



N°33 | Edizione Febbraio 2010

Focus: il consenso informato, aspetti medici, filosofici e giuridici

Attualità: stati vegetativi, neuroetica e terminologia

Taccuino della politica

Macchia nera

Biofiction

Biblionote

Sommario

FOCUS

La medicina difensiva divora l'alleanza terapeutica <i>di Claudio Buccelli</i>	3
Nell'attività medica, esercizio di verità e cura <i>di Luciano Eusebi</i>	5
Chiamiamolo anche "condiviso" per esaltarne la relazione <i>di Paola Ricci Sindoni</i>	9
La simmetria medico-paziente nella relazione di cura <i>di Mario Melazzini</i>	10

ATTUALITA'

Dal concetto di "assenza di coscienza" a quello di "coscienza sommersa" <i>di Massimo Gandolfi</i>	13
Disturbi di coscienza prolungati: 5 condizioni da distinguere <i>di Gian Luigi Gigli</i>	14

TACCUINO DELLA POLITICA

Alimentazione e idratazione, stop solo se "inefficaci" <i>di Ilaria Nava</i>	16
---	----

MACCHIA NERA

Non ha "dovuto" ma "voluto"... prendere la pillola del giorno dopo <i>di Umberto Folena</i>	17
--	----

BIOFICTION

C'è un'America che non racconta l'aborto come un evento ordinario <i>di Olga Calabrese</i>	18
---	----

BIBLIONOTE

Una alternativa alla laicità	19
Cielo di plastica	20

Direttore responsabile Domenico Delle Foglie



CONSENSO INFORMATO | Una riflessione medico-legale

LA MEDICINA DIFENSIVA DIVORA L'ALLEANZA TERAPEUTICA

di Claudio Buccelli*

L'argomento del consenso informato occupa ormai da (troppo) tempo ampi spazi della letteratura medico-legale oltre che bioetica e giuridica nell'affannosa controversia circa la sua obbligatorietà, quale base di legittimazione dell'atto medico e le caratteristiche formali (che poi diventano sostanziali) di assunzione.

Al consenso stesso è sempre strettamente legata l'aggettivazione qualificante: "informato".

Emerge pertanto un quasi indissolubile binomio consenso-informazione in cui tuttavia sembra intendersi (e molti si prodigano perché ciò si intenda) che l'informazione stessa sia indissolubilmente legata al consenso con una supremazia del secondo sulla prima.

Dire consenso informato per i più significa che l'informazione è strettamente finalizzata al consenso, propedeutica a questo, sottolineandosi il primato del diritto all'espressione dell'autodeterminazione su quello più semplicemente e più sostanzialmente del sapere.

E visto che il consenso informato è tipico dell'attività medica, tale sapere riguarda per forza di cose il proprio stato di salute.

Si radica così nella coscienza dei più che il sommo bene per il paziente sia esprimere ai medici i propri intendimenti in ordine a procedure diagnostiche e terapeutiche piuttosto (o almeno più ancora) che conoscere in effettiva consapevolezza quanto si va sviluppando nell'ambito della propria vicenda clinica.

Cheché se ne dica il consenso rappresenta uno strumento di difesa nei confronti di temuti abusi e soprusi clinici e terapeutici che potrebbero essere perpetrati nei confronti della propria persona, sia pure con più o meno apprezzabili intendimenti di tutela dello stato di salute stessa, sicché la sua ipertrofizzazione vale ad evidenziare ed amplificare vieppiù la crisi fiduciale del rapporto

medico-paziente.

A ben vedere la storia fondamentale del consenso si densifica sul domani del Processo di Norimberga e attraverso il relativo codice, informa fortemente, pur con le successive modificazioni operate dalle Dichiarazioni di Helsinki e da altri imponenti documenti etici e deontologici, l'attività della sperimentazione farmaceutica con l'uomo.

Progressivamente e sempre più percettibilmente da tale ambito si è passati a quello della prassi clinica, ma l'impronta iniziale cautelativa del paziente in difesa dei suoi diritti e a protezione dei possibili attacchi medici rimane.

In tal senso ha ragione chi (e sono in molti) sostiene il valore essenzialmente legale del consenso, appiattendolo di fatto sui soli livelli del pur sacrosanto diritto del paziente ad esprimere le proprie determinazioni, troppo sbrigativamente sorvolando sui profondi significati etici e deontologici (genuini) che lo connotano in quanto punto di arrivo di proficui, esaurienti colloqui del personale sanitario (non solo medico) con i pazienti.

Fondamentale e primario diritto del paziente, come si è detto, è però sapere in maniera veramente consapevole ciò che gli accade, solo in funzione di ciò richiedendogli di esprimere, nelle maniere più varie possibili ed in tal senso non sempre codificate, la sua volontà di aderire o meno alle proposte ed alle prospettive diagnostiche e terapeutiche di chi si occupa della sua salute.

Ma si è creata una concentrazione spasmodica, rigida, dogmatica sull'attenzione da porre sull'avvenuta espressione di consenso in ogni vicenda di valutazione circa presunte responsabilità, che non infrequentemente supera l'analisi degli stessi contenuti tecnici dei comportamenti assistenziali.

In ciò si concorda pienamente con Fiori e Marchetti (2009) quando osservano che

nell'assunzione di consenso si mascherano spesso ed in tali casi anche con significato virtuale le difficoltà della realtà quotidiana "prescrivendo dogmaticamente regole di condotta inattuabili e pretendendone l'osservanza fino al punto di fare conseguire condanne penali e civili per i medici".

Non si fraintenda: il diritto all'autodeterminazione del paziente in ogni storia clinica è e rimane un punto assolutamente centrale nell'atto clinico e nel rapporto medico-paziente, al di là di ogni sentenza che puntualmente la ribadisce e per primordiali esigenze e motivazioni di ordine etico e deontologico, ma la tutela di tale diritto non può spingersi al punto di una penosa e talvolta ridicola burocratizzazione nella raccolta del consenso o, peggio ancora, ad un vero e proprio accanimento informativo (estremamente puntuale non perché il paziente sappia ma perché non possa dire che non gli è stato detto tutto) che può giungere a varcare i confini della "maleficenza medica" nell'ipotesi che non vi sia adeguata capacità di "assorbimento" delle notizie.

In tal maniera e per questi aspetti si realizza quella medicina difensiva che tutti vituperano ma ormai diffusamente si pratica, la quale divora la vera essenza del rapporto medico-paziente marginalizzando il medico ad un ruolo pressoché notarile ed esaltando quel diritto di scelta del paziente, che tuttavia, non sempre è fondato su meditazioni consapevoli e tecnicamente adeguate circa il gold standard per il suo stato di salute mancando le premesse culturali e quella vera libertà di pensiero da ogni suggestione psicologica (se non da vere e proprie negative interferenze di disturbi di valore psichiatrico) per poter giungere a decisioni realmente autonome maturate in piena consapevolezza dopo scelte ponderate, veramente comprese e meditate.

Chi sostiene il contrario mostra di non considerare realisticamente che esiste un mare di lontananza tra le aule di giustizia in cui si affermano sacrosanti principi di diritto e si comminano condanne per la loro inosservanza e camere operatorie, reparti di terapia intensiva, corsie mediche e chirurgiche per patologie oncologiche, Uti, sale di pronto soccorso, in cui ogni giorno ed in ogni momento accanto a complesse prestazioni cliniche si rendono necessari delicati esercizi di psicologia e più semplicemente di vicinanza umana nei confronti di persone sofferenti per aiutare, non allarmare, per dar sostegno e speranza non per impaurire, tenendo da parte spettri pur statisticamente non insignificanti di possibili eventi catastrofici in un modello di medicina di dimensione umana.

L'Italia è una Repubblica fondata sul lavoro, ma la palese quotidiana trasgressione di tale principio costituzionale non genera processi e condanne per chi non promuove, assicura e mantenga il lavoro; però vi sono processi e condanne per medici cui si addebita di non avere rispettato il principio di intervento medico nel rispetto di una valida espressione del consenso del paziente, sicuramente diverso dal primo ma ugualmente di rango costituzionale.

È questa una discrasia che non viene mai

segnalata da chi insiste nel sottolineare come debba esservi in ogni caso, sempre e comunque, una dichiarazione di consenso del paziente dopo esaustiva (cioè praticamente infinita) informazione al paziente, dimenticando - ancora una volta per dirla con Fiori e Marchetti (2009) - che la "centralità del principio di autonomia nella decisione delle cure mediche è stata oggetto di critica negli Stati Uniti già nel suo periodo di massima grandezza, cioè nei primi anni ottanta, da parte di autorevoli bioeticisti [...], la cui posizione si caratterizzava per il ritenere prioritario compito dei sanitari il mantenimento ed il ristoro della salute: posizione dunque sovrapponibile a quella della Medicina della Scelta o della Responsabilità".

Non si intende qui esaltare il principio del "privilegio terapeutico" di marca francese, né invocare cause di giustificazione, ma soltanto concretamente richiamare alla realtà terrena chi si è smarrito nel mondo dell'iperuranio, concentrando la propria attenzione sulle ombre idealistiche e dimenticando la sostanza delle cose. Bisogna essere sempre e costantemente vicini al paziente non in uno sterile rapporto burocratico ma in un costante contatto comunicativo (la comunicazione è forma personalizzata dell'informazione) in un proficuo esercizio di coniugazione del principio di verità con quello di giustizia; solo in questa maniera si avrà rispetto delle regole antiche dell'arte medica e - al di là delle proprie capacità tecniche - il medico potrà sperare in un recupero di riconoscimento da parte del paziente della sua statura morale.



** Ordinario di Medicina Legale,
Università degli Studi di Napoli Federico II,
Direttore del Dipartimento di Medicina Pubblica e
della Sicurezza Sociale*



CONSENSO INFORMATO | I pilastri e i nodi nell'ottica giuridica

NELL'ATTIVITA' MEDICA ESERCIZIO DI VERITA' E CURA

di Luciano Eusebi*

1. Il consenso ha un ruolo fondamentale

e, insieme, pone problemi delicatissimi nell'attività medica. Tale ruolo è riconducibile al fatto per cui l'attivazione di un intervento sulla sfera corporea di un individuo umano cosciente e non affetto da problemi psichici, esprimendosi attraverso il corpo la sua soggettività, richiede un rapporto con l'individuo stesso, in quanto interlocutore e soggetto morale.

Il ruolo del consenso, dunque, non va considerato espressione, come sovente accade, di una visione *relativistica*, secondo la quale – reputandosi impossibile qualsiasi riconoscimento condiviso di ciò che è bene e, pertanto, di criteriologie etiche dell'attività medica – sarebbe inevitabile una visione di tipo *contrattuale* della medicina, in quanto abilità tecnica da utilizzarsi esclusivamente in rapporto a manifestazioni formali della volontà.

Attraverso il dialogo tra medico e malato, si tratta sempre, piuttosto, di perseguire al meglio il bene di quest'ultimo.

In particolare, valorizzare l'importanza del consenso nell'attività medica – e *a fortiori* quello di un'informazione corretta – non significa affatto ammettere il cosiddetto diritto di morire, cioè di poter stabilire col medico una relazione finalizzata alla propria morte, per esempio – come vedremo – attraverso la richiesta al medico di intervenire per interrompere una terapia in atto che sia del tutto proporzionata.

Neppure deve condurre a trascurare la delicatezza della condizione psicologica in cui si realizzano le manifestazioni di volontà del malato, che richiedono una lettura non superficiale alla luce delle dinamiche evidenziate dalla psicologia clinica, e non l'approdo verso rapporti puramente formalizzati, dove ciò che conta sia solo l'apposizione di una firma.

Proprio in quest'ultimo senso si tratta di

evitare che il consenso, e in particolare la firma dei moduli del cd. consenso «informato», risponda, in realtà, a logiche di medicina difensiva – cioè all'ottenimento di una liberatoria, mediante un linguaggio tecnico spesso tutt'altro che chiaro, da possibili responsabilità del medico per eventi avversi – piuttosto che alla prospettiva di offrire al paziente una reale comprensione delle sue condizioni e delle terapie praticabili, come pure la percezione di una presenza amichevole del medico al suo fianco.

D'altra parte, non si deve nemmeno dimenticare che il medico, fermo il suo dovere di non mentire, deve talora *graduare* l'informazione secondo una certa progressività, per renderla sostenibile al malato ed evitare, nel medesimo, atteggiamenti di rimozione psicologica del suo stato che lo conducano alla non collaborazione.

Inoltre, il riferimento al consenso per quanto concerne soggetti titolari di poteri rappresentativi riferiti al minorenni o a pazienti che si trovino in stato d'incapacità, non deve far dimenticare che simili poteri non sono assoluti, ma vanno esercitati a beneficio del rappresentato e che, dunque, il loro esercizio può essere vagliato dal medico stesso, ove si tratti di evitare con urgenza un danno grave, o comunque in sede giudiziaria.

2. Ciò considerato, sono necessarie alcune precisazioni sulla portata e sui limiti del riferimento al consenso.

Il fatto, innanzitutto, che oggi si riconosca come il medico non possa attivare terapie in modo coercitivo non significa negare il permanere della posizione di garanzia tipica del medico circa la salvaguardia della vita e della salute anche nei confronti di chi, essendosi rivolto a lui o essendogli affidato, non acconsenta alle terapie che nella sua condizione si manifestino appropriate.

Quando l'atto terapeutico del quale si discuta, infatti, risulti senza dubbio conforme all'indicazione medica nonché proporzionato, e

tanto più quando si configuri come un intervento salvavita, il medico resta tenuto a utilizzare tutti i possibili strumenti non coercitivi di informazione, sostegno e persuasione in grado di favorire l'acquisizione del consenso da parte del paziente e, quindi, la salvaguardia della sua salute. Come pure resta tenuto, quando il malato rifiuti in modo insuperabile determinati mezzi, a verificare – se necessario, programmandola per tempo – la praticabilità di altre vie.

Ove invece si sostenesse l'esistenza di un diritto a morire, in tale veste rivendicabile nel rapporto col medico, quest'ultimo dovrebbe semplicemente prendere atto della dichiarazione di rinuncia alle terapie proveniente da un paziente, purché informato, il quale non possa essere ritenuto incapace.

Con ciò trascurandosi, fra l'altro, la vastità degli studi che evidenziano come tale rinuncia rappresenti ordinariamente un *appello* da parte del malato – che spesso non ha altro se non la sua vita residua da mettere in gioco – al non abbandono, sia psicologico ed umano, sia relativo all'eventuale esigenza di cure palliative. E talora, altresì, come dinnanzi a una inaspettata notizia negativa non sia infrequente un atteggiamento di iniziale rimozione.

Del resto, si cade in contraddizione nel momento in cui il supposto diritto a morire venga ricondotto al principio di autonomia, posto che indubbiamente la scelta di morire (che è cosa diversa dalla disponibilità a rischiare la vita per testimoniare un valore) fa venir meno l'individuo stesso in quanto soggetto morale, e dunque capace di autonomia.

Costituzione della Repubblica Italiana

Parte I - Diritti e doveri dei cittadini

Titolo II - Rapporti etico-sociali

Articolo 32

La Repubblica 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.

In particolare, il diritto a morire non è affatto deducibile dall'art. 32² della Costituzione, la cui lettera – «nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge» – non può essere spinta oltre il riconoscimento dell'ordinaria *incoercibilità* dell'attivazione di un intervento medico, nei termini sopra indicati.

Va ricordato, del resto, che la tale norma non risulta finalizzata nell'impianto costituzionale a

regolare le problematiche del rapporto terapeutico tra medico e paziente, bensì a precisare che nessun soggetto – lo Stato, ma anche il datore di lavoro, una compagnia assicuratrice, una società sportiva, il medico stesso per fini di sperimentazione ecc. – può pretendere di imporre interventi che abbiano rilievo rispetto alla salute dei loro destinatari, in quanto simili interventi possono essere adottati solo nell'ambito di una relazione esclusivamente finalizzata alla tutela della salute (salvi i profili di una sperimentazione legittima), stabilita tra l'individuo interessato e il medico cui, ordinariamente, egli abbia attribuito fiducia. Non a caso, il dibattito in Assemblea Costituente – tenuto conto delle sperimentazioni inumane, e comunque prive di consenso, poste in essere nei campi di sterminio – si soffermò soprattutto sulla questione della sterilizzazione coatta.

L'art. 32² Cost., pertanto, non innova alcunché circa le caratteristiche proprie del rapporto terapeutico.

Una situazione diversa da quella relativa all'attivazione di una terapia è data dall'ipotesi nella quale, invece, si discuta dell'*interruzione* di terapie in atto, posto che quest'ultima implica un atto positivo del sanitario (peraltro realizzabile, talora, anche da altre persone) inteso a modificare il quadro di tutela della salute precedentemente apprestato.

Anche a tal proposito resta fermo il criterio comportamentale di fondo secondo cui terapie effettivamente sproporzionate, secondo tutti gli aspetti già considerati, non sono dovute: nel momento in cui, dunque, una terapia in atto venga a manifestarsi ormai sproporzionata durante il corso della sua applicazione essa, in linea di principio, può essere interrotta.

Ove, eccezionalmente, il malato sia cosciente e si tratti di una terapia salvavita, cioè tale che il suo mantenimento sarebbe in grado di garantire un pur breve spazio ulteriore di sopravvivenza, l'eventuale interruzione della medesima in quanto davvero ormai sproporzionata esige, tuttavia, che il malato stesso – adeguatamente informato e accompagnato, ma senza forzature della sua volontà – dia il suo consenso. Non è ammissibile, infatti, che rispetto a un individuo cosciente relativamente stabilizzato, poniamo, nell'ambito di una terapia intensiva si attui un'interruzione di presidi salvavita pur qualificabili come non più proporzionati la quale a sua insaputa, ma nella consapevolezza del personale sanitario, lo condurrà rapidamente a morte.

Non può ritenersi lecita, viceversa, la richiesta, anche se formulata dal paziente, che taluno – sia questi il medico o un'altra persona – agisca per disattivare un presidio terapeutico *proporzionato* in corso di applicazione, tanto più ove si tratti di un presidio salvavita. Ciò configurerebbe un'ipotesi nella quale, rispetto a una condizione *già sussistente* di tutela della salute e non tale da costituire un c.d. accanimento terapeutico, verrebbe consapevolmente presa un'iniziativa idonea a compromettere la salute medesima o, addirittura, a provocare la morte. Il che è in

contrasto coi fini propri dell'attività medica (che secondo l'art. 3 del codice deontologico sono riferiti esclusivamente alla tutela della vita, della salute e al lenimento della sofferenza)

Affinché dunque sia legittimo porre in essere una condotta volta a interrompere l'operatività di uno strumento già attivo per fini terapeutici non è sufficiente il consenso del paziente, ma è necessario che mantenere tale operatività abbia assunto i contorni di un intervento sproporzionato (con riguardo alla ponderazione fra gli ulteriori benefici prevedibili e gli ulteriori costi prevedibili in termini di sofferenza e menomazione che quello specifico strumento possa produrre).

Ciò non esclude che si possano tenere in considerazione, al fine del giudizio di proporzionalità, anche taluni elementi del vissuto personale, secondo quanto precisa lo stesso magistero ecclesiale: ma risulta decisivo che tali fattori rilevino secondo modalità suscettibili di essere eticamente condivise, e non nell'ottica di una mera soggettivizzazione del giudizio.

Del pari sarebbe giuridicamente inaccettabile la richiesta attraverso *dichiarazioni anticipate* (con riguardo a un possibile stato futuro d'incapacità) di non adottare terapie salvavita che risultino *proporzionate* rispetto a un certo quadro clinico.

In tal caso, si domanderebbe a un medico futuro e non predeterminabile l'instaurazione di un relazione sanitaria che, a priori, escluda il ricorso a strumenti pur del tutto proporzionati, vale a dire, di fatto, una relazione orientata alla morte. Ciò in un contesto il quale non permette al medico di instaurare quel dialogo attuale orientato all'informazione, ma anche alla persuasione e al sostegno, che è comunque richiesto in rapporto al soggetto capace.

Mai, del resto, sussiste la certezza nel caso in esame che il paziente, ove ne fosse in grado, confermerebbe il rifiuto precedentemente espresso, e anzi il dubbio appare tanto più consistente in rapporto al carattere non sproporzionato delle terapie di cui si discute: situazione, questa, che rende applicabile il principio *in dubio pro vita*.

Anche quando eventuali dichiarazioni anticipate non abbiano per oggetto la rinuncia a terapie proporzionate essere dovranno peraltro rilevare, conformemente alla Convenzione europea di biomedicina, secondo modalità che non annullino, come se costituissero un *mandato a eseguire*, la dimensione di reciproca relazionalità (cioè di alleanza terapeutica) tra medico e paziente.

Per cui resterà dovere e diritto del medico considerarne i contenuti con riguardo alla non contestualità – che inevitabilmente le caratterizza e che incide dal punto di vista psicologico – rispetto al determinarsi delle condizioni di salute cui esse si riferiscono. Così che il medico potrà valutare la pertinenza di tali condizioni in rapporto al quadro situazionale che il malato effettivamente ebbe a rappresentarsi, come pure la completezza (non più suscettibile di essere integrata) di tale rappresentazione e l'eventuale

rilievo di evoluzioni che fossero nel frattempo intervenute circa gli strumenti terapeutici disponibili.

3. Quanto s'è detto trova argomenti ulteriori a proprio sostegno osservando come una radicale *soggettivizzazione* del rapporto medico finirebbe per indebolire sotto molteplici profili la tutela effettiva del malato. Questi alcuni nodi di particolare rilievo:

- Secondo amplissima letteratura psicologica inerente ai contesti di malattia la dichiarazione di voler morire effettuata dal malato, lungi dal rappresentare una manifestazione di libertà, cela quasi sempre un contesto di *abbandono terapeutico* e costituisce un *appello* – già lo si ricordava – alla presa in carico della sua situazione esistenziale attraverso la vicinanza umana e gli interventi di sostegno palliativo, anche quando non sia ormai possibile contrastare l'evolversi di una data patologia: realtà, questa, che l'ordinamento giuridico ignorerebbe nel momento in cui privilegiasse una formalizzazione deresponsabilizzante dei rapporti.
- La previsione del «diritto a morire» produce l'aspettativa che di esso, sussistendone le condizioni, si faccia effettivamente uso, determinando la *colpevolizzazione* dei malati e dei loro congiunti che dovessero richiedere ulteriori investimenti di risorse socio-sanitarie, una volta superate – pur in assenza di sproporzione dell'intervento – soglie relative allo stato di salute oltre le quali si proponesse come giustificata la rinuncia alla tutela. In condizioni di precarietà esistenziale, dunque, la tutela non costituirebbe più un fatto ordinario, ma l'effetto di una scelta: e la pressione psicologica a che simile scelta, socialmente onerosa, non avvenga si renderebbe molto forte.
- Del pari la presentazione, oggi diffusa, della medicina quale attività senz'altro aggressiva, nei cui confronti il malato, a un certo punto, dovrebbe difendersi utilizzando il diritto all'autodeterminazione, favorisce, in concreto, spontanee uscite di scena dei sofferenti – anche quando non sia in gioco alcuna forma di sproporzione dell'intervento terapeutico – molto vantaggiose dal punto di vista dei costi economici, e che nessuno (*nessun potere politico*) potrebbe esporsi a sollecitare in modo esplicito.
- La stessa proposizione ai malati, tanto più nel momento dell'accettazione in una struttura sanitaria, di moduli per dichiarazioni anticipate comportanti la rinuncia a una serie di prestazioni ove venissero a crearsi certe condizioni soggettive, non di rado descritte in termini alquanto estesi, facilmente assume i contorni di una liberatoria rispetto a oneri

inconsiderati.

- La configurazione come *diritto* dell'intento di vedere realizzata la propria morte impedirebbe, una volta espressa la volontà di rinunciare alle terapie da parte del paziente, qualsiasi atto inteso anche sul piano del dialogo e della persuasione a contrastare simile intento, imponendone, come più sopra si evidenziava, la pura presa d'atto.
- Il rimando a una gestione totalmente soggettiva dei problemi afferenti alla tutela della vita caricherebbe il malato e il suo contesto familiare, venuto meno il riferimento a criteri condivisi, di un onere psicologico enorme, senza dubbio angoscioso e destabilizzante, nonché foriero di gravosi rimorsi; del resto, è significativo che il malato, ma anche i suoi familiari, così spesso si rimettano alla valutazione del medico o, comunque, richiedano di essere aiutati nelle loro decisioni secondo parametri il più possibile oggettivi.
- Appare in ogni caso alquanto equivoco il fatto che il diritto, costituente per sua natura una risorsa a sostegno degli individui più deboli o in difficoltà, possa esonerarsi dall'intervento in favore dei medesimi consentendo, dati certi presupposti, il venir meno della loro esistenza, cioè della situazione stessa che si configura come un appello al suo attivarsi.
- Allo stesso modo, appare quanto mai ambiguo, ma anche discutibile sotto il profilo della laicità, un diritto il quale, piuttosto che limitarsi a garantire il massimo impegno in favore dei più deboli, si avventuri nell'individuare situazioni – lasciando intendere un giudizio di *minor valore* della vita quando esse si manifestino – in cui consentire la cooperazione, anche quando non siano in atto terapie sproporzionate, all'altrui proposito di lasciar intervenire la propria morte. Emerge, in tal senso, come superare il confine fra rinuncia al c.d. accanimento terapeutico ed eutanasia implichi il passaggio da un giudizio sulla congruità delle terapie a un giudizio sulla stessa situazione esistenziale di un dato individuo: passaggio che non può non richiamare alla mente le conseguenze drammatiche già menzionate determinatesi in tutte le situazioni storiche nelle quali l'ordinamento giuridico ha inteso valutare se una vita umana fosse da ritenersi *degn*, o *meritevole, di essere vissuta*.
- Ammessa la disponibilità del bene vita nell'ambito del rapporto medico diviene molto labile il confine (lo testimonia, per esempio, il recente dibattito olandese su prospettive di eutanasia pediatrica o neonatale) con logiche di eutanasia *tout court* involontaria.
- Una visione meramente contrattualistica del rapporto sanitario, infine, trasferisce per gran

parte il rischio della responsabilità medica dal terreno riguardante una non adeguata tutela della salute del malato a quello riguardante la mancata copertura di singoli passaggi terapeutici ad opera del consenso, producendo atteggiamenti, ben noti soprattutto alla letteratura anglosassone, di natura difensiva: atteggiamenti volti a minimizzare da parte del medico il pericolo di essere chiamato a rispondere per violazioni del rapporto contrattuale, piuttosto che a perseguire il miglior interesse del paziente.



**Ordinario di Diritto Penale, Università Cattolica del
Sacro Cuore di Piacenza,
Consigliere Associazione Scienza & Vita*



CONSENSO INFORMATO | Gli aspetti filosofici di una prassi in evoluzione

CHIAMIAMOLO ANCHE “CONDIVISO” PER ESALTARNE LA RELAZIONE

di Paola Ricci Sindoni*

L' attuale crisi di fiducia nella classe medica, esposta in questi ultimi anni ad una strisciante pressione per l'aumento del contenzioso legale da parte di pazienti sempre più insoddisfatti delle cure ricevute, sembra rimettere in discussione le modalità applicative di quel protocollo clinico detto “consenso informato”. Eppure questa pratica – raccomandata dalla Convenzione sui diritti dell'uomo e sulla biomedicina, promulgata ad Oviedo nel 1997 e accolta nell'ordinamento giuridico italiano nel marzo 2001 – pare garantire il superamento della tradizionale medicina paternalistica e l'avvio di una decisa collaborazione tra medico e paziente, sempre più posto – quest'ultimo – al centro delle scelte riguardo alla sua salute. Fra le molteplici difficoltà, insite in questo complesso rapporto dove si giocano professionalità e competenze da un lato, emotività e fragilità dall'altro, va comunque richiamata l'eccessiva burocratizzazione di tale consenso, molte volte redatto in forma impersonale e con linguaggio tecnico incomprensibile, a cui viene richiesto, quasi una garanzia per eventuali “reclami”, una altrettanto asettica sottoscrizione. La pratica dell'informazione corretta riguardo alle terapie a cui si intende sottoporre il malato è del resto necessaria e indispensabile, anche se il momento oggettivo-informativo non può di fatto esaurire tale protocollo, che altrimenti va compreso, discusso, ripreso attraverso un dialogo orale, ben più adatto ad interpretare i bisogni e le richieste del malato. Ogni sanitario sa, infatti, che il paziente, più che di semplice informazione, ha bisogno di condivisione. E' forse proprio questo termine a dotare di maggiore spessore deontologico la complessa relazione medico-paziente, che pur esposta a dinamiche di resistenza e di fragilità, va personalizzata, per così dire, ritagliata cioè dentro la particolare e sempre unica esperienza di vita di ogni malato.

Si aprono in questo scenario le potenzialità relazionali del consenso “informato e condiviso”, si potrebbe chiamare così, perché solo alle condizioni di una trattativa rasserenante e fiduciale è possibile

si attui quella necessaria “consegna” fra due persone, vicine non per scelta ma per destino: da un lato il paziente che si affida al medico, dall'altra il clinico che, sorretto da questa fiducia, si impegna a realizzare terapeuticamente quanto insieme concordato. In questa prospettiva il modulo del consenso potrebbe realizzarsi come una semplice dichiarazione, sottoscritta dal malato e controfirmata dal medico, in cui si consente ai vari trattamenti medici, una volta ricevuta l'informazione sulle condizioni di salute, sulle cure proposte, sui potenziali benefici e sulle possibili complicanze, sulle alternative terapeutiche, sulle possibilità di successo e anche sui possibili esiti dovuti al rifiuto di questi trattamenti. Solo a queste condizioni, eticamente corrette e professionalmente garantite, sarà possibile riequilibrare il difficile rapporto di cura, troppe volte esposto alla mitizzazione della relazione medico-paziente, o declinato in favore di un'enfatica autonomia del malato che, nei momenti più drammatici della sua esperienza patologica, più che di autonomia ha bisogno di condivisione e di rispetto. Lungi dal voler contrapporre il diritto di libertà al diritto di cura, il consenso informato-condiviso può diventare, anche per il malato, una modalità responsabile per cogliere in questo evento, di per sé sempre drammatico, un segnale di apprendistato alla comune umanità. Detto in altri termini, si può anche dire che il consenso informato-condiviso, oltre che a presentarsi come una carta dei diritti individuali, può diventare l'espressione di una tappa di crescita interpersonale, là dove solidarietà e finitezza, competenza e fragilità, affidamento e rispetto infine si incontrano.



* Ordinario di Filosofia Morale, Università di Messina
Vicepresidente Associazione Scienza & Vita



CONSENSO INFORMATO | Strumento di alleanza, non di difesa del medico

LA SIMMETRIA MEDICO-PAZIENTE NELLA RELAZIONE DI CURA

di Mario Melazzini*

Diritto di morire o libertà di vivere? Eutanasia o accanimento terapeutico? Autodeterminazione o relazione clinica? Il confronto serio e costruttivo con tutti i protagonisti del dibattito in corso passa da una condizione preliminare: intendersi sulle parole, imbastire sine ira ac studio un lessico condiviso.

Ci si logora in interminabili schermaglie dialettiche sui massimi sistemi e si perdono di vista i bisogni delle persone in carne e ossa. Si ha un bel parlare dei diritti dell'individuo. In realtà questo individualismo, l'ideologia ufficiale della civiltà postilluminista, è un individualismo del ruolo e non della persona. Il progresso delle conoscenze scientifiche e dei mezzi tecnologici ha aperto nuove problematiche sul piano etico, ponendo il paziente (o la persona?) di fronte a scelte spesso molto complesse, per assumere le quali risulta fondamentale la corretta informazione da parte del medico, anche per gli obblighi deontologici connessi. Da qui la necessità di valorizzare il momento comunicativo-informativo e gli aspetti relazionali dell'incontro clinico: l'asimmetria di ruolo nella relazione medico-paziente, tipica del passato e improntata al modello paternalistico, sta lasciando spazio a una relazione in grado di riconoscere e favorire le possibilità espressive e decisionali della persona.

Nel pieno tentativo di favorire una piena umanizzazione del rapporto medico-paziente, il "consenso informato" rappresenta certamente un momento particolare e delicato dell'evento comunicativo, ponendosi come strumento che contribuisce allo stabilirsi della cosiddetta alleanza terapeutica: in tal modo il paziente condivide attivamente con il suo curante il suo percorso diagnostico e terapeutico.

Ma che cosa intendiamo per consenso informato in medicina?

Il consenso informato in medicina è l'accettazione

che il paziente esprime a un trattamento sanitario, in maniera libera, e non mediata dai familiari, dopo essere stato informato sulle modalità di esecuzione, i benefici, gli effetti collaterali e i rischi ragionevolmente prevedibili, l'esistenza di valide alternative terapeutiche. Il contenuto del consenso legato alle volontà della persona può essere anche negativo. L'informazione è il momento essenziale del progetto terapeutico, dovendo esistere anche a prescindere dalla finalità di ottenere il consenso. L'informazione costituisce uno dei bisogni prioritari della persona malata, informazione che deve essere personalizzata, condivisa. Inoltre l'informazione deve essere: preventiva; adeguata; relativa a natura, scopo, conseguenze e rischi dell'intervento. Il consenso, invece, deve essere: libero; informato; revocabile in qualsiasi momento. Il paziente deve essere, di fatto, sì informato, con linguaggio comprensibile e in maniera esauriente, ma deve essere soprattutto ascoltato, in un dialogo che mira a conquistare la sua fiducia prima ancora che il suo consenso.

Di progetto terapeutico è necessario parlare nella medicina moderna, nella quale il singolo operatore sanitario si pone abitualmente in sinergia con altri operatori con i quali forma una squadra interdisciplinare, cui compete elaborare modalità e tempi dell'intervento sanitario, pianificando nel contempo i rapporti con il paziente cui l'intervento è destinato e con il suo entourage. Il paziente, la persona deve essere al centro, diventando protagonista attivo del progetto e della squadra e non semplice destinatario passivo di entrambi, deve conoscere e partecipare all'uno ed all'altra, unendo il suo contributo al bagaglio di conoscenze tecniche ed esperienza degli operatori sanitari.

Tale ruolo, garantito da precise norme di legge e oggetto di relativi diritti, sotto altro profilo rappresenta una componente essenziale del buon esito del progetto di intervento sanitario, assumendo a tutti gli effetti una valenza

terapeutica ancor prima che giuridica.

In tale prospettiva, ampiamente condivisa dalla comunità scientifica internazionale, si colloca il tema del consenso informato in medicina, da considerare soprattutto ed anzitutto come antecedente causale necessario dell'alleanza terapeutica, a sua volta componente essenziale del progetto terapeutico e del suo buon esito.

Gli operatori sanitari da una parte, il paziente dall'altro, debbono, pertanto, valutare l'informazione e il consenso in positivo, per la loro valenza terapeutica in vista del buon esito del progetto, e non in negativo, come precostituzione di difesa da parte dell'operatore e riserva di rivalsa, nelle varie sedi, da parte del paziente: che è quanto dire la negazione dell'alleanza terapeutica e di buona parte delle chance di successo del progetto di intervento.

L'informazione deve rappresentare l'esatto contrario dei foglietti precompilati e standardizzati che spesso circolano nelle strutture sanitarie, alla ricerca di una sottoscrizione quale che sia da fare apporre in calce ad un paziente angosciato e preoccupato, che nella migliore delle ipotesi non si rende conto di quello che firma. Cospicuo esempio di esercizio della professione medica in posizione difensiva e, di conseguenza, negazione della sua essenza e rinuncia a una componente essenziale del successo terapeutico.

Informare e acquisire il consenso del paziente non è un fastidioso adempimento burocratico, necessario a difendersi in un eventuale giudizio, ma è una parte integrante e importante dell'esercizio della professione medica e del suo successo terapeutico.

Il problema della responsabilità professionale del medico, ha suscitato soprattutto negli ultimi tempi un ampio dibattito, alimentato e sostenuto da un'accresciuta e più sentita esigenza di tutela del malato.

L'obbligo di informare il paziente proviene dalla Costituzione che consacra l'autodeterminazione dell'individuo altresì negando – ai sensi dell'art. 32 II comma Cost. – sia la possibilità di effettuare trattamenti sanitari a prescindere della volontà del paziente sia l'esistenza di un dovere giuridico di curarsi o di un dovere alla salute.

Il nostro Codice Deontologico, in particolare al CAPO IV- Informazione e consenso, all'Art. 33, – Informazione al cittadino – cita: “Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate.

Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche.

Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta.

Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione. Le informazioni riguardanti prognosi gravi o infauste o tali da poter procurare preoccupazione e sofferenza alla persona, devono essere fornite

con prudenza, usando terminologie non traumatizzanti e senza escludere elementi di speranza.

La documentata volontà della persona assistita di non essere informata o di delegare ad altro soggetto l'informazione deve essere rispettata”.

Inoltre l'Art. 35 – Acquisizione del consenso – viene sottolineato e ribadito: “Il medico non deve intraprendere attività diagnostica e/o terapeutica senza l'acquisizione del consenso esplicito e informato del paziente. Il consenso, espresso in forma scritta nei casi previsti dalla legge e nei casi in cui per la particolarità delle prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche o per le possibili conseguenze delle stesse sulla integrità fisica si renda opportuna una manifestazione documentata della volontà della persona, è integrativo e non sostitutivo del processo informativo di cui all'art. 33.

Il procedimento diagnostico e/o il trattamento terapeutico che possano comportare grave rischio per l'incolumità della persona, devono essere intrapresi solo in caso di estrema necessità e previa informazione sulle possibili conseguenze, cui deve far seguito una opportuna documentazione del consenso.

In ogni caso, in presenza di documentato rifiuto di persona capace, il medico deve desistere dai conseguenti atti diagnostici e/o curativi, non essendo consentito alcun trattamento medico contro la volontà della persona.

Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente”.

Quindi il cittadino/paziente/persona, anche nei casi di minore età (Art. 37 Codice Deontologia Medica, – Consenso del legale rappresentante –) è teoricamente tutelato, come sancito da quanto sopra citato. Ne siamo certi?

Quando parliamo di garanzie per la persona fragile, si evidenzia tuttavia una criticità in quanto dal punto di vista culturale non è passato il concetto che la fragilità non deve e non può riguardare solo un gruppo particolare di cittadini, ma la fragilità, le disabilità devono essere parte integrante della nostra società.



Oggi gli strumenti a disposizione del medico per tutelare la volontà del malato siano infatti già sanciti e dalla Costituzione italiana e dal Codice Deontologico della professione medica, nonché dalla Convenzione di Oviedo, possono garantire se correttamente applicati, un corretto percorso di cura e di alleanza. Non vi devono essere percorsi terapeutici che non siano condivisi con i pazienti e le loro famiglie, che non siano tracciati in un costante confronto tra medico e malato, confronto fatto di informazione precisa, supporto psicologico, presa in cura, affinché ogni scelta da compiersi sia ragionata, voluta, condivisa. Il disporre insieme deve essere pratica normale e consolidata, deve essere un diritto costituzionale dei cittadini, deve essere un dovere deontologico del medico.

Una formazione adeguata del personale sanitario deputato all'assistenza e alla cura è il primo passo per poter portare la medicina e la sanità ad essere più a misura d'uomo di quanto non lo siano in questo momento.

La persona deve diventare il motore centrale di questo cambiamento, che può divenire davvero epocale. L'essere umano che ha l'imperativo compito di fornire cura e assistenza a chi ne ha bisogno va messo nelle condizioni di esprimere tutta la propria ricchezza interiore – il meglio di sé – nel relazionarsi all'altro essere umano, quello che soffre per il fatto di portare su di sé il peso, l'affanno, il malessere e la paura della malattia.

L'informazione, la comunicazione, la cura del morire, la disponibilità nel dedicare tempo all'ascolto di chi soffre sono gli aspetti che vanno potenziati. Il riconoscimento della dignità dell'esistenza di ogni essere umano deve essere il punto di partenza e di riferimento di una società che difende il valore dell'uguaglianza e si impegna affinché la malattia e la disabilità non siano criteri di discriminazione sociale e di emarginazione. Questo riconoscimento richiede anche concreti investimenti sul piano economico e su quello culturale, per favorire un'idea di cittadinanza allargata che comprenda tutti, come da dettato Costituzionale, e per riaffermare il valore unico e irripetibile di ogni essere umano, anche di chi è talora considerato "inutile" poiché, superficialmente, giudicato incapace di dare un contributo diretto alla vita sociale.

Il dolore e la sofferenza (non solo fisica), in quanto tali, non sono né buoni né desiderabili, ma non sono senza significato: l'impegno della medicina e della scienza per eliminare o alleviare il dolore delle persone malate o con disabilità, e per migliorare la loro qualità di vita, evitando ogni forma di accanimento terapeutico, è un compito prezioso che conferma il senso della professione medica, non esaurito dall'eliminazione del danno biologico.

E' necessario aprire una concreta discussione su che cosa si stia facendo per evitare l'emarginazione delle persone con gravi patologie invalidanti e su quanto realmente, al momento attuale, si sta investendo nel percorso medico, di continuità assistenziale domiciliare e di cultura

della salute e delle problematiche legate alle patologie disabilitanti e alla disabilità in senso lato, chiedendosi con molta sincerità se proprio dalla mancanza sempre più evidente di strumenti qualificati, di supporto adeguato alla famiglia, reti di servizi sociali e sanitari organizzati, solidarietà, coinvolgimento e sensibilità da parte dell'opinione pubblica scaturiscano quelle condizioni di sofferenza e di abbandono e di rinuncia alla vita.

Quale migliore strumento se non la presa in carico globale per evitare tutto ciò? L'impostare una corretta relazione medico-paziente, la condivisione dell'informazione sulla malattia, sulle problematiche correlate con il paziente, con i familiari, saranno i veri strumenti per un concreto accompagnamento condiviso lungo tutto il percorso di malattia.



**Direttore dell'Unità Operativa di Day Hospital
Oncologico della Fondazione Maugeri IRCCS di Pavia,
Presidente Nazionale Aisla*



STATI VEGETATIVI | La rivoluzione della Risonanza magnetica funzionale

DALL' "ASSENZA DI COSCIENZA" ALLA "COSCIENZA SOMMERSA"

di Massimo Gandolfini*

Vengono classificate come tecniche di neuroimaging (o brain-imaging) tutte quelle metodiche che consentono di visualizzare le strutture anatomiche che compongono il sistema nervoso centrale. La Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) occupa un posto di importanza fondamentale: essa ci permette di studiare con dettaglio millimetrico la morfologia di tutte le componenti anatomiche del cervello, del cervelletto e del midollo spinale. All'inizio degli anni '90 si è iniziato a lavorare intorno ad un progetto di affinamento della tecnica che ha portato alla realizzazione di uno strumento "rivoluzionario" rispetto alla diagnostica neuroradiologica tradizionale: la Risonanza Magnetica Nucleare Funzionale (fRMN). Essa ci fornisce non solo le immagini delle parti anatomiche del cervello, ma ci permette di mappare quali aree cerebrali si attivano durante l'esecuzione di un determinato compito (eseguire un movimento, parlare, leggere, guardare una fotografia, ascoltare una musica, ecc...) che il paziente sta eseguendo. Il paziente sotto esame viene invitato ad eseguire alcune operazioni: ciò provoca il reclutamento e l'attivazione di aree cerebrali che sono specifiche per l'azione in atto. Quest'attivazione comporta un aumento di afflusso di sangue e di consumo di ossigeno (ossiemoglobina) in quella specifica area cerebrale. La macchina di risonanza è in grado di misurare la differenza (il gradiente) fra l'ossigeno in entrata e quello in uscita (in termine tecnico, fra ossiemoglobina - che non è paramagnetica - e desossiemoglobina, che è paramagnetica). Questa variazione viene visualizzata da un segnale in unità BOLD (Blood Oxygen Level Dependent), che si traduce in immagini di colore e di intensità cromatica diverse sul display del computer. E' però importante sapere che mentre le immagini di risonanza magnetica "normale" sono istantanee, quelle di fRMN non sono registrate e trasmesse in tempo reale, poiché sono il frutto di un'elaborazione matematica di dati che richiede più tempo. In altri termini: l'attività neuronale è rapidissima nell'atto di esecuzione di un compito, mentre l'elaborazione di una mappa 3D ha tempi più lunghi: ecco perché

viene chiesto al paziente di ripetere più volte il compito che gli abbiamo assegnato, con un intervallo di riposo che è solitamente di 16 secondi. La fRMN costituisce un fondamentale passo avanti nello studio della neurofisiologia: possiamo dire che è la prima volta che possiamo "fotografare" il cervello durante il suo lavoro. Siamo passati da un'immagine statica, all'immagine di una funzione in atto: da qui il termine "funzionale". Per noi neurochirurghi è anche il coronamento di un sogno: possiamo programmare, ad esempio, in caso di asportazione di un tumore, fin dove possiamo spingerci senza ledere aree funzionalmente eloquenti. Ma il fronte di maggior interesse è certamente quello dello studio dei cosiddetti "stati post-coma", in particolare dello Stato Vegetativo. Le ricerche condotte in questo campo da Owen e Laurey (2006) hanno notevolmente modificato le nostre conoscenze scientifiche su quelle forme cliniche che ritenevamo caratterizzate da "abolizione della coscienza", a seguito di grave lesione della corteccia cerebrale (in un recente passato, denominate "sindromi apalliche"). Documentando con fRMN che in realtà esiste ed è accertabile un'attivazione di aree corticali, il concetto di "assenza" di coscienza sta lasciando il posto al nuovo concetto di "coscienza sommersa", che lascia intravedere concreti spazi di ulteriore studio. Per completezza, va, infine, menzionato un altro campo di applicazione della fRMN: lo studio della "mente". Come funziona la nostra mente? Quanto le nostre strutture anatomiche neurologiche determinano la nostra libertà di scelta e il nostro comportamento? Esiste realmente un libero arbitrio o siamo in realtà "neurologicamente determinati"? Esiste una "mente etica" che è pre-esistente alle nostre scelte etiche? S'intuiscono immediatamente sia il fascino sia la gravosità antropologica della ricerca in questo senso... siamo alle soglie della cosiddetta "neuroetica", ma questo è un altro discorso, che - se vorrete - faremo in un'altra occasione.



*Neurochirurgo, Direttore Dipartimento Neuroscienze
Fondazione Poliambulanza - Brescia,
Consigliere Associazione Scienza & Vita



TERMINOLOGIA | Dal coma alla morte cerebrale passando per gli Svp

DISTURBI DI COSCIENZA PROLUNGATI 5 CONDIZIONI DA DISTINGUERE

di Gian Luigi Gigli*

1. COMA

Il coma è una condizione clinica dovuta a diversi tipi di danno cerebrale (strutturale o metabolico, a carattere focale o diffuso). Si tratta di uno stato di abolizione della coscienza e delle funzioni somatiche (motilità, sensibilità, espressione e comprensione verbale) associato ad alterazioni, talora marcate, del controllo e della regolazione delle funzioni vegetative o vitali, tali da rendere abitualmente necessario l'uso di supporti tecnologici o farmacologici.

Nel coma, il paziente giace immobile, ad occhi chiusi, in uno stato non suscettibile di risveglio e in assenza di risposte finalizzate a stimoli esterni o bisogni interni.

Le uniche risposte che si possono ottenere, più o meno alterate a seconda dei casi, sono di tipo riflesso.

2. STATO VEGETATIVO E STATO DI MINIMA COSCIENZA

Dopo un grave insulto cerebrale acuto, il paziente può restare in coma, solitamente per alcuni giorni o settimane. Se sopravvive, dopo tale periodo può uscire dal coma con una piena ripresa della coscienza o può transitare in una condizione di stato vegetativo o di stato di minima coscienza.

Per entrambe queste condizioni, l'uscita dal coma è segnalata dalla apertura spontanea degli occhi e dalla ricomparsa di un ritmo sonno veglia. Poiché le funzioni sostenute dal sistema nervoso vegetativo (respiro, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, diuresi, termoregolazione, ecc.) sono conservate, il paziente non necessita di macchinari (ventilatori) o di particolari sostegni farmacologici. Alcuni dei pazienti in stato vegetativo mantengono anche il riflesso della deglutizione, peraltro in modo spesso insufficiente a garantire un adeguato apporto alimentare. Essi possono essere accomodati in una sedia a rotelle e,

se accompagnati, non riconoscono alcun limite per le possibilità di spostamento.

Il paziente in stato vegetativo non mostra, apparentemente, alcuna consapevolezza di sé o dell'ambiente, anche se alcune risposte possono essere segnalate dall'osservazione attenta dei familiari.

Alla ricomparsa di risposte finalizzate e riproducibili, anche minime, ma indicative di una ripresa di contatto con l'ambiente, il paziente viene considerato uscito dallo stato vegetativo ed entrato nello stato di minima coscienza. In questi pazienti, l'alimentazione per bocca è più facilmente ottenibile. Il paziente può poi ulteriormente progredire fino alla ripresa della capacità di comunicazione.

La distinzione tra stato vegetativo e stato di minima coscienza non è facile anche per clinici esperti e richiede osservazioni attente e ripetute. Il tasso di errore diagnostico è molto elevato (circa 40%), ma può essere ridotto con l'ausilio di scale standardizzate, come la Coma Recovery Scale-Revised.

Peraltro, i progressi della neurofisiologia clinica e delle neuroimmagini (particolarmente della risonanza magnetica funzionale) stanno oggi rendendo sempre meno netta la linea di demarcazione tra lo stato vegetativo e lo stato di minima coscienza.

Lo stato vegetativo è gravato da un alto tasso di mortalità, ma sono molti i pazienti che ne escono: oltre il 50% di quelli da danno post-traumatico al termine del primo anno. Dopo tale periodo la percentuale di pazienti che riprendono la coscienza si riduce sempre di più con il passare del tempo, ma non esistono limiti assoluti per l'irreversibilità e la quota dei recuperi tardivi non è irrilevante.

Infatti, già i vecchi dati della MultiSociety Task Force (1994) indicavano che il recupero tardivo si verificava nel 10.7% dei pazienti post-traumatici e nel 5.5% dei non traumatici ancora in stato

vegetativo dopo un anno, pari all'8.4 % di tutta la casistica della MSFT ancora in stato vegetativo dopo un anno. Tali dati debbono oggi essere rivisti alla luce delle segnalazioni più recenti.

Si stima che in Italia possano esservi 2500 pazienti in stato vegetativo, la cui sopravvivenza si è allungata con il miglioramento delle cure. Si tratta di pazienti che non possono in alcun modo essere definiti come malati terminali.

3. SINDROME LOCKED-IN

Un quadro molto particolare è quello rappresentato dalla Sindrome Locked-in (sindrome del "chiavistello"). Si tratta di una sindrome da de-efferentazione, con immobilità assoluta (ad eccezione della motilità oculare), ma con coscienza conservata e presenza di chiara consapevolezza di sé e dell'ambiente.

I pazienti sono vigili e coscienti, ma privi di motilità (tetraplegici), di espressioni facciali e di possibilità di vocalizzazione (anartria). I deficit motori sono tali da rendere talora difficoltoso il riscontro dei segni di coscienza. Il paziente conserva tuttavia la possibilità di movimenti oculari sul piano verticale che spesso sono l'unico possibile strumento di comunicazione. Anche il ritmo sonno-veglia è conservato, così come lo sono la funzione uditiva e la visione. Lo stato emotivo è pure conservato, ma in acuto la valutazione cognitiva ed emotiva del paziente è molto difficile, a causa di una condizione di vigilanza fluttuante e di movimenti oculari inconsistenti e facilmente esauribili.



Il paziente può non essere del tutto tetraplegico e anartrico (forma incompleta) o, viceversa, può non essere più in grado di comunicare muovendo gli occhi (forma totale). In quest'ultimo caso la diagnosi differenziale con una condizione di coma o di stato vegetativo può essere particolarmente insidiosa.

La diagnosi è supportata da neuroimmagini suggestive di una lesione a livello della parte

ventrale del ponte (anche se esistono forme molto rare dovute ad altra causa) e da un esame elettroencefalografico simile al normale.

4. MORTE CEREBRALE

Infine, per morte cerebrale s'intende la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo (compreso il tronco dell'encefalo), ivi incluse le funzioni vegetative (che invece sono conservate nel paziente in stato vegetativo).

Il cervello non solo è danneggiato sul piano della funzionalità, ma anche su quello anatomico perché le cellule morte cominciano a decomporsi e gli enzimi che si liberano, conseguenza di questa decomposizione, aggrediscono e demoliscono le altre cellule innescando un meccanismo inarrestabile.

La morte cerebrale è uno stato irreversibile, irreparabile e definitivo che coincide con la morte della persona.

Le persone in morte cerebrale per la medicina e per la legge non sono più vive e deve essere sospeso loro qualsiasi trattamento terapeutico, a prescindere dall'eventuale interesse trapianto logico.





TACCUINO POLITICO | Attese le linee guida del ministero sulla RU486

ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE STOP SOLO SE “INEFFICACI”

di Ilaria Nava*

DAT: approvato martedì 23 febbraio, con 23 voti a favore e 13 contrari, l'emendamento al comma 5 dell'articolo 3, riguardante nutrizione e idratazione. Il testo, proposto dal relatore Domenico Di Virgilio (Pdl) ora recita: “Anche nel rispetto della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, alimentazione ed idratazione, nelle diverse forme in cui la scienza e la tecnica possono fornirle al paziente, 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”.

RU486: secondo quanto riferito da un'agenzia di stampa nel mese di dicembre il ministro del Welfare Sacconi avrebbe inviato una lettera alla Commissione europea, ricordando che il fulcro della legge 194 “è costituito dall'obbligo di abortire nelle strutture pubbliche, evitando qualsiasi forma di lucro e garantendo un percorso omogeneo e continuativo con un attento monitoraggio sia sanitario che di counselling all'interno del servizio sanitario”. Il ministro inoltre, rileva che la Ru486 rischia “di indebolire quegli aspetti di tutela sociale della maternità (che implica anche la maternità rifiutata) finora garantiti dalla legge nazionale”. Sono due le condizioni dettate dalla 194 e sottolineate nel testo inviato dal ministero: che l'intera procedura abortiva e l'avvenuta espulsione dell'embrione avvengano “in regime di ricovero ordinario nelle strutture sanitarie indicate dall'articolo 8 della legge 194 del 1978, in presenza di una specifica sorveglianza da parte del personale sanitario cui è demandata la corretta informazione sul trattamento sui farmaci da associare, sulle metodiche alternative disponibili e sui possibili rischi del metodo, in particolare relativi alla eventuale richiesta di dimissioni anticipate della paziente”. La seconda condizione è che “l'intera procedura sia sottoposta ad un attento monitoraggio in tutte le fasi del percorso abortivo, con particolare riferimento al momento dell'espulsione del prodotto del concepimento”.

Sono anche attese le linee guida preannunciate dal Ministero del Welfare per uniformare l'utilizzo della pillola abortiva, approvata dall'Aifa, l'agenzia italiana del farmaco, nel luglio scorso. Secondo le prescrizioni contenute nella delibera di approvazione, infatti, la procedura abortiva deve svolgersi all'interno di una struttura ospedaliera, secondo quanto previsto dalla legge 194 sull'aborto. Ma mentre Lombardia, Toscana e Veneto hanno già deliberato sul tema prevedendo il ricovero ordinario per tutta la durata del processo abortivo, altre, come Emilia Romagna, Piemonte e la Provincia di Trento hanno previsto solo il day hospital. L'intervento del Ministero, quindi, vorrebbe rendere omogenea e rispettosa della 194 la procedura dell'aborto farmacologico.

ELLAONE: in arrivo nelle farmacie italiane la “pillola dei cinque giorni dopo”, il nuovo prodotto di Hra Pharma da assumere entro 120 ore dal rapporto sessuale. Approvato con una procedura centralizzata a livello europeo, EllaOne è stata classificata come “contraccettivo d'emergenza” dall'Emea, l'ente europeo del farmaco. Una decisione che, ormai, l'Italia deve recepire, essendo già stata conclusa la fase di approvazione. La novità riapre con maggiore urgenza la questione dell'obiezione di coscienza dei farmacisti, che necessiterebbe di essere formalizzata con una legge ad hoc.

CURE PALLIATIVE: sempre alla Camera si è conclusa la settimana scorsa la discussione generale sul ddl contenente le disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. Un testo che era stato approvato dalla Camera il 16 settembre scorso e che poi era passato al vaglio del Senato, che ha licenziato il testo in seconda lettura il 27 gennaio scorso. In questi giorni, quindi, dovrebbero essere votate le modifiche - “per lo più formali e ininfluenti” secondo il Ministro Fazio - apportate da Palazzo Madama, per poi passare l'articolato al voto dell'Aula.



*giornalista



Quel participio rimasto nei polpastrelli del redattore di Viver Sani & Belli

NON HA “DOVUTO” MA “VOLUTO”... PRENDERE LA PILLOLA DEL GIORNO DOPO

di Umberto Folena*

«**F**ecundazione sbagliata.

Hanno fecondato il suo ovulo con lo sperma di un uomo che non era suo marito. Per questo ha dovuto prendere la pillola del giorno dopo». Viver Sani & Belli

La macchia è enorme ma anche piccina. È racchiusa nelle tre sillabe di un participio passato. “Dovuto”. Dovuto?

Farebbero bene a tacciarci di crudeltà e insensibilità, e delle consuete nefandezze da propaganda, se ci erigessimo a giudici e non ci calassimo nei panni – nel cuore, nei sentimenti, nella speranza, nella delusione – della donna che a causa dell'endometriosi non riesce a coronare il sogno di diventare madre. I primi due tentativi di fecondazione assistita falliscono. Il terzo riesce. Ma dopo poche ore le telefonano dall'ospedale: signora, s'è verificato uno spiacevole inconveniente...

Il seme utilizzato non era di suo marito. Quel figlio che aveva appena cominciato a crescerle in grembo era suo a metà. Un errore, nessuno è perfetto. Un errore del genere è inspiegabile, non dovrebbe succedere. Eppure di errori inspiegabili è piena la cronaca. È toccato a lei, signora, ci dispiace. Non possiamo non provare a diventare lei e a sentire la stessa ondata di delusione, e forse di rabbia, che può averla attanagliata. Non possiamo non provarci, ben sapendo che è impossibile comprendere fino in fondo la tempesta che le si è scatenata dentro. Infatti sarebbe crudele e ingiusto prendersela con lei. Il gesto che compirà – il gesto – può non essere condivisibile; sappiamo come ci piacerebbe comportarci se fossimo al suo posto; ma non possiamo sapere come davvero ci comporteremmo, se davvero sapremmo essere coerenti fino in fondo.

La donna va soltanto abbracciata, mai giudicata. Ma quel participio no. La macchia è quella. Perché “dovuto”? La donna – e su di lei, lo ripetiamo, nessun giudizio – ha “voluto” prendere la pillola del giorno dopo. Nessuno l'ha costretta. È stata una sua scelta; “libera” non sappiamo quanto, perché chi si trova nelle sue condizioni psicologiche, in mezzo alla tempesta, “libero” del tutto non può essere, per i troppi condizionamenti. Bastava scrivere: «Ha preso la pillola». Fine. Perché “dovuto”? Dov'è l'obbligo? Il dovere è tutto nella testa, nella pelle e nei polpastrelli dell'anonimo redattore della rivista. E la dice lunga sul clima culturale diffuso e dominante, secondo il quale in certi casi – in moltissimi casi – assumere una pillola abortiva (o anticoncezionale, come subito obietterebbe il redattore, anche se il concepimento

era già avvenuto...) è “obbligatorio”. Non siamo moralisti appollaiati sopra una nuvoletta. Sappiamo perfettamente che la scelta di quella madre di proseguire la gravidanza, portando in grembo un figlio concepito con uno sconosciuto, sarebbe stata eroica. E l'eroismo non è da tutti. Eppure la stessa cultura laica sembra, di tanto in tanto, proporre questo genere di eroismi. Sul “Giornale” del primo febbraio Maurizio Cabona cita Baciarmi ancora, il film di Gabriele Muccino, in cui l'avvocato quarantenne interpretato da Francesco Favino accetta che la moglie torni da lui, pur portando in grembo un figlio non suo: «La vita – spiega – non ci dà sempre le cose come le vogliamo, ma l'importante è che ce le dia». È un film; ma il suo gesto è rappresentato come normale. Un eroismo sottotraccia.



ViverSani&Belli N.6 - 5 FEBBRAIO 2010

Fecondazione sbagliata

Hanno fecondato il suo ovulo con lo sperma di un uomo che non era suo marito.

Per questo ha dovuto prendere la pillola del giorno dopo

Volevano un figlio da tanto tempo, ma il desiderio di una coppia padovana si è trasformato in un incubo. Dopo essere stata sottoposta alla fecondazione artificiale, la donna è stata contattata dall'ospedale, che l'ha invitata a recarsi con urgenza al centro dove era stata eseguita la fecondazione. Lì la signora ha ricevuto una brutta notizia: il seme con cui era stato fecondato l'embrione che aveva in grembo non era del marito. Sotto shock, la 33enne ha deciso di interrompere la possibile gravidanza. La coppia si poi è rivolta a un legale per chiedere un risarcimento. La coppia non riusciva a concepire. Secondo quanto hanno riportato le cronache, la coppia non riusciva a dare inizio a una gravidanza a causa dell'endometriosi, una malattia molto seria che colpisce l'apparato riproduttivo femminile e può causare sterilità. ... Alla laparoscopia per la cura chirurgica dell'endometriosi si era sottoposta anche la signora protagonista di questo sfortunato evento e aveva subito anche una parziale rimozione dell'intestino, dove si erano insediati focolai endometriosici. La donna aveva, poi, scelto la strada della fecondazione assistita per avere un bambino e si era rivolta all'azienda ospedaliera padovana. Dopo un primo tentativo effettuato lo scorso settembre e purtroppo fallito, qualche mese dopo la coppia si era sottoposta a un secondo procedimento. Nei giorni successivi però, i due vengono contattati d'urgenza e invitati a recarsi in ospedale, dove viene loro riferita la notizia che nella fecondazione assistita è stato, per errore, utilizzato il liquido seminale di un uomo diverso dal marito della donna. Sotto shock, la 33enne ha deciso di interrompere la possibile gravidanza. Dopo il traumatico evento, la coppia si è rivolta a un avvocato per chiedere un risarcimento dei danni subiti. Secondo il legale dei due, è probabilmente avvenuto un errore umano che ha causato lo scambio del liquido seminale. Il giorno in cui è stata effettuata la seconda fecondazione, infatti, c'era anche un'altra coppia in attesa di sottoporsi al medesimo procedimento.

*Giornalista

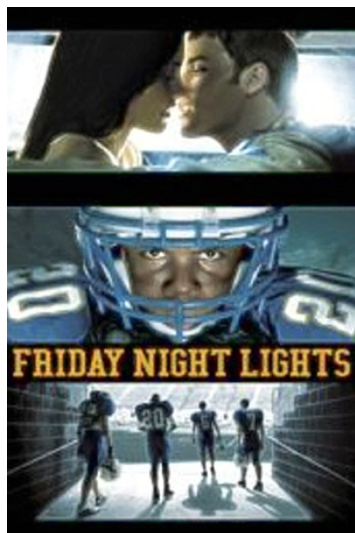


“Friday Nights Lights”, un teen drama ambientato in una piccola cittadina del

C'E' UN'AMERICA CHE NON RACCONTA L'ABORTO COME UN EVENTO ORDINARIO

di Olga Calabrese

Se c'è ancora qualcuno che pensa che negli Stati Uniti l'aborto sia un argomento superato, ormai quindi considerato solo come un evento ordinario, parte integrante del bagaglio esperienziale di una donna moderna, si sbaglia di grosso. L'America, infatti, non è solo quella delle “mille luci” di New York o delle immense spiagge della California. Il Paese dove tutto è possibile è anche costituito da quegli Stati più silenziosi dove ancora si giocano battaglie politiche ed etiche, che riscaldano le piccole comunità di provincia a stelle e strisce. A raccontarci queste due diverse anime dell'America di oggi è ancora una volta la televisione, o meglio la serialità televisiva. Smessi i panni di cattiva o buona “maestra” racconta storie complesse attraverso una neutralità narrativa, che spinge il telespettatore non solo a riflettere, ma anche a prendere posizione.



La realtà americana raccontata dal “teen drama” Friday Night Lights è quella di una piccola cittadina del Texas che vive in funzione della squadra liceale di football: i “Dillon Pathers”. Proprio lì dove lo sport è vissuto come una religione, la religiosità popolare ha un peso maggiore su quelle che possono essere definite scelte etiche e morali. La storia di interruzione di gravidanza, raccontata nella quarta stagione del telefilm dell'Nbc è molto semplice, ma è particolarmente interessante il contesto sociale che viene mostrato.

Un giocatore di football mette incinta una ragazzina, a sua volta figlia di una ragazza madre. La

giovanissima, in virtù dell'aver vissuto l'esperienza di sentirsi una “figlia-errore”, sembra da subito determinata a scegliere l'aborto. Prima di confessare alla madre di essere in stato interessante e su consiglio di un amico, la ragazzina si consulta con la preside del liceo più importante della città (non quello da lei frequentato). La donna si offre di aiutare la ragazza, indicandole tutte le possibilità a sua disposizione e dicendole che nel caso fosse accaduto a sua figlia, lei l'avrebbe sostenuta in qualsiasi decisione avesse preso. Ignorando i dubbi del potenziale padre, il quale sembrava voler dare una possibilità di vita a questo figlio, la ragazza, accompagnata da una madre insensibile e impassibile, si reca in una clinica e interrompe la gravidanza indesiderata. A scelta fatta, nonostante gli inevitabili strascichi fisici ed emotivi sembra che tutto possa ritornare alla tranquillità, se non fosse per un piccolo particolare: il giovane partner aveva confidato ai suoi genitori, agricoltori e ferventi cristiani, di aver messo incinta la ragazza. Quando questi ultimi vengono a sapere dell'interruzione di gravidanza, ultimata a insaputa del ragazzo, cercano un capro espiatorio per tutta questa triste vicenda. I due coniugi, distrutti dall'idea di aver perso il loro nipote, identificano il capro espiatorio nella preside che aveva offerto alla giovane la sua consulenza, fuori dal suo ambito lavorativo. Per la donna inizia un vero e proprio calvario, sit in di protesta, articoli sulla stampa locale, atti di vandalismo contro la sua abitazione, un percorso che porta fino al dover scegliere tra le scuse pubbliche o il licenziamento. La preside, convinta di aver semplicemente seguito il protocollo, pur di mantenere il suo ruolo, sceglie una scorciatoia. Al posto del licenziamento, chiede di essere trasferita nel liceo della zona povera della città, nel ruolo di consulente scolastica. Alla luce dei fatti, la donna subisce le conseguenze del dissapora della piccola comunità texana in cui l'aborto è ancora un tabù, una scelta da non fare agli occhi degli uomini e agli occhi di Dio.

Il merito della serie, che parlando di sport racconta verità americane, è quello di presentare un caso di vita, semplicemente mostrando le conseguenze di una scelta in un particolare contesto sociale.

Non ci sono moralismi né apologie spudorate dell'aborto, ma solo la cronaca immaginaria di un caso che probabilmente nella realtà è più comune di quanto si possa pensare.





UNA ALTERNATIVA ALLA LAICITÀ'

di Luca Diotallevi

Ed. Rubbettino (2010), pp. 262, ISBN: 978-88-498-2368-4, € 14,00

“ [...] LA LAICITÀ

Non c'è dubbio che il ruolo sociale della religione e il rapporto di questa con la politica siano oggi molto discussi, e in modo molto vivace. È difficile misurare adeguatamente l'andamento dell'interesse dell'opinione pubblica, ma credo si possa sostenere che nell'ultimo quarto di secolo a questo tema sia stata accordata più attenzione che nel periodo precedente, nelle società occidentali e non solo. Trasformazioni di vario genere hanno attivato la ricerca di soluzioni nuove, di nuovi modi di regolare i rapporti tra religione e politica (e in particolare tra poteri religiosi e poteri politici), o la ricerca di nuove iniziative per consolidare soluzioni già sperimentate e sulle quali – nonostante tutto – si ritiene doveroso insistere. Spesso, questo processo si svolge sotto il titolo e nella prospettiva della laicità. Con questo termine ci si riferisce a un insieme di tradizioni, comprendente conoscenze, valori, norme. Spesso la ricerca e il confronto si dirigono verso ipotesi di riqualificazione della laicità (“buona”, “sana”, “positiva”...) o di una sua più o meno profonda revisione (cominciando, ad esempio, col contrapporre “laicità” e “laicismo”). Laicità indica sempre più spesso, se non sempre, un valore da perseguire, o l'indistinto insieme di un problema e della sua soluzione, e non solo di una delle soluzioni storicamente date a quel determinato problema. Per questa via, fatalmente, si finisce o con l'accrescere la polisemia del termine laicità o con lo scivolare verso l'ideologia. Certamente in Italia, ma non solo, è nella laicità che prevalentemente si cercano soluzioni alle questioni che si sono riaperte relativamente al ruolo pubblico della religione, a cominciare dal problema del suo rapporto con la politica. Infatti,

si resta saldamente dentro la prospettiva della laicità quando la causa della sua crisi è ricercata semplicemente nei fenomeni di deprivatizzazione della religione, siano essi visti con favore o con paura. Né lo scenario muta quando la crisi della laicità è interpretata come sfida radicale alla modernità: “Se laicità, allora modernità; se non più laicità, allora non più modernità”. La laicità resta il riferimento dentro cui o contro cui – poco cambia – si cerca una soluzione al ruolo pubblico della religione. Ecco, a me pare che questo modo di affrontare la questione possa rivelarsi pregiudizievole, sia perché non è in grado di orientare verso soluzioni adeguate o per lo meno soddisfacenti, sia perché è frutto di un vero e proprio pregiudizio, ovvero di un orientamento culturale che preleziona la finestra di opportunità in modo non sufficientemente autocritico. Di fronte a tutto ciò, in breve, l'obiettivo di queste pagine è quello di introdurre o legittimare un interrogativo. Ciò che si vorrebbe è richiamare l'attenzione su qualcosa che nella quasi totalità dei casi si tende a dare per scontato. Purtroppo, chi scrive non è in grado di fornire suggerimenti operativi rispetto ai problemi della “laicità”. Del resto, la mossa qui suggerita – farsi una domanda o una serie di domande – non comporta una riduzione delle strade che la ricerca e l'azione possono intraprendere. Semmai, preso sul serio, questo interrogarsi apre una prospettiva nella quale diviene maggiore il numero delle soluzioni a disposizione.



Con l'autorizzazione dell'autore,
si riporta una parte della premessa



CIELO DI PLASTICA: L'ECLISSE DELL'INFINITO NELL'EPOCA DELLE IDOLATRIE

Luigi Alici

Ed. San Paolo (2009), pp. 182, ISBN-13: 978-8821564895, € 12,00

“ [...] Si potrebbero ricordare molti altri testi, unanamente sospesi – come questi – tra lo stupore dell'infinito e l'invito a non banalizzare il mistero. Un duplice avvertimento da non smarrire, quando ci si mette in viaggio in quella «terra di mezzo» tra finito e infinito che è la nostra vita; un viaggio che anche questo libro vorrebbe intraprendere, sia pure attraverso una strada insolita. «La filosofia non può darci il paradiso, ma può dirci se ne abbiamo bisogno e dove non dobbiamo cercarlo». Così si concludeva un mio libro precedente, così credo sia giusto incominciare questo. Oggi assistiamo ad una proliferazione di paradisi artificiali a buon mercato nelle forme e nei luoghi più diversi: nella sfera privata e in quella pubblica; non solo all'esterno, ma addirittura all'interno della vita cristiana; alla periferia esteriore, come anche nella radice interiore e personale della nostra stessa vita. Mentre continuiamo a pensare, dinanzi al mistero di Dio, che l'umanità possa dividersi semplicemente fra credenti e non credenti, assistiamo al dilagare di una patologia del credere che sembra non risparmiare nessuno. La vera alternativa, probabilmente, non è tra l'aver e il non avere una fede, ma tra autenticità e inautenticità del credere; tra una fede aperta alla trascendenza e una fede idolatrica, chiusa su se stessa. Più che negare il cielo, il vero pericolo consiste oggi nella tentazione di ricrearlo sulla terra; una tentazione che possiamo correre tutti: il credere non è una variabile facoltativa, di cui avrebbe il monopolio l'uomo religioso, ma appartiene allo statuto elementare dell'umano, costantemente in bilico fra cielo e terra. Per questo, soprattutto oggi, dobbiamo cercare di sgonfiare quel cielo di plastica che ci impedisce di allungare lo sguardo e d'interrogarci con coraggio, senza troppi giri di parole, intorno al volto di Dio. Solo alzando la testa

verso il cielo possiamo lasciarci sorprendere dalla sua luce. Forse è proprio il senso di questo stupore elementare che non sappiamo più trasmettere ai nostri figli. Per neutralizzare la seduzione idolatrica che mortifica la vocazione infinita del credere abbiamo tutti bisogno, in misura diversa, di anticorpi. Invitando a rileggere la propria vita con una maggiore vigilanza critica, questo libro vorrebbe almeno aiutare a riconoscere l'urgenza di una salutare scossa anti-idolatrica; un messaggio che può essere rivolto a ognuno di noi: a chi crede di non credere, perché continui a cercare, e a chi vive una fede cristiana pigramente adagiata su se stessa, perché non profani l'altezza dell'infinito con l'arroganza di false sicurezze o con la banalità dell'abitudine. Il tema centrale è sviluppato attraverso due itinerari distinti, ai quali corrispondono registri stilistici diversi: una rima parte aiuta a rileggere, in chiave narrativa, un tornante decisivo della nostra storia più recente, segnata dal '68 ad oggi da trasformazioni profonde nella cultura e nel costume; una seconda parte cerca di tracciare, in chiave espositiva, una mappa delle tendenze idolatriche dominanti, con l'intento di suggerire qualche passo – spero utile, certo sufficiente – di un percorso in cui alla caduta degli dèi possa corrispondere la ricerca di una nuova sapienza del cuore. Nel libro, scaturito dall'incontro con tanti volti e in un certo senso “scritto” da tante mani, vorrei trasformare la consapevolezza di un debito che viene da lontano in un circolo virtuoso di riconoscimento e riconoscenza; tuttavia la responsabilità del risultato finale è soltanto mia e consente di misurare facilmente lo scarto fra la ricchezza di quel dono e la povertà di questa restituzione.



Con l'autorizzazione dell'autore
si riporta una parte della premessa