



DAL PARLAMENTO | Valore e dignità della vita umana

MOZIONE BIPARTISAN PER L'OBIEZIONE DI COSCIENZA

di Paola Binetti*

L recente dibattito sul cosiddetto “testamento biologico” (meglio: dichiarazioni anticipate di trattamento o DAT) ha lungamente monopolizzato l'opinione pubblica italiana sollecitandola a riflettere in modo del tutto peculiare sull'obiezione di coscienza con cui i medici possono rispondere alle eventuali richieste dei malati. Durante l'iter della legge la figura del medico è andata acquistando uno spessore e un'incisività sempre maggiore. Partiti dal principio di autodeterminazione, come espressione della libertà e dell'autonomia del paziente, l'attenzione parlamentare si è progressivamente spostata dalla volontà del paziente come parametro unico di riferimento verso la peculiarità della sua relazione con il medico, concentrandosi sull'alleanza terapeutica, che si stabilisce tra medico e paziente. Integrare qualità di cura e piena autonomia del soggetto non è un obiettivo semplice, perché è proprio del processo di cura prendere atto della fragilità del paziente, sia sotto il profilo biologico che sotto quello emotivo e cognitivo. La valutazione del medico non è mai fine a se stessa e prelude sempre ad una serie di decisioni, in cui la responsabilità va condivisa con il paziente, pur lasciando a quest'ultimo la decisione finale. Per questo serve un'alleanza in cui medico e malato fronteggiano insieme la fatica e la sofferenza che la malattia comporta nel suo divenire fatto anche di precisi e concreti supporti terapeutici. E' importante trasmettere al malato la certezza che non resterà mai solo, né in famiglia né sul piano clinico-assistenziale. Il “suo” medico è lì per prendere insieme le decisioni necessarie, senza sostituirsi a lui, ma senza fargli sperimentare l'angoscia dell'abbandono o l'anonimato di una relazione indifferente. La condivisione della responsabilità richiede decisioni consensuali da adattare alla malattia mentre progredisce, cambia volto e pone nuovi quesiti. E' il tempo terapeutico della elaborazione delle informazioni, che richiedono una loro metabolizzazione, per poter rappresentare un fattore di protezione e non un fattore di stress. La riflessione sulle DAT entra nel vivo della relazione medico-paziente, per chiedersi quali siano i rispettivi compiti davanti alle nuove sfide che le conquiste tecnico-scientifiche pongono alla medicina. L'opinione pubblica si chiede se la vita umana ha sempre e per tutti uno stesso altissimo valore, oppure se ci sono

vite che meritano di essere vissute e vite che non lo meritano. Si chiede se accanto al diritto alla vita esista anche un diritto alla morte e perfino un diritto al suicidio; se davvero siamo tutti uguali nei nostri diritti come recita l'art. 3 della Costituzione italiana o se il diverso stato di salute crea una classe di differenze che la Costituzione non ha preso adeguatamente in considerazione. Da sempre compito della medicina è stato il prendersi cura di qualcuno, ma nelle pieghe del discorso sulle DAT si annida un quesito totalmente diverso. Un quesito che nasce contestualmente nell'alveo della medicina dei desideri e nell'alveo della visione aziendalistica della sanità. Abbiamo un paziente che da un lato conferisce ai suoi desideri valore di necessità e dall'altro, considerandosi cliente all'interno del sistema sanitario nazionale, pretende che le sue decisioni abbiano immediata e concreta attuazione. Si saldano così l'approccio emotivo: *mi piacerebbe che... vorrei che...* alla richiesta che ne consegue: *devi darmi questo o quello, perché mi spetta di diritto*. Entrambi gli atteggiamenti sono svalutativi nei confronti del medico e lo riducono al ruolo di mero esecutore di desideri e direttive di altri. Per salvare l'autodeterminazione del paziente si scivola verso l'etero-direzione del medico, si accentua la libertà del primo a scapito della responsabilità del secondo: si mette in discussione il suo diritto alla obiezione di coscienza. Per questo un gruppo di parlamentari ha recentemente presentato alla Camera una mozione che in continuità con le decisioni prese dalla Assemblea Parlamentare del Consiglio di Europa ha ribadito (Raccomandazione 1763, approvata il 7 ottobre 2010) che nessuna persona, ospedale o istituzione sarà costretta, ritenuta responsabile o discriminata se rifiuta di eseguire, accogliere, assistere o sottoporre un paziente ad un aborto o eutanasia o qualsiasi altro atto che potrebbe causarne la morte. L'Assemblea parlamentare ha sottolineato la necessità di affermare il diritto all'obiezione di coscienza insieme con la responsabilità dello Stato per assicurare che i pazienti siano in grado di accedere a cure mediche lecite in modo tempestivo. L'Assemblea ha invitato il Consiglio d'Europa e gli Stati membri ad elaborare normative complete e chiare che definiscano e regolino l'obiezione di coscienza in materia di servizi sanitari e medici, volte soprattutto a garantire il diritto all'obiezione di coscienza.



In materia di obiezione di coscienza si devono ricordare le indicazioni contenute:

- nel IV Articolo dei Principi di Nuremberg;
- nell'Art. 10.2 della Carta dei Diritti Fondamentali della unione Europea;
- negli Artt. 9 e 14 della Convenzione Europea dei Diritti Umani;
- nell'Art. 18 della Convenzione Internazionale dei Diritti Civili e Politici;

perché il diritto alla obiezione di coscienza non può essere in nessun modo 'bilanciato' con altri diritti, in quanto rappresenta il simbolo, oltre che il diritto umano, della libertà nei confronti degli Stati e delle decisioni ingiuste e totalitarie.



La mozione è iniziativa dei deputati Luca Volontè (Udc), Giuseppe Fioroni (Pd), Eugenia Roccella (Pdl), Massimo Polledri (Lega Nord), Rocco Buttiglione (Udc), Paola Binetti (Udc), Luisa Capitanio Santolini (Udc), Marco Calgaro (Udc), Domenico Di Virgilio (Pdl) e Alfredo Mantovano (Pdl).



** Deputato, Parlamento Italiano,
Neuropsichiatra infantile,
Professore Ordinario di Storia della Medicina,
Campus Biomedico, Roma;
Past President Associazione Scienza & Vita.*