra le istituzioni, gli enti no-profit e la filiera del farmaco con l'obiettivo di valorizzare anche pratiche di solidarietà. La legge 166/2016; "Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi" (GU n.202 del 30-08-2016) è senz'altro un buon inizio.

Una nota conclusiva. Il farmaco più caro al mondo si chiama "Zolgensma", è prodotto da Novartis, è una terapia genica per bambini affetti da atrofia muscolare spinale. Costo 2,1 milioni di dollari.

5. Le strutture sanitarie

Tre sono i nuclei che nel Servizio Sanitario Nazionale concorrono a perseguire la tutela della salute: le istituzioni pubbliche, le istituzioni private profit e le istituzioni private non profit. Nel nostro paese, secondo i dati del Ministero della Salute, ci sono 1.091 istituti di cura, 9.268 centri per l'assistenza specialistica ambulatoriale, 6.526 per l'assistenza territoriale residenziale, 2.787 per l'assistenza territoriale semiresidenziale e 1.027 per l'assistenza riabilitativa. In questo "pianeta" sono impiegate 629.713 unità così ripartite: il 70,9 per cento nel ruolo sanitario, il 17,7 per cento nel ruolo tecnico e l'11,2 per cento nel ruolo amministrativo. Più dettagliatamente: lavorano 243mila medici e 332mila non non medici anche se secondo la Fnopi (Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche) oggi mancano 30 mila infermieri.

Ma prima di esaminare le tipologie di strutture è opportuno ravvivare gli obiettivi che l' ospedale deve conseguire.

Il vocabolo "ospedale", come ricorda l'enciclopedia Treccani deriva dal latino, più precisamente è il sostantivo neutro dell'aggettivo "hospitalis" cioè "ospitale" e indicava l'alloggio per i forestieri. Nella volgata popolare assunse anche il termine di "nosocomio" dal greco νοσοκομεῖον, locuzione che possiamo scindere in due parti: νόσος = malattia e κομεῖν = curare; di conseguenza è il "luogo ospitale" che accoglie e cura. Ebbe origine in occidentale, nella romanità in via di cristianizzazione.

I primi nosocomi furono luoghi d'accoglienza dei poveri. Poi, con il trascorrere del tempo, si sviluppò l'attenzione alla malattia ma non si smarrì la connotazione umana e religiosa. Per esempio, in Francia, l'ospedale fu denominato "l'Hotel du bon Dieu" (l'Albergo del buon Dio), dove vigeva il motto: "Se sei malato vieni e ti guarirò, se non potrò guarirti ti curerò, se non potrò curarti ti consolerò".

In confronto alle attuali potenziali diagnostiche e terapeutiche, in quei tempi a si curava "poco", ma la cura era "globale" e costituiva il fondamento dell'assistenza.

Inseguito, i progressi della medicina, esclusero, il più delle volte, l'entità umana e religiosa, costituendo sistemi che irresponsabilmente opposero la "tecnica" alla "cura". La secolarizzazione proseguì l'azione di di-sumanizzazione modificando le motivazioni degli operatori, trasformando la "vocazione-missione" sanitaria in semplice "professione". L'aziendalizzazione, degli ultimi anni, completò questo

criticabile sviluppo.

Oggi, è impellente intervenire, affinché le potenzialità terapeutiche non si traducano unicamente in ovvi trattamenti tecnici a svantaggio “dell'incontro” con il malato e con le sue sofferenze.

Molti sostengono che l'ospedale “è ammalato”. E’ vero! Perché? “Sul piano culturale, gli ospedali concepiti come aziende, sono strutture come i supermercati o le fabbriche nei quali il lavoro è alienato, spersonalizzato, oggettivizzato e, come tale, disumanizzato. La vocazione del curare e la cultura del produrre non posseggono la medesima natura perché attingono a dimensioni diverse del fare e dell'essere. E’ chiaro, quindi, che il concetto di produttività ha ben poco da spartire con quello di altruismo che mai è entrato nella cultura della fabbrica e nella logica dei rapporti presenti tra l'imprenditore e i suoi operai”[1064].

5.1. LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE

Amministrate dallo Stato, gestiscono il 77% dei “posti letto”, offrendo pregevoli benefici ai cittadini offrendo la risposta alle esigenze di salute della collettività; di conseguenza sono accessibili a tutti, indipendentemente dalla patologia, dall'età e dallo status socio-economico.

Sono però, frequentemente esposte a episodi di malasanità, a opinabili politiche sanitarie, a inefficienti amministrazioni e a sprechi difficilmente controllabili così riassunti da N. Cartabellotta**,** presidente della Fondazione GIMBE: “sovrautilizzo di prestazioni inefficaci e inappropriate, frodi e abusi, acquisti a costi eccessivi di beni e servizi sanitari e non sanitari, conseguenze del sottoutilizzo di servizi e prestazioni efficaci e appropriate, complessità amministrative e inadeguato coordinamento dell’assistenza, in particolare all’interfaccia ospedale-territorio. Infine, il livello di governance tra Stato e Regioni e tra queste e le aziende sanitarie presenta numerose falle” [1065].

5.2. LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE PROFIT

Il privato, intraprendendo un'attività investe dei capitali, si assume il rischio d'impresa, indirizza la produzione favorendo gli interventi che offrono il maggiore profitto aderendo alle leggi e alle imposizioni del mercato.

Questo indirizzo è imprescindibile anche per le “strutture sanitarie private profit”, organizzate in “cordate” economico-politiche, con constanti incrementi delle quote di mercato che consentono di potenziare il loro peso contrattuale.

Le strategie che producono profitto, mentre sono condivisibili nelle aziende di prodotto che generano beni di consumo (dalle macchine agli elettrodomestici…), nel mercato con reti di distribuzione e opportunità d'acquisto (centri commerciali…) e nelle aziende di servizio che assicurano specifiche prestazioni (gestione della telefonia…), pongono notevoli dubbi attuate in sanità. Non perché il profitto non sia etico; anzi, è uno dei fondamenti dell'economia, ma nell’ospedale “la produzione” non può operare come nelle altre aziende dovendo

[1064] A. TRAMARIN, *L’ospedale ammalato. Economia e clinica nella gestione degli ospedali,* Marsilio, Venezia 2003, pg. 46.

[1065] D. MATTANA, *Cosa serve alla sanità italiana*, Quotidiano digitale in Terris, 14 novembre 2018, https://www.interris.it/sociale/cosa-serve-alla-sanit-italiana

cooperare alla “miglioria della salute” che non è un “prodotto” ma uno “stato esistenziale” difficilmente valutabile, essendo ogni persona eterogenea anche nelle modalità di esteriorizzare la malattia. La ricerca esasperata del guadagno danneggia il malato e l'intero sistema, essendo arduo far coincidere il “successo economico” con il “bene della persona”. Nei confronti della sofferenza è obbligatoria, inoltre, “la flessibilità” che contrasta con il criterio gestionale di ogni ente profit.

La maggioranza delle istituzioni sanitarie pubbliche e private “no profit” vivono drammatiche difficoltà economiche che costringono Enti “no profit” a vendere, o meglio svendere, alcune istituzioni. Una crisi di questi ultimi dovuta principalmente alle Regioni che pagano con notevoli ritardi i servizi erogati in regime di convenzione. Di conseguenza, la domanda che scaturisce osservando attentamente quelle “profit” caratterizzate da un notevole controllo di gestione e di qualità, riguarda sia le metodologie per conseguire il “pareggio di bilancio”, sia il guadagno (o utile) anche nell’eticità del suo uso per finalità individualistici pur essendo il prodotto del finanziamento pubblico. Emblematico fu l‘episodio accaduto presso la “Casa di Cura santa Rita” di Milano, alcuni anni fa, dove il primario di chirurgia toracica Pier Paolo Brega Massone, poichè era retribuito “a prestazione” come la prevalenza dei professionisti che lavorano in queste strutture, operò, senza giustificata motivazione decine di pazienti provocando quattro morti e quarantacinque casi accertati di lesioni. E questo, purtroppo, non è un caso isolato.

Le risposta le affidiamo al lettore; noi proponiamo unicamente un ulteriore elemento di riflessione tratto dal sottotitolo di un libro di J. Mahoney dedicato all'etica dell'impresa: “oil and water” (olio e acqua)[1066]. L'autore che identifica l'olio con gli affari e l'acqua con l'etica ammonisce sull'impossibilità di fusione tra i due elementi poiché, come si dice, “gli affari sono affari”. Anche se continuamente mescoliamo acqua ed olio in un catino, l'olio tornerà sempre a galla senza modificarne la sostanza.

5.3. LE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE NO-PROFIT

Il terzo gruppo presente in sanità sono le strutture private “no-profit”, prevalentemente di indirizzo cristiano, che fondono “la qualità” e “la centralità del malato” generando costi di gestione inferiori anche del 40% rispetto all'ente pubblico, infatti non tutto viene rimborsato e non ci sono fondi per le ristrutturazioni. In queste Istituzioni, inoltre, è assente la logica mercenaria, non distribuendo gli eventuali utili ma reinvestendoli nell’attività o in progetti sociali. Una felice espressione del prof. G. Alvi, economista, ritiene la solidarietà per il non profit "un vero atto economico almeno quanto il tornaconto, pilastro dell'economia mercantile”.

In Italia le strutture sanitarie “no-profit” sono 257 con 23.502 posti letto e circa 70mila operatori sanitari, di cui 8mila medici. A questi numeri vanno aggiunte le 1.585 strutture socio assistenziali per anziani per un totale di 78.328 posti letto. Ma, il privato “no-profit” è esiguo, frammentato e compresso da due colossi. Rischia di essere sospinto ai margini del sistema, uscendo non unicamente dal

[1066] Cfr.: J. MAHONEY, *Business and Ethics: Oil and Water*, Gresham College, Londra 1988.

mercato, ma da una prospettiva di servizio e di crescita culturale che da sempre è il fondamento del suo operato che nell'ambito cattolico diviene apostolato.

La conclusione la demandiamo a un riflessione di Fra Pierluigi Marchesi, figura accreditata nella sanità mondiale. Fu, tra l'altro, il "padre" del concetto di "Umanizzazione" della medicina. Possedeva l'autorevolezza, la saggezza e la competenza per suggerirci la tipologia di ospedale a "misura d'uomo".

"Io penso che lo Stato debba vigilare sulla salute, ma non debba lui far salute, allora il mio è un sogno forse utopico, ma la sanità deve essere fatta 'senza scopo di lucro'. Quindi il no-profit dappertutto, con una legge breve, semplice, chiara, in cui tutti sanno che per operare in sanità non si deve fare profitto. Occorre una legge sul no-profit che sia chiara, e che non sia di interpretazione personale o regionale, ma che permetta un' interpretazione univoca e unitaria. Del resto negli Stati Uniti, quanti sono gli ospedali profit? Pochissimi, ma c'è una legge ben chiara. No-profit non vuole dire non rendere redditivo il servizio, ma la parte redditiva la devi reinvestire per migliorare il servizio"[1067].

[1067] *Ospitare l'uomo,* op. cit., pg. 121.

Bibliografia

OPERE GENERALI

M. CASCONE, *Diakonìa della vita,* Edizione dell'Università della Santa Croce, Roma

F. D'AGOSTINO – L. Palazzani, *Bioetica,* La Scuola, Torino

M.P. FAGGIONI, *La vita nelle nostre mani. Manuale di bioetica teologica,* Camilliane, Torino

J. DE FINANCE, *Etica generale,* Cassano Murge, Bari

GIOVANNI PAOLO II, *Evangelium vitae,* Città del Vaticano

S. LEONE- S. PRIVITERA (a cura di), *Dizionario di bioetica,* EDB-ISB, Acireale-Bologna

J.F. MALHERBE, *Per un'etica della medicina,* Paoline, Cinisello Balsamo (Mi)

PONTIFICIO CONSIGLIO DELLA PASTORALE PER GLI OPERATORI SANITARI, *Carta degli operatori sanitari,* Città del Vaticano

E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica,* (Vol 1-2), Vita e Pensiero, Milano

E. SGRECCIA, *Bioetica. Manuale per medici e biologi,* Vita e Pensiero, Milano

E. SGRECCIA – D. SACCHINI *(*a cura di), *Evangelium Vitae e bioetica. Un approccio interdisciplinare,* Vita & Pensiero, Milano

S. SPINSANTI, *Bioetica in sanità,* Nis, Firenze

D. TETTAMANZI, *Nuova bioetica cristiana,* Piemme, Casale Monferrato (Al.)

PARTE PRIMA: I FONDAMENTI

P. CATTORINI – R. MORDACCI – M. REICHLIN, *Introduzione allo studio della bioetica,* Europa Scienze Umane Editrice

G. FORNERO, *Bioetica cattolica e bioetica laica,* Mondadori, Milano

D. GRACIA, *Fondamenti di bioetica, Sviluppo storico e metodo,* San Paolo, Cinisello Balsamo (Mi)

C. IANDOLO, *L'etica al letto del malato,* Armando editore, Roma 1990

P. LAIN ENREALGO, *Antropologia medica,* Alberto Perdisa Editore, Milano

G. MOTTURA, *Il Giuramento di Ippocrate. I doveri del medico nella storia,* Editori Riuniti, Roma

E. PELLEGRINO – D. C. THOMASMA, *A philosophical basic of medical practice,* Oxford University Press, New York

G.M. PIZZUTI (a cura di), *Pluralismo etico e normativa della bioetica,* Quaderni di bioetica, Ermes, Potenza.

V.R. POTTER, *Bioetica, ponte verso il futuro,* Sicania, Messina

S. SPINSANTI, *Etica bio-medica,* Paoline, Cinisello Balsamo (Mi)

S. SPINSANTI (a cura di), *Documenti di deontologia ed etica medica,* Paoline, Cinisello Balsamo (Mi)

C. VIAFORA (a cura di), *Vent'anni di bioetica. Idee, protagonisti, istituzioni,* Gregoriana, Padova

PARTE SECONDA: IL SORGERE DELLA VITA

M. ARAMINI, *La procreazione assistita. Scoprire il senso di un nuovo modo di nascere,* Paoline, Milano

G. CARBONE, *La fecondazione extracorporea: tecniche, valutazioni e disciplina giuridica*, Studio Domenicano, Bologna
C. CASINI, *Uno di noi. La prima iniziativa dei cittadini europei,* Cantagalli, Siena
C. CASINI – M. CASINI – M.L. DI PIETRO, *La legge 19 febbraio 2004, N. 40. "Norme in materia di procreazione medicalmente assistita". Commentario,* G. Giappichelli editore, Torino
P. CATTORINI (a cura di), *Procreazione assistita e tutela del figlio. Prospettive femministe, dibattito bioetico e ipotesi normative,* Europa Scienze Umane Editrice, Milano
L. NEGRI, *Il Matrimonio,* Piemme, Casale Monferrato
PAOLO VI, Enciclica *Humanae vitae,* Città del Vaticano
M. PERA - J. RATZINGER, *Senza radici,* Mondadori, Milano
A. VESCOVI, *La cura che viene da dentro,* Mondadori, Milano

PARTE TERZA: LE FASI DELLA VITA

T. ANATRELLA, *La teoria del "gender" e l'origine dell'omosessualità. Una sfida culturale,* San Paolo, Milano
E. BORGNA, *La solitudine dell'anima,* Feltrinelli, Milano
E. BORGNA, *Malinconia,* Feltrinelli, Milano
G. CARBONE, *Gender. L'anello marcante?* Ed. Studio Domenicano, Bologna
CARITAS ITALIANA, *Un dolore disabitato. Sofferenza mentale e comunità cristiana,* EDB, Bologna
M CHIODI, *L'handicap: la coscienza e le relazioni. Spunti per una riflessione etico-antropologica,* CVS, Roma
GIOVANNI PAOLO II, *Lettera agli anziani,* Città del Vaticano
G. DE ROSA, *L'origine dell'uomo. Evoluzione e creazione,* Civiltà Cattolica, 2 aprile 2005, pp.12 ss.
M. GRMEK, *Storia di una epidemia attuale,* Laterza, Roma-Bari
J. HAMBURGER, *Dictionnaire promenade,* Editions du Seuil, Paris
E. KUBLER ROSS, *AIDS l'ultima sfida,* Cortina, Milano
R. MARCHESINI, *Omosessualità e Magistero della Chiesa. Comprensione e speranza,* Sugarco Edizioni, Milano
E. MOUNIER, *Le personnalisme,* Presses Universitaires de France, Paris
F. PELLEGRINO, *Pratica clinica e ricerca. L'uso appropriato dei farmaci in psichiatria*, Mediserve
L. SANDRIN, F. CARETTA, M. PETRINI, *Anziani oggi. Una sfida per la medicina, la società e la Chiesa*, Camilliane, Torino
D. TETTAMANZI, *L'uomo immagine di Dio. Linee fondamentali di morale cristiana,* Piemme, Casale Monferrato (Al)
E. ZOLI, *E liberaci dal male oscuro,* Longanesi, Milano

PARTE QUARTA: LA VITA CHE VOLGE AL TRAMONTO

S. ACQUAVIVA, *Eros, morte e esperienza religiosa,* LaTerza, Bari
J. BAUDRILLARD, *Lo scambio simbolico e la morte,* Feltrinelli, Milano
G. BIFFI, *L'Aldilà,* LDC, Torino
R. CANTALAMESSA, *Sorella morte,* Ancora, Milano

F. CAVALLARI, *La vita in una stanza. Gli 'stati vegetativi' non esistono,* Itaca, Castel Bolognese (Ra)
E. KUBLER ROSS, *La morte e il morire,* Cittadella, Assisi
H. NOUWEN, *Il dono del compimento,* Queriniana, Brescia
G. PIANA*, Testamento biologico. Nodi critici e prospettive,* Cittadella, Assisi
G. ROCCHI*, Il caso Englaro. Le domande che bruciano*, Edizioni Studio Domenicano, Bologna
P.WERSPIEREN, *Eutanasia? Dall'accanimento terapeutico all'accompagnamento dei moribondi,* Paoline, Milano

PARTE QUINTA: LA SPRIMENTAZIONE CLINICA

C BERNARD, *Introduction à l'étude de la médecine expérimentale,* Garnier-Flammarion, Paris 1966; tr. It. *Introduzione allo studio della medicina sperimentale,* Feltrinelli, Milano
G. M. COMOLLI, La sperimentazione clinica per il benessere dell'uomo, Gruppo editoriale Viator – Milano
M.L. ROMANO, *Etica e sperimentazioni cliniche,* Armando editore, Roma
A. G. SPAGNOLO – E. SGRECCIA (a cura di), *Lineamenti di etica della sperimentazione clinica,* Vita e Pensiero, Milano

PARTE SESTA: ALCUNE "PROBLEMATICHE" BIOETICHE

COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA*, Donazione d'organo a fini di trapianto,* Roma
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *I criteri di accertamento della morte,* Roma
COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA, *La donazione da vivo del rene a persone sconosciute,* Roma
H. JONAS, *Cloniamo un uomo: dall'eugenetica all'ingegneria genetica,* Einaudi, Torino

PARTE SETTTIMA: TECNOLOGIE EMERGENTI

C. CIROTTO – S. PRIVITERA, *La sfida dell'ingegneria genetica tra scienza e morale,* Cittadella editrice, Assisi
R. DULBECCO, *I geni e il nostro futuro,* Sperling & Kupper, Milano
L. C. DUNN, *Breve storia della genetica,* ISEDI, Milano
C. SERRA, *Il Progetto Genoma Umano. Conoscere i nostri geni potrà cambiare la vita*, Cuen, Napoli
C. SERRA – E. SGRECCIA – M.L. DI PIETRO, *Nuova genetica ed embriopoiesi umana. Prospettiva della scienza e riflessioni etiche,* Vita e Pensiero, Milano

CONCLUDENDO

C. LANZETTI, *La qualità del servizio in ospedale. Una ricerca sull'esperienza dei malati,* F. Angeli, Milano
A. TRAMARIN, *L'ospedale ammalato. Economia e clinica nella gestione degli ospedali,* Marsilio, Venezia