La notizia

Legge sul fine vita, l'inciampo del «registro»?

di Francesco Ognibene

Se ci si limita ai numeri, non c'è partita: i 326 sì e i 37 no il 21 aprile alla Camera per la legge che, una volta approvata da entrambi i rami del Parlamento, introdurrebbe in Italia le «Disposizioni anticipate di trattamento» non lasciano molti dubbi quanto ai rapporti di forza tra chi una norma così la vuole e chi invece chiede di correggerla. Premesso tuttavia che a Palazzo Madama il conteggio delle forze in campo è più incerto, va considerato anche un altro peso: quello delle ragioni che militano per una revisione di alcuni passaggi chiave.
E in un caso almeno non si tratta di un'opinione che ne fronteggia altre, ma di un ben preciso problema tecnico. «La legge regionale del Friuli Venezia Giulia che nel marzo 2015 aveva introdotto il biotestamento su scala regionale è stata dichiarata illegittima dalla Corte Costituzionale il 14 dicembre 2016 – ricorda puntigliosamente Domenico Menorello, avvocato, deputato ex di Scelta civica e ora vicino a Stefano Parisi – per un semplice motivo: la materia, ha detto la Consulta con la sentenza 262, è riservata allo Stato, che ha il compito esclusivo di organizzare le volontà di fine vita su base nazionale. Si dichiarava così infondata la pretesa di istituire un registro regionale dei testamenti biologici affermando che una simile raccolta non può essere a carico degli enti locali ma dello Stato, che se ne deve assumere i relativi oneri organizzativi ed economici. Su questo punto però chi ha voluto la legge non ha ascoltato noi che ci siamo opposti: e ora all'articolo 6 vengono fatti valere tutti i più disparati documenti già depositati presso Comuni o notai, senza prevedere alcun registro nazionale. A me questa pare una falla clamorosa che andrà colmata al Senato, pena l'incostituzionalità della legge. Non credo peraltro che tutte le amministrazioni locali vogliano accollarsi questa spesa che non gli compete».
Ma perché tanti deputati contro pochi non hanno voluto ciò che la Consulta ha ritenuto indispensabile appena quattro mesi fa? Semplice: un registro nazionale comporta l'allestimento di una struttura e di un'architettura informatica uniforme per la consultazione in tempo reale da parte di qualunque medico di ciò che quel paziente ha disposto. Ciò significa una spesa, che farebbe cambiare radicalmente profilo a una legge nata "senza oneri". Ci vuole tempo, e un riesame della legge. Chi avrà l'onestà di riconoscerlo?

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Eutanasia in Olanda? Su ciechi e depressi

di Maria Cristina Giongo.

Da un'analisi approfondita della legge sull'eutanasia e il suicidio assistito entrata in vigore in Olanda il 1° aprile 2002 si evince che in questo Paese la situazione è ormai sfuggita di mano. È appena stato pubblicato infatti il rapporto della Commissione di controllo (Rte) con i dati del 2016, documento che attesta una crescita delle morti per eutanasia, salite in totale a 6.091, sfondando per la prima volta quota seimila casi. Nel 2010 i decessi a seguito di richiesta accolta di accedere all'eutanasia erano stati 3.136, nel 2011 arrivarono a 3.695, nel 2012 si giunse a 4.188 per poi crescere a quota 4.428 nel 2013, a 5.306 nel 2014 e infine a 5.516 nel 2015, con un aumento dunque del 10,4% in un solo anno. Nel dettaglio, la ripartizione per sesso nel 2016 è stata di 3.130 uomini (il 51%) contro 2.961 donne (49%).
Leggendo con attenzione i dati, ne esce avvalorata la tesi che la legge negli ultimi anni sia stata interpretata troppo liberamente. Ecco alcune cifre eloquenti: nel 2010 è stata applicata per 25 persone affette da demenza e 2 con gravi disturbi psichici, nel 2011 i casi sono saliti a 49 e 13, raddoppiando nel 2015, quando le due categorie hanno raggiunto quota 109 per i casi di demenza e 56 per le malattie psichiche. Soltanto 10 di questi casi sono stati denunciati all'autorità giudiziaria.
Si tratta di statistiche importanti per capire la preoccupazione espressa dalla stessa Commissione nazionale chiamata a esaminare i casi accertati, tenendo conto che all'inizio riguardavano, per circa l'83%, malati terminali di cancro. In seguito sono state "trattate" con l'eutanasia altre patologie non giunte ancora allo stadio terminale: è il caso di Parkinson, sclerosi multipla, malattie cardiovascolari gravi, sino alla demenza (già giunta al 2% dei casi di eutanasia nel 2016), oltre a cecità e disturbi psichici (questi ultimi ormai all'1%). Va ricordato che in Olanda la legge sull'eutanasia non è mai stata cambiata se non, nel 2013, per sostituire il farmaco usato per la sedazione iniziale con un altro più efficace.
Ma c'è un altro dato importante che entra da protagonista in questa vicenda. Un mese fa nei Paesi Bassi si è infatti svolta un'importante tornata di elezioni politiche, e il governo non è ancora stato formato. In Olanda più che altrove la formazione di un nuovo esecutivo avviene soltanto dopo che i partiti di un'eventuale coalizione si sono messi d'accordo con chiarezza sui temi di discussione fondamentali: uno di essi, sul quale si registra ancora totale disaccordo, è proprio quello inerente l'eutanasia. Non a caso è stato incaricato il ministro della Sanità uscente, Edith Schippers, di cercare soluzioni per la configurazione di un nuovo governo. Il Partito di centrosinistra D66, che dovrebbe far parte della nuova compagine alla guida del Paese, chiede che si concedano l'eutanasia e il suicidio assistito a chi ha più di 75 anni, pur privo di particolari disturbi fisici, ma che ha il desiderio di uscire da una vita nella quale non vede più alcun senso.
Questa proposta era già stata respinta dal Parlamento l'anno scorso, ritenendola inaccettabile sia per i credenti sia per qualsiasi persona dotata di senso etico, umano e sociale. La stessa Commissione chiamata a vigilare sull'applicazione della legge sull'eutanasia ha concluso il suo rapporto relativo all'anno 2016 con una domanda: «A cosa è dovuto l'aumento dei casi di eutanasia? Forse al fatto che i medici hanno cominciato a compierla senza tanti scrupoli e con incuria, senza valutare, come prescrive la legge, se si tratta veramente di sofferenza insopportabile e di malattia senza possibilità di cura? Oppure i medici si stanno piegando alla volontà del paziente, arrivato quasi a imporre la sua decisione?». Da qui l'esplicita richiesta di «un maggior controllo e di pene più severe nei casi in cui l'eutanasia non sia stata attuata a norma di legge».
Attualmente il medico che vìola la normativa sul fine vita se la cava con un'ammenda. Notevole è stata l'azione di un'associazione di medici e farmacisti che si batte contro l'eutanasia, che hanno pagato uno spazio pubblicitario su alcuni quotidiani, autotassandosi per protestare contro questa pratica diventata sempre più estrema. La verità è che – pur in presenza di dati globali in continua crescita – si va facendo largo nella categoria medica la riflessione sull'opportunità di assumersi la drammatica responsabilità di dare la morte al proprio paziente, mentre per professione si era scelto di dedicarsi a curare e salvare vite umane.
Quasi a confermare questa tendenza, tra pochi mesi sarà messa in atto un'ulteriore forma di controllo sull'eutanasia da parte del Rte che prenderà il nome di «Reflectiekamer» («Camera di riflessione»). Ne faranno parte due giuristi, due appartenenti a un comitato etico, due medici e lo stesso segretario dell'organizzazione. Fra due anni verranno resi pubblici i risultati dello studio di questo nuovo organismo di vigilanza.

I dati 2016 mostrano un incremento del 10% in un anno, con la crescita di casi non previsti dalla legge

© RIPRODUZIONE RISERVATA

I dementi e chi cambia idea: l'angoscia dei casi «dubbi»

Nelle pieghe del rapporto annuale sull'applicazione della legge sull'eutanasia in Olanda emergono storie in grado di far capire qual è la china lungo la quale si sta avviando l'applicazione pratica. Ci si imbatte, ad esempio, nel caso di una donna alla quale non erano state iniettate le dosi corrette di narcotico per indurne il coma, per cui continuava a svegliarsi durante la procedura, chiedendo spaventata «ma come, non sono ancora morta?». Colpisce anche il caso del medico di famiglia di un malato di Parkinson di 55 anni sottoposto alla procedura eutanasica nonostante il parere contrario del neurologo e dello psichiatra: questi infatti avevano dichiarato che i tremori e la depressione di cui il paziente soffriva non erano sufficienti per accogliere la sua richiesta di morte procurata. Rinviato a giudizio anche un medico per l'eutanasia di una donna affetta da Alzheimer, "terminata" tenendola ferma con la forza nonostante al momento della prima iniezione avesse dato chiari segni di aver cambiato idea. In riferimento a questo episodio da film dell'orrore, nel rapporto stilato dalla commissione di controllo Rte si legge testualmente: «È importante capire se, quando un paziente demente tira indietro il braccio nell'attimo in cui gli viene fatta la prima iniezione questo sia un esplicito segnale di richiesta a non procedere, oppure una reazione di paura, forse di dolore per la puntura dell'ago in vena».

REGIONALE TOETSINGSCOMMISSIES EUTHANASIE
RTE
JAARVERSLAG 2016

Il Rapporto olandese raccoglie anche storie drammatiche concluse in modo più che sospetto. Le domande della Commissione su paure e tremori davanti alla morte

A questo punto sorge una domanda: ma gli atti di eutanasia del 2016 si sono svolti tutti a norma di legge? Secondo la Commissione, sì. Eppure non si può fare a meno di notare, ancora una volta, come si stia allargando lo spettro di applicazione della legge, tenendo conto che nel 2011 e nel 2012 non è stata segnalata alcuna eutanasia su anziani senza gravi patologie mentre nel 2015 i casi sono stati 183 (il 3%), raggiungendo nel 2016 il 4% dei casi di eutanasia su persone afflitte dai classici malanni dovuti all'età. Significativo il caso di un'anziana sofferente di artrosi, artrite reumatoide e maculopatia senile. La donna aveva già subìto due operazioni al femore e altrettanti inserimenti di protesi alle ginocchia. Con il passare del tempo aveva sempre più male agli arti, non riusciva più a leggere, scrivere, vedere la tv. Non usciva di casa e tra le mura domestiche si muoveva sempre meno per paura di cadere. Il suo medico ne aveva accolto la richiesta di porre fine a una vita che le pareva non avesse più senso continuare.
Altro caso sintomatico è quello di un paziente affetto da Alzheimer, accudito in casa dalla moglie, spesso aggressivo, intrattabile. Durante il decorso della malattia, in un momento di lucidità in cui «palesava un'evidente sofferenza e ansia», il medico curante gli chiese se desiderava che fossero rispettate le sue volontà, espresse in un testamento biologico. Rispose affermativamente. In seguito peggiorò, non riconosceva più i suoi cari. Fu allora che i medici decisero che per lui era arrivato il tempo di morire. E gli praticarono l'eutanasia.

Maria Cristina Giongo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NEWS

Per il cancro la «morte medicalmente assistita»

Il «Journal of American Medical Association» (Jama), la rivista ufficiale dell'associazione dei medici statunitensi, ha pubblicato un articolo dal titolo «Bilancio di 18 anni di legge per la morte con dignità in Oregon». Il «Death with dignity Act» – è il titolo della legge – è stato infatti approvato nell'ottobre 1997 e le statistiche complete sono disponibili dal 1998 al 2015.
Le morti causate da eutanasia e suicidio assistito (o meglio, ascrivibili a «Pad-Physician-Aided Dying, «morte medicalmente assistita», come viene definita) sono 38,6 ogni 10mila decessi, tra i motivi che causano la richiesta di porre fine alla propria esistenza il cancro è il più diffuso. Per questo nel testo si definisce il suicidio assistito come una pratica che può portare considerevoli benefici a coloro che si trovano ad affrontare la parte terminale della vita. Il contributo evidenzia quanto più volte già sottolineato – anche su queste pagine –in merito all'applicazione dell'eutanasia negli Stati che l'hanno legalizzata: l'aumento esponenziale delle autorizzazioni, che in Oregon sono passate da 24 (1998) a 215 (2015). Su 1.545 prescrizioni mediche di dosi letali per il paziente sono state 991 quelle effettivamente somministrate. Tra queste, il 77% ha riguardato pazienti oncologici, l'8% malati di Sclerosi laterale amiotrofica, su percentuali minori sono patologie polmonari, cardiache e Hiv. All'atto della richiesta nove pazienti su dieci hanno dichiarato di voler morire poiché la vita quotidiana non era più della qualità desiderata e avevano perso la propria autonomia. Otto su dieci hanno aggiunto anche la perdita di dignità. Solo in un caso su quattro la motivazione era da ricercarsi nel dolore fisico insopportabile. Numeri che fanno riflettere se si pensa che la legge era nata per concedere la morte a pazienti adulti, capaci di intendere e di volere e con un'aspettativa di vita di sei mesi.

Lorenzo Schoepflin

Ontario, fine a richiesta con il numero verde

A neanche un anno dalla legge che, lo scorso giugno, ha introdotto il suicidio assistito in Canada a livello federale e già si pensa alla sua estensione a livello provinciale. Particolare è il caso dell'Ontario, la provincia che ha per capoluogo Toronto (la città più popolosa del Paese), dove in aggiunta a quella federale si sta discutendo una legge locale (Bill 84) per introdurre il suicidio assistito. Il cardinale Thomas Christopher Collins, arcivescovo di Toronto, è intervenuto alle audizioni pubbliche affermando che i medici che si rifiutano di uccidere un paziente «hanno bisogno di protezione, in modo che possano agire secondo la propria coscienza». Dal mese di maggio proprio in Ontario sarà disponibile un «servizio di coordinamento» per l'assistenza incaricato di fornire informazioni e indicazioni a coloro che vogliono richiedere il suicidio assistito. L'annuncio è arrivato dal ministro della Salute dell'Ontario, Eric Hoskins. L'obiettivo è quello di bypassare il personale medico-sanitario che si oppone al suicidio assistito per motivi di coscienza in quello che appare un vero e proprio braccio di ferro con l'esecutivo. Secondo i dati forniti dal governo locale di Toronto, dall'entrata in vigore della legge federale fino allo scorso 30 marzo sono state 365 le persone che hanno deciso di ottenere la propria morte attraverso l'eutanasia. Il numero verde, che sarà gratuito, è già stato ribattezzato la «hot line della morte».

Simona Verrazzo

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Punti fermi

«È il momento di dare nuovo senso al dolore»

di Fiorenzo Facchini*

L'antropologo Facchini: ponendo la scelta del paziente come un principio assoluto, la legge sulle Dat svaluta altri valori, come la vita e la missione del medico. E il consenso è ridotto a esigere ciò che si vuole

La legge sulle Dat non riguarda soltanto le «disposizioni di trattamento» nel fine vita che il cittadino può indicare, ma si estende al trattamento del malato. L'orizzonte è molto più vasto. Il principio cardine della legge è infatti il rispetto del consenso informato, stabilito dall'articolo 32 della Costituzione. Questo rispetto, oltre a esprimersi nelle eventuali disposizioni di trattamento (che comunque non sono un obbligo per il cittadino), deve informare il rapporto del medico col paziente e include i vari interventi sul malato (terapie, farmaci, prestazioni del personale sanitario...). Il principio del consenso richiesto non è solo ispiratore della legge ma tende a condizionare ogni intervento, quasi che il paziente sia in grado di conoscere e decidere che cosa è più conveniente per lui. Il consenso informato viene di fatto a coincidere con la libertà di scelta delle terapie e di tutto ciò che il malato vuole. Qui si manifesta il grosso limite di una legge che sancisce come un assoluto la libertà del paziente. Libertà da chi e da che cosa? Dalle terapie necessarie o utili? Libertà di chiedere la cessazione delle cure e quindi la morte? Questo principio, se assolutizzato, comporterebbe la scelta di vivere o di morire, di lasciarsi morire o di chiedere di farla finita, scontrandosi con le finalità intrinseche della medicina e della professione medica, a cui si chiederebbe qualcosa che esorbita dai suoi scopi. Nella discussione alla Camera si è proposto di prevedere l'obiezione di coscienza per i medici e anche per le strutture ospedaliere promosse da enti religiosi. La legge ha cercato di ovviare in parte al problema limitandosi ad affermare che il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia e alle buone pratiche clinico-assistenziali (comma 7, articolo 1), precisando che in merito il medico «non ha obblighi professionali» (comma 6).
La legge si muove nella linea di evitare l'accanimento terapeutico (e su ciò la bioetica è d'accordo) ma dovrebbe essere evitato anche l'abbandono terapeutico, che assumerebbe la connotazione di abbandono eutanasico. Altro scoglio è il problema dell'idratazione e nutrizione artificiali dichiarate tout-court trattamenti sanitari e in quanto tali nella possibilità di scelta del paziente. Ma ciò non è vero in assoluto. Essi infatti possono assumere i caratteri di un trattamento sanitario quando si associano ad altre patologie, ma vi sono situazioni – come negli stati di minima coscienza – in cui la nutrizione assistita rappresenta una modalità di mantenimento in vita della persona nella speranza di un risveglio o di qualche percezione di coscienza. Rifiutarla a priori, a distanza di tempo, quando non si conoscono neppure le condizioni in cui ci si può trovare, non ha senso, e diventa la scelta di un suicidio assistito che non rientra tra gli scopi della medicina, oltre a essere contro le leggi vigenti.
La norma approvata alla Camera, oltre ad abbracciare tutto l'orizzonte del rapporto medico-paziente (molto più vasto del possibile trattamento previsto da una legge sul fine vita), solleva problemi culturali molto seri. Prima di tutto il principio dell'autodeterminazione, che va riconosciuto ma non può diventare un assoluto, se non in una società in cui vengono sacrificati altri valori, quali la vita e la missione del medico. In questo quadro si ripropone, oltre al richiamo al valore della vita, il significato della sofferenza e della morte che contraddistinguono la condizione umana e richiedono una consapevolezza e una ricerca di altri valori che consentano di affrontare l'evento doloroso della fine serenamente, senza disperazione. A questo riguardo possono aprirsi gli orizzonti della visione cristiana. E' un compito particolare a cui sono sono chiamate le comunità cristiane: l'evangelizzazione della sofferenza e della morte.

***sacerdote, paleontologo e antropologo
professore emerito dell'Università di Bologna
assistente ecclesiastico
dell'Associazione medici cattolici di Bologna**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSlyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxNy0wNC0yN1QxMDozNToxMSMjI1ZFUg==

«Terapie intensive aperte» per dare tempo agli affetti

Dopo quattro anni di attesa, la realizzazione di "reparti di terapia intensiva aperta" sarà discussa finalmente in Parlamento. La prossima settimana in Commissione Affari sociali della Camera inizierà il suo iter il ddl che intende riportare al centro la necessità di affetti e relazioni personali e familiari del paziente al fine di «garantire l'umanizzazione delle cure e il rispetto della dignità». In concreto, si intende ampliare gli orari di visita ai pazienti adulti da parte dei familiari fino a non meno di 12 ore al giorno, che si espandono all'intera giornata per i familiari nei reparti di terapia intensiva pediatrica e neonatale. Si pensa anche a «identificare modalità assistenziali» per rendere il meno possibile traumatica la degenza, soprattutto per i minori, creando adeguati itinerari formativi per i medici e gli infermieri. Particolare attenzione viene data alla famiglia, introducendo la figura di uno psicologo di supporto ma anche la necessità di «tempi e modalità per un'adeguata comunicazione al fine di una piena condivisione delle informazioni e una migliore partecipazione alle decisioni diagnostico-terapeutiche», prevedendo spazi attrezzati per i parenti.

Danilo Poggio

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Sintomi di felicità

Quando bastano «poca scienza e un po' di cuore»

di Marco Voleri

Quando Rossini presentò la *Petite Messe Solennelle*, in una sala privata a Parigi nel marzo del 1864, scrisse una lettera a Dio. «Buon Dio, ecco terminata questa povera piccola Messa. Ma ciò che ho prodotto è *musique sacrée* o *sacrée musique*? Io ero nato per l'opera buffa, tu lo sai bene! Poca scienza, un po' di cuore, tutto qui. Sii dunque benevolo e concedimi il Paradiso. G. Rossini». Ho scelto questa composizione, per la seconda tappa dei «Sintomi di Felicità Tour» (che eseguiremo sabato sera a Lucca), perché mi sta molto a cuore. Brilla di luce propria ed è una composizione che tocca con semplicità l'anima. Di *petite*, nel capolavoro sacro rossiniano, non c'è nulla. L'opera è intrisa di poesia, a partire dal «Kyrie»: l'harmonium, strumento francese per definizione dal suono caldo e profondo, regala intensi colori di suono, e nel «Crucifixus» compie un intervento struggente. Riprendendo in mano questo spartito, che ho avuto la fortuna di affrontare più volte nella mia breve carriera di cantante lirico, non ho potuto fare a meno di emozionarmi davanti ad alcuni passi musicali. Il duetto delle due protagoniste femminili della Messa, «Qui tollis», dona un'armonia ricca di passione. Il «Domine Deus» potrebbe essere tranquillamente classificato, a mio avviso, come tipica aria operistica tenorile di stampo eroico. Acuti e dinamiche piene di sentimento. Poi ci sono le spettacolari fughe, e il «Credo», che è un capolavoro nel rappresentare una particolare felicità e una fede profonda. La Messa Rossiniana si conclude con l'«Agnus Dei», col suo indescrivibile canto di chiusura. Ciò che mi ha maggiormente colpito, ristudiando *Petite Messe Solennelle*, sono le dinamiche indicate sullo spartito, grande parte del successo di questo capolavoro: si trovano spesso segnate tre «p», quindi un pianissimo, quasi un sospiro che esce dalle labbra. Chiudo gli occhi e penso agli strumenti che suonano, ai solisti che cantano e al coro che interpreta la composizione. E sono già a Lucca a respirare «sintomi di felicità» a pieni polmoni.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Giovedì, 27 aprile 2017

Negare l'obiezione per zittire le coscienze

Il caso

Vaccino Hpv c'entra anche l'educazione

di Graziella Melina

«I vaccini? Funzionano. Proteggono la salute in ogni fase della vita». La raccomandazione dell'Oms, l'Organizzazione mondiale della sanità, in occasione della Settimana delle vaccinazioni (fino al 30 aprile), fissa un punto scientifico sull'importanza e l'efficacia della prevenzione. In Italia, però, la recente polemica sulla necessità di una farmacovigilanza sul vaccino contro il Papilloma virus (Hpv), la cui somministrazione gratuita per le dodicenni è stata introdotta nel Piano nazionale vaccini del 2012 e viene estesa ora anche ai ragazzi grazie al Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-19, ha messo in secondo piano un aspetto da non trascurare: senza una corretta informazione sulle reali possibilità di copertura e un'adeguata educazione degli adolescenti, la vaccinazione contro l'Hpv è del tutto parziale. Il Papilloma virus si trasmette per via sessuale e ha più di 100 varianti. Ma i vaccini tuttora disponibili coprono in realtà fino al 65% delle infezioni che possono dar luogo a un tumore alla cervice uterina. I destinatari della campagna di vaccinazione gratuita, ragazze e ragazzi dodicenni, sono però spesso inconsapevoli o, peggio, male informati. «La vaccinazione – ribadisce Maria Luisa Di Pietro, dell'Istituto di sanità pubblica dell'Università Cattolica di Roma – è una forma di prevenzione importante. Nel caso del vaccino contro il Papilloma virus è da tenere presente però che, a differenza degli altri vaccini, la trasmissione dei sottotipi responsabili del cancro avviene per via sessuale. È quindi importante sottolineare che non si può risolvere il problema solo con il vaccino: le ragazze devono essere informate sul tipo di vaccinazione che stanno facendo». Senza dare nulla per scontato. «Considerato che non tutte le dodicenni hanno lo stesso sviluppo psicosessuale, l'informazione va calibrata, bisogna cercare l'assenso della minore e verificare il suo grado di consapevolezza. Vanno dati i messaggi giusti, perché ci sono forme di informazione che vanno al di là dello scambio tra i pediatri, i genitori e la ragazza. A quell'età infatti gli adolescenti si convincono che col vaccino siano totalmente protetti». L'aspetto formativo dei ragazzi resta imprescindibile: «Il compito principale nel quale inserire l'approccio alla vaccinazione – rimarca Di Pietro – è anzitutto la conoscenza di se stessi. Stiamo parlando di minorenni, non ancora coinvolte in attività sessuali e che potrebbero non essere in grado di prendere una decisione. La responsabilità dei genitori è grande». Ma la strada da percorrere è chiara: «I figli vanno educati a saper coniugare libertà, responsabilità e conoscenza di se stessi, sviluppando una propria identità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

di Enrico Negrotti

Obiezione di coscienza in ambito sanitario: spazio di libertà del medico per restare fedele a valori irrinunciabili o limitazione ai diritti del paziente? Se fino a poco tempo fa il "paternalismo" medico prevaleva anche su legittimi desideri del paziente, l'attuale clima culturale che premia una presunta libertà assoluta del soggetto sul proprio destino sembra trasformarsi nel tentativo di impedire qualunque dissenso. Lo testimoniano sentenze, iniziative o proposte di legge che cercano di reprimere o impedire il ricorso all'obiezione di coscienza.

È di pochi mesi fa la sentenza della Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo che ha respinto il ricorso della Cgil che lamentava il mancato rispetto del "diritto" della donna ad abortire per l'elevato numero di medici obiettori. E il mese scorso il Comitato per i diritti umani dell'Onu ha biasimato il nostro Paese per le difficoltà che le donne troverebbero per riuscire ad abortire (nonostante i dati in senso contrario del Ministero della Salute). Recentissimo poi è il concorso riservato a medici non obiettori al San Camillo di Roma per garantire l'esecuzione degli aborti. Infine, nella legge sulle Disposizioni anticipate di trattamento (Dat) all'obiezione di coscienza non si è fatto esplicito cenno.

Giuristi, bioeticisti e medici ribadiscono che l'obiezione di coscienza è un diritto di civiltà. «Obiettare significa astenersi per ragioni morali da un comportamento prescritto dalla legge – spiega **Laura Palazzani**, docente di Filosofia del diritto alla Lumsa di Roma – data l'incompatibilità tra il comportamento secondo la legge e il comportamento secondo i valori». «La presenza dell'obiezione di coscienza – continua – consente al medico di astenersi da comportamenti che ritiene immorali; l'assenza dell'obiezione di coscienza in questo contesto costringerebbe il medico ad agire contro i propri valori morali». Mettere in discussione l'obiezione dei medici mostra una contraddizione, spiega Palazzani: «Da un lato ci si appella alla libertà di chi sceglie "contro" la vita, dall'altro non si riconosce la libertà di chi sceglie di agire solo "per" la vita e di non agire "contro" di essa». La legge sulle Dat cita solo l'astensione da «obblighi professionali»: «È evidente che il medico ha l'obbligo deontologico di curare in modo appropriato il malato, non di sopprimerlo o di curarlo in modo sproporzionato. Se il medico si adeguasse a tali richieste andrebbe contro il significato costitutivo della sua professione, che non è quello di eseguire contrattualmente le richieste del malato ma di agire in scienza e coscienza per il suo bene, la vita e la salute».

Dai concorsi per soli medici che praticano aborti alla legge sul fine vita che non prevede obiettori: perché una scelta personale legata a princìpi radicati è sempre più ostacolata e contestata Parlano dottori e bioeticisti

Padre **Maurizio Faggioni**, docente di Bioetica all'Accademia Alfonsiana, spiega che «la nuova legge sulle Dat non parte dall'idea dell'alleanza tra medico e paziente ma vede il malato come un soggetto libero che chiede al medico di eseguire alcune cose». Invece dal punto di vista deontologico – osserva Faggioni – la relazione medico-malato va inserita in un contesto di cura, in cui il consenso informato è solo una parte. L'assenza di riferimenti all'obiezione si spiega perché «la legge è stata presentata come la descrizione di una buona pratica medica, senza comportamenti che possano essere riprovevoli dal punto di vista etico o contrari ai nostri princìpi costituzionali. Tuttavia la legge si presta a interpretazioni eutanasiche». Infatti, «interrompere nutrizione e idratazione, al di là di certe situazioni cliniche, è un modo per portare il paziente alla morte». C'è un altro punto pericoloso: «I genitori diventano onnipotenti verso i minori. Come farà il magistrato a ordinare una trasfusione a un figlio di testimoni di Geova, che rappresentano la volontà del bambino di fronte al medico?».

Preoccupato è anche il presidente della Federazione europea delle associazioni medici cattolici (Feamc) **Vincenzo Defilippis,** direttore dell'Unità operativa Rischio clinico e qualità della Asl di Bari. «In uno Stato di diritto la libertà di coscienza non è coercibile neanche da una legge. Il medico agisce secondo la coscienza professionale e non secondo quanto il paziente gli impone: se c'è contrasto tra le due volontà il paziente potrà trovare l'accoglimento delle sue istanze da un altro medico». «Oserei dire – aggiunge Defilippis – che se un paziente non vuole un trattamento salvavita è meglio non chiamare un medico, che non può essere messo di fronte alla volontà di un suicidio assistito». Altrettanto importante è tutelare la libertà di istituzioni sanitarie come quelle cattoliche «i cui princìpi sono in contrasto con quello che può essere concretamente un suicidio assistito, ma che sono sicuramente in grado di accompagnare i pazienti nel migliore dei modi».

Una questione che inquieta **Rocco Bellantone**, preside della facoltà di Medicina dell'Università Cattolica di Roma: «Siamo fortemente preoccupati. Se la legge sulle Dat sarà approvata così com'è rischiamo di andare incontro a denunce e condanne, ma al Gemelli non potremo assistere a una morte ed eventualmente favorirla con atti omissivi gravi. È un arbitrio pensare di poter obbligare un medico a fare ciò che vuole un'altra persona. In più si rifiuta il concetto di ospedale religioso, che si potrebbe confrontare con forme che sono molto vicine all'eutanasia o al suicidio assistito». Per non parlare dell'aspetto formativo: «Finora – conclude Bellantone – ho insegnato ai miei studenti a difendere la vita, evitando accanimenti terapeutici. Adesso dirò: ti insegno una cosa, ma in certe situazioni dovrai fare quello che ti dice il paziente. Basterebbe ricordare gli ultimi mesi di Giovanni Paolo II per vedere l'accettazione del percorso verso la morte di un paziente e di medici cattolici».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

NEWS

Preservativi nelle scuole?

Distributori automatici di preservativi negli istituti superiori e universitari: ne chiede l'introduzione un ddl che sarà presentato oggi al Senato, prima firmataria Donella Mattesini (Pd). «La carenza di informazione e di comunicazione rispetto ai pericoli legati alle malattie sessualmente trasmissibili – si legge nell'introduzione al testo – costituiscono un problema che ha costi finanziari enormi». Per questo è necessario migliorare «l'accesso agli strumenti della prevenzione», nell'ottica di favorire una sessualità «libera» e «consapevole». Il problema proprio ieri è stato affrontato anche alla Camera, dove si è discusso come sconfiggere o contenere l'Hiv attraverso tre fronti: informazione, diagnosi precoce, accesso ai farmaci. «Alcuni – dice Paola Binetti, deputata Udc – insistono con enfasi sul preservativo per i più giovani», ma i dati suggeriscono altro. «L'età media in cui s'incappa in questa patologia va dai 35 ai 39. Dunque non è quella della scuola superiore, e nemmeno dell'università». Quanto al ddl, rischia di «ridurre la sessualità a una malattia o al rischio di gravidanze indesiderate». Ne è convinta anche Maria Teresa Ceni, presidente del Centro aiuto alla vita di Magenta, Abbiategrasso e Rho e frequentatrice di scuole dove tiene incontri su sesso e affetti: «Ai preservativi i ragazzi hanno accesso 24 ore su 24, hanno invece fame di un'educazione all'affettività e non solo alla sessualità. Quando ne parlo i ragazzi mi ascoltano con attenzione. Per forza: questi discorsi a scuola non glieli fa nessuno». Meglio dunque farebbero i parlamentari a «entrare nelle scuole e ascoltare le reali necessità dei ragazzi». Diversamente, si fa solo "ideologia".

Marcello Palmieri

L'analisi

Anche fake news per screditare il limite all'autorità

di Assuntina Morresi

Era falsa la notizia dei 23 ospedali che avevano rifiutato una donna che aveva chiesto di abortire, ma poiché c'è chi si ostina a non voler capire è bene chiarire ancora una volta che questa è una *fake news* per attaccare l'obiezione di coscienza. Come dichiarato dall'assessore Coletto, la richiesta di aborto è del 15 dicembre 2015, la visita della signora del 23 dicembre, e il 12 gennaio 2016 è stato eseguito l'aborto, tutto nello stesso ospedale, a Padova. Le 23 telefonate sono state fatte fra la visita e l'intervento, già fissato nel primo ospedale consultato, perché la signora, agitata, voleva abbreviare i tempi. La notizia è stata data i primi di marzo 2017 dalla Cgil. Le prime cronache denunciano che dopo 23 telefonate «stanca, preoccupata per i tempi che impone la legge, la donna si è rivolta alla Cgil che è riuscita a sbloccare la situazione proprio nell'ospedale di Padova», il primo a cui si era rivolta. I Nas hanno sbugiardato la ricostruzione dei fatti: l'appuntamento era stato dato alla prima telefonata, quindi la Cgil non ha sbloccato niente. Ma non basta. Leggiamo che i tempi di attesa sono stati rispettati, compresi «i sette giorni previsti dalla legge per il ripensamento». Allora il medico che dopo il colloquio ha certificato la richiesta di abortire non ha rilasciato il «certificato attestante l'urgenza», cioè quel documento indicato dalla 194 con cui la donna avrebbe evitato la settimana di attesa prevista per legge e prenotato subito l'intervento. Il ginecologo della signora quindi non avrebbe ravvisato l'urgenza dell'intervento, e neppure lo psicologo che, secondo le prime cronache, è stato consultato. Dal sindacato neanche l'ombra di un comunicato: un silenzio che la dice lunga.

D'altra parte la tempistica della diffusione della notizia, in concomitanza – per non dire a sostegno – del contestatissimo concorso per non obiettori della Regione Lazio, qualche dubbio avrebbe dovuto porlo: perché aspettare più di un anno per rendere pubblico il fattaccio?

La verità è piuttosto un'altra: si conferma che l'obiezione di coscienza è diventata un ingombro, qualcosa di cui sbarazzarsi. Lo vediamo anche per il biotestamento, dove ostinatamente la maggioranza parlamentare che ha votato la legge vuole negare questo diritto ai medici che, se richiesto dai pazienti, si vedrebbero obbligati a interrompere sostegni vitali come idratazione, alimentazione e ventilazione, cioè a subire una vera violenza, umana oltre che professionale. L'obiezione di coscienza testimonia l'esistenza di una ferita aperta, di un conflitto irrisolto nella società, e garantisce quello spazio di libertà personale necessario perché si possa parlare di democrazia: come dice il Comitato nazionale per la bioetica, essa è «un diritto della persona e un'istituzione democratica necessaria a tener vivo il senso della problematicità riguardo ai limiti della tutela dei diritti inviolabili ». Ma attenzione: «Finché l'ordinamento ha la forza di ammettere l'obiezione di coscienza mantiene un certo equilibrio; quando invece l'obiezione non è riconosciuta o gli obiettori vengono discriminati la legalità si riveste nuovamente del carattere creonteo (autoritario) – *sola auctoritas facit legem* – e l'obiezione è costretta a riassumere i tratti tragici del sacrificio di Antigone».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La storia

In Asia i «trafficanti di embrioni»

di Stefano Vecchia

Il 20 aprile un individuo con passaporto thailandese è stato fermato mentre stava passando il confine cambogiano presso Nong Khai. A sollecitare il sospetto verso il 25enne Nithinon Srithaniyanan l'insolita conformazione del suo bagaglio e la circostanza che in pochi mesi si fosse recato dalla Thailandia 13 volte in Cambogia e 11 in Laos. Una volta aperto per l'ispezione, il bagaglio ha mostrato un contenitore specializzato con sei provette per il trasporto di campioni biologici. Nithinon ha confessato di essere stato contattato per trasportare seme umano fornito da alcuni donatori a un intermediario, tuttavia l'indagine in corso sembra puntare soprattutto verso un traffico clandestino di ovociti ed embrioni destinati al mercato della maternità surrogata.

La Thailandia è all'avanguardia per quanto riguarda la fecondazione in vitro, con clienti che arrivano nelle sue strutture specializzate da ogni parte del mondo. Tuttavia, essendo ora vietata la surrogata commerciale e quella a favore di coppie straniere, diverse cliniche locali potrebbero avere trovato un'alternativa usando madri surrogate in Paesi limitrofi.

Una vicenda che può aprire uno scenario finora solo ipotizzato ma che sicuramente evidenzia i limiti della «Legge per la protezione dei bambini surrogati nati da medicina riproduttiva tecnologicamente assistita» in vigore dal 2015. Questa, oltre a limitare la maternità surrogata, proibisce anche l'acquisto la vendita, l'importazione o l'esportazione di sperma umano, ovociti o embrioni. Le pene previste per chi vìola la legge arrivano fino a 10 anni di carcere, mentre un anno dietro le sbarre è garantito ai donatori. Il Paese attende una legge specifica che regoli i casi di maternità su commissione in ambito familiare e, in ogni caso, senza compenso, e chiuda così spazi di ambiguità e di abuso.

L'arresto di un thailandese che portava in Cambogia provette di seme umano conferma che nei Paesi dell'area il mercato della maternità surrogata vive di un commercio clandestino

Tre casi casi avevano sollecitato le autorità militari al potere a intervenire per bloccare una situazione sfuggita a ogni controllo e che vedeva lo sfruttamento non solo di donne thailandesi ma anche di cittadine di altri Paesi in cliniche specializzate cresciute in numero e affari soprattutto nella capitale Bangkok. Il primo è il caso di Baby Gammy, neonato con sindrome di Down lasciato alla madre surrogata in Thailandia nel 2013 da una coppia australiana rimpatriata con la gemella perfettamente sana. Il secondo è quello del giapponese Mitsutoki Shigeta che nel 2014 evidenziò il permissivismo vigente, con la sua paternità riconosciuta per 16 bambini, di cui solo tre portati in patria e gli altri lasciati alle cure di orfanatrofi locali. Infine, c'è la vicenda della coppia omosessuale Gordon Lake-Manuel Santos "genitori" di Baby Carmen tolta alla donna che l'aveva partorita e portata all'estero nel maggio 2016 dopo una controversia legale durata 10 mesi. Legittimo, e sollevato anche dai mass media thailandesi, il dubbio che il caso scoperto ora al confine cambogiano non sia un'eccezione davanti alle dimensioni stimate dell'"industria" locale della fertilità, delle sue potenzialità e di una legalità sovente permeabile dalla corruzione.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

VkVSIyMjVm9sb0Vhc3lSZWFkZXJfQ2VplyMjNzFlMmJhZmItNTJiOC00MjdlLWJkNjEtZWNiYjYxZDA4N2JhIyMjMjAxNy0wNC0yN1QxMDozNToxMSMjI1ZFUg==