

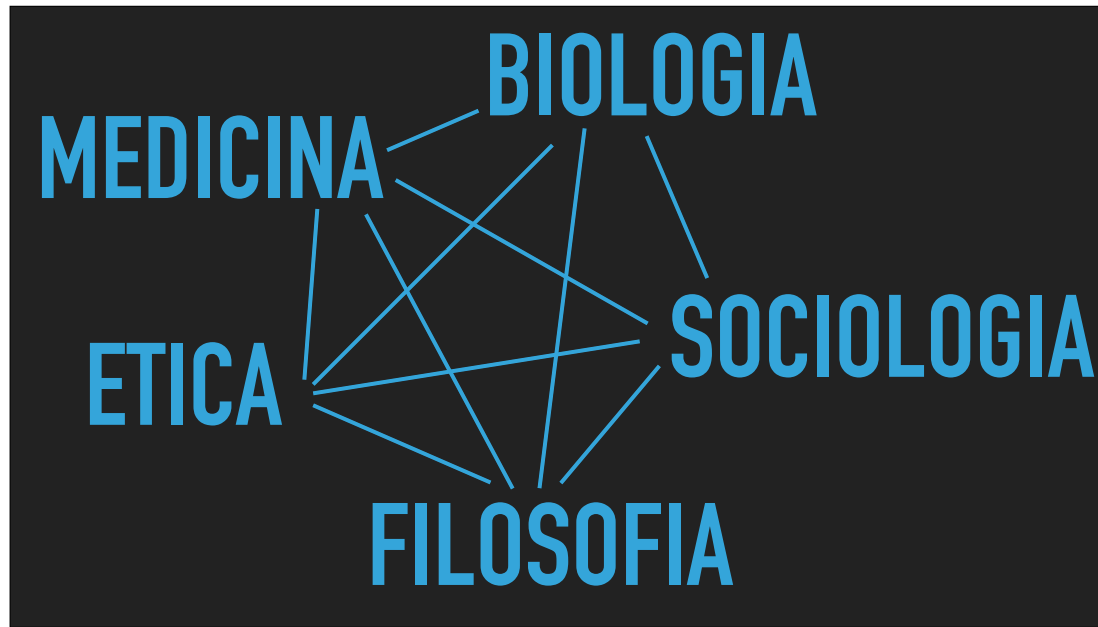
I FONDAMENTI DELLA

BIOETICA CATTOLICA

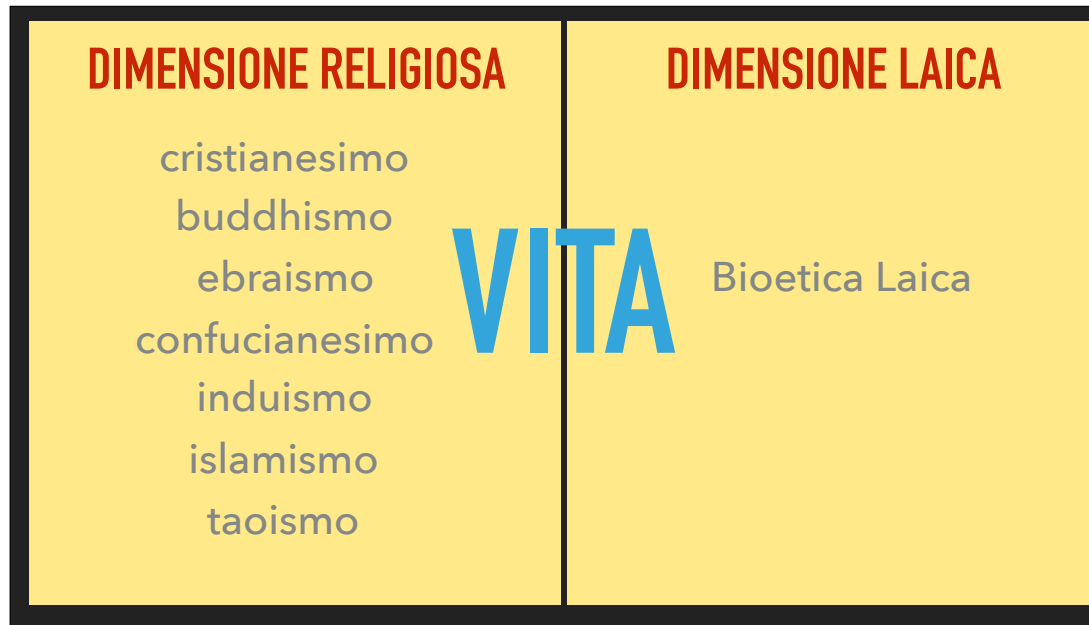
BIO = VITA; ETICA=COMPORAMENTO/MORALE

- ▶ Neologismo - F. Jahr 1927: un essere vivente non è mai un mezzo ma un fine in se stesso
- ▶ 1970 Potter: gli ecosistemi si evolvono. In che rapporto stanno i valori morali con la possibilità di sopravvivenza?
- ▶ Anni '90: la branca dell'etica che si occupa della biomedicina; meglio precisata nello "studio sistematico delle dimensioni morali delle scienze della vita e della salute includendovi anche i problemi sociali e ambientali legati alla salute"
- ▶ Etica biomedica
- ▶ Interdisciplinarietà

Il termine bioetica nasce nel 1927 come neologismo per sottolineare che ogni essere vivente non può essere trattato come mezzo ma è un fine in se stesso.
Ripreso nel 1970 ha subito un'evoluzione ed è stato utilizzato con significati differenti. Dagli anni '90 diventa quella branca dell'etica che si occupa della biomedicina, ed oggi è comunemente utilizzato per indicare l'etica in campo biomedico.
Un suo carattere, non occasionale, ma voluto da chi l'ha introdotta con sistematicità è



l'interdisciplinarità fra branche che altrimenti si sarebbero parlate poco fra di loro.



Parlando di vita e di creato, la bioetica ha una intrinseca dimensione religiosa e infatti ha ricevuto contributi dati da molte religioni e non solo quella cristiana. Anche per tali ragioni è emersa la volontà da molti pensatori di affermare l'esistenza di una bioetica laica. Manifesto della Bioetica Laica: «La visione laica si differenzia dalla parte preponderante delle visioni religiose in quanto non vuole imporsi a coloro che aderiscono a valori e visioni diverse. Là dove il contrasto è inevitabile, essa cerca di non trasformarlo in conflitto, cerca l'accordo locale, evitando le generalizzazioni. Ma l'accettazione del pluralismo non si identifica con il relativismo, come troppo spesso sostengono i critici. La libertà della ricerca, l'autonomia delle persone, l'equità, sono per i laici dei valori irrinunciabili. E sono valori sufficientemente forti da costituire la base di regole di comportamento che sono insieme giusti ed efficaci». Le affermazioni di principio sono molto rispettose, anche se la realtà dei fatti è un po' più conflittuale, e spesso da entrambe le parti.



Mi sento anche di dire un po' provocatoriamente che il tema della vita ha sempre una dimensione religiosa, che non necessariamente è di tipo confessionale.

L'uomo di tutti i tempi, interrogandosi sulla propria vita, ha sentito l'esigenza di definirne il senso, che vuol dire sia il significato che la direzione, capirne l'origine e il destino.

In questo sta il dinamismo religioso del genere umano, che desidera il compimento di ciò per cui è stato generato, ma riconosce che questo compimento non lo può dare da sé. Tutte le culture dell'uomo hanno chiamato Dio il termine originario del suo essere creatura e contemporaneamente il termine ultimo del destino di felicità e di bene, che le fatiche della vita sembrano contraddire ma che il cuore sente essere una promessa insopprimibile.

DIMENSIONE RELIGIOSA

cristianesimo

VITA

Il tema di stasera parla esplicitamente di bioetica cattolica,

DIMENSIONE RELIGIOSA

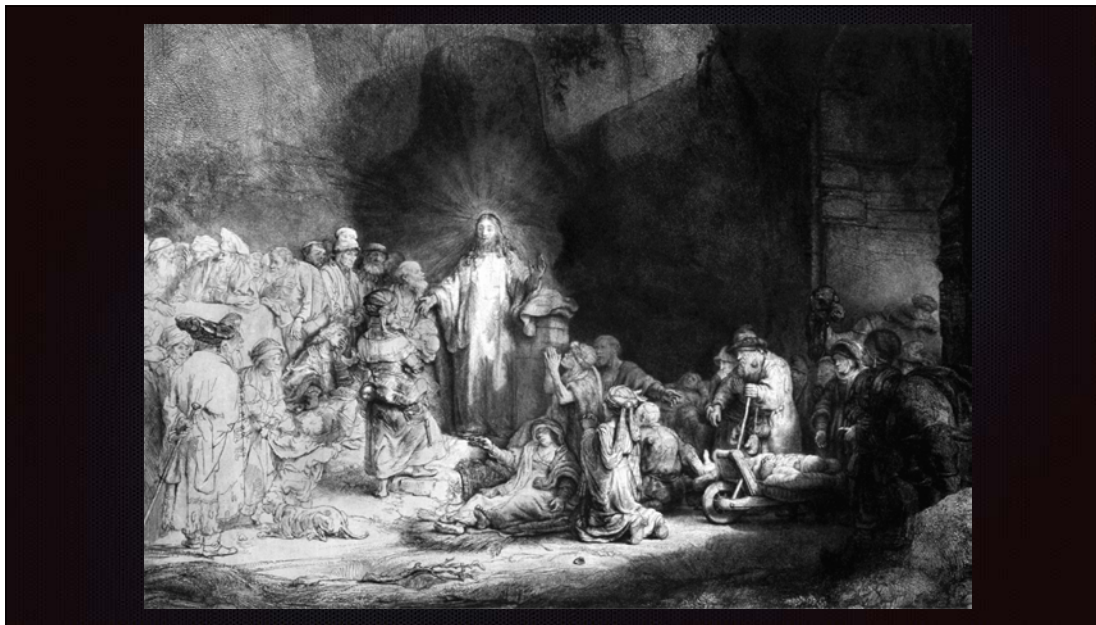
Bioetica Cattolica

VITA

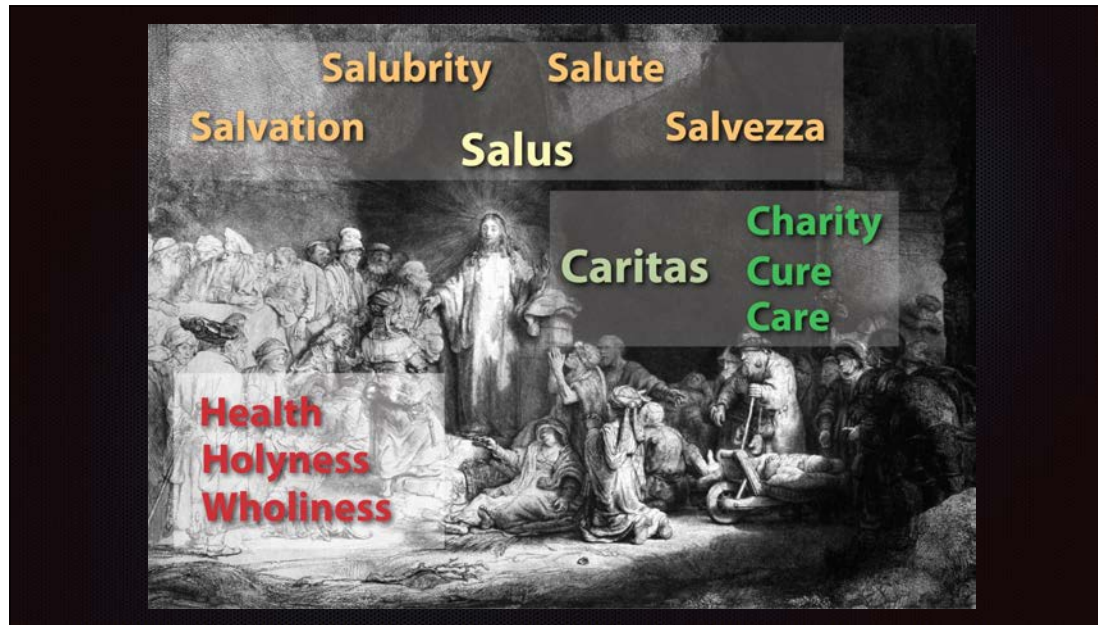
che ha una sua posizione precisa e numerosi pronunciamenti all'interno della bioetica.



È evidente come i temi più scottanti in ambito bioetico siano quelli degli estremi della vita, là dove inizia e là dove finisce. Ma la bioetica si occupa anche di questioni meno acute e pure altrettanto drammatiche, almeno nelle loro implicazioni, anche quando non sono vissute così.



Questo perché la malattia c'entra con la vita, proprio perché è un anticipo esistenziale della morte.



I termini salute e salvezza e i loro corrispondenti inglesi Salubrità e Salvation hanno la stessa radice comune “Salus”:
chiedendo la salute, anche inconsciamente l’uomo desidera la salvezza.
To care, to cure, e curare condividono la radice caritas, e i termini anglosassoni, Health (salute), Holyness (santità) e Wholiness (totalità) hanno una radice comune. Roy Porter, laico e agnostico, nel suo libro di storia della medicina, afferma che all’origine la religione e la cura esprimono questo bisogno dell’uomo di totalità

TEMI

- ▶ Aborto
- ▶ Pratiche anticoncezionali e di sterilizzazione
- ▶ Ingegneria genetica
- ▶ Sperimentazione (in particolare su cellule staminali ed embrionali)
- ▶ Dichiarazioni anticipate di trattamento
- ▶ Eutanasia
- ▶ Suicidio assistito

IMPLICAZIONI

- ▶ Relazione di cura
- ▶ Asimmetrie e atteggiamenti nel rapporto medico paziente
- ▶ Consenso informato
- ▶ Confidenzialità
- ▶ Accanimento terapeutico e Desistenza terapeutica
- ▶ Interruzione dei trattamenti
- ▶ Palliazione
- ▶ Atto medico

PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA BIOETICA

- ▶ **Autonomia:** il paziente ha diritto di rifiutare il trattamento e di prendere parte al processo decisionale;
- ▶ **Beneficenza:** agire tutelando l'interesse del paziente;
- ▶ **Non Maleficenza** (*primum non nocere*): non causare danno al paziente;
- ▶ **Giustizia:** in caso di risorse limitate, i trattamenti devono essere distribuiti in modo equo e giusto.

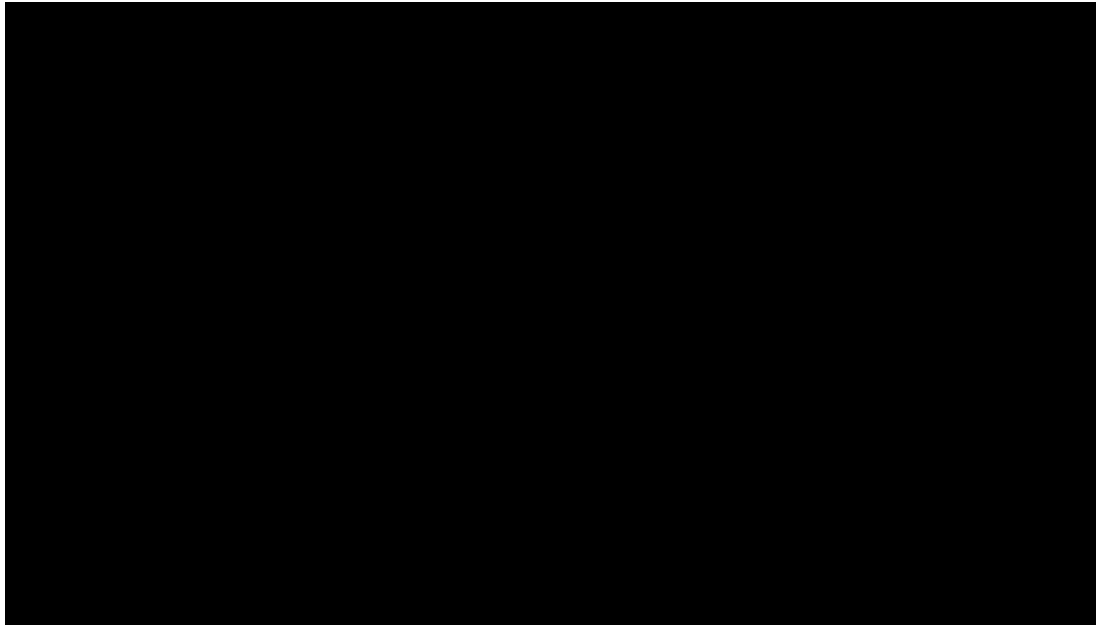
Gli ultimi tre punti sono semplici da capire, magari difficili da mettere in pratica in casi concreti, ma a tutti, sia a chi cura che a chi è curato, appaiono chiari come fondamento e prospettiva.

Il primo punto, quello della autonomia, è quello su cui vorrei soffermarmi maggiormente.

Nessuno ha obiezioni sull'importanza dell'autonomia, tema legato strettamente con quello della libertà e del diritto.

Autonomia e libertà, sono temi antropologicamente antichi come l'uomo, ma l'idea che siano diritti civili che devono essere tutelati dalla società e dalla legge è un'idea moderna.

Anche affermare che debbano essere garantiti all'interno della relazione di cura è un tema recente. È necessario quindi rendersi conto del contesto in cui viviamo, e partirei dal tema della cura. (video)



Partire da qui, cioè non dalla sottolineatura di quello che non va, ma da una domanda. Su questa domanda ci si può incontrare, se si vive onestamente la propria posizione, magari diversa e distante. Tanti tentativi e tante proposte di soluzione, spesso opposti e in conflitto tra di loro, partono dalla giusta percezione che c'è un problema provocatorio, interrogativo, e non adeguatamente affrontato.

ETICA

Quando si pone un problema, la prima questione che occorre fare è comprenderlo. In questo corso al quale partecipo con questa relazione si parla molto di etica.



L'etica dipende dalla conoscenza, perché se non si conosce ciò con cui ci si mette in relazione, non lo si può affrontare moralmente, cioè in modo adeguato alla sua verità. L'ambito medico-sanitario, si è dotato dai tempi di Cartesio ad oggi, di uno statuto scientifico che oggi nessuno mette in dubbio, e che si pensa che da solo possa dare risposta a tutti i problemi della medicina, mentre questa conoscenza informa solo i processi biologici, non dà supporto alle questioni etiche. Dando per scontato che la conoscenza scientifica sia sufficiente, non si pongono più dal di dentro della medicina le questioni fondamentali.

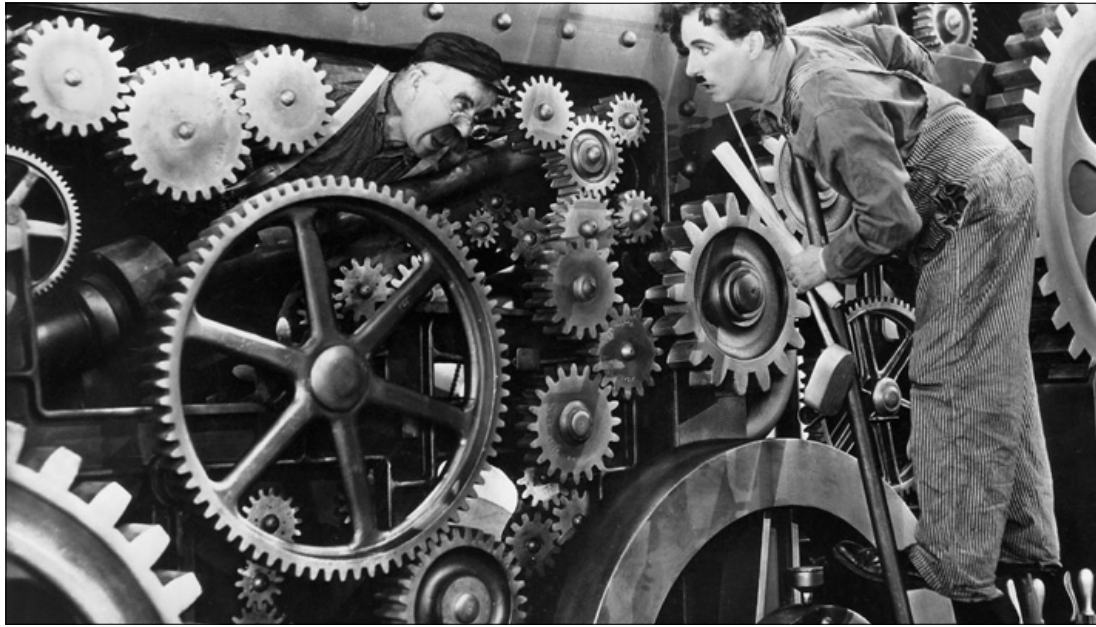


E così, quando qualcosa non va, sembra che l'unico bisogno sia quello di avere una regola che ci dica cosa fare e come farlo, distribuendo responsabilità e i diritti: seguo la legge e ho la coscienza a posto.
Quando crediamo di risolvere i problemi normando il comportamento, mortifichiamo anche la spinta ideale, irrigidendola e la moralità diventa moralismo.
L'interrogativo di Gesù ai Farisei, rimane – come tutte le sue parole – verissimo anche oggi.

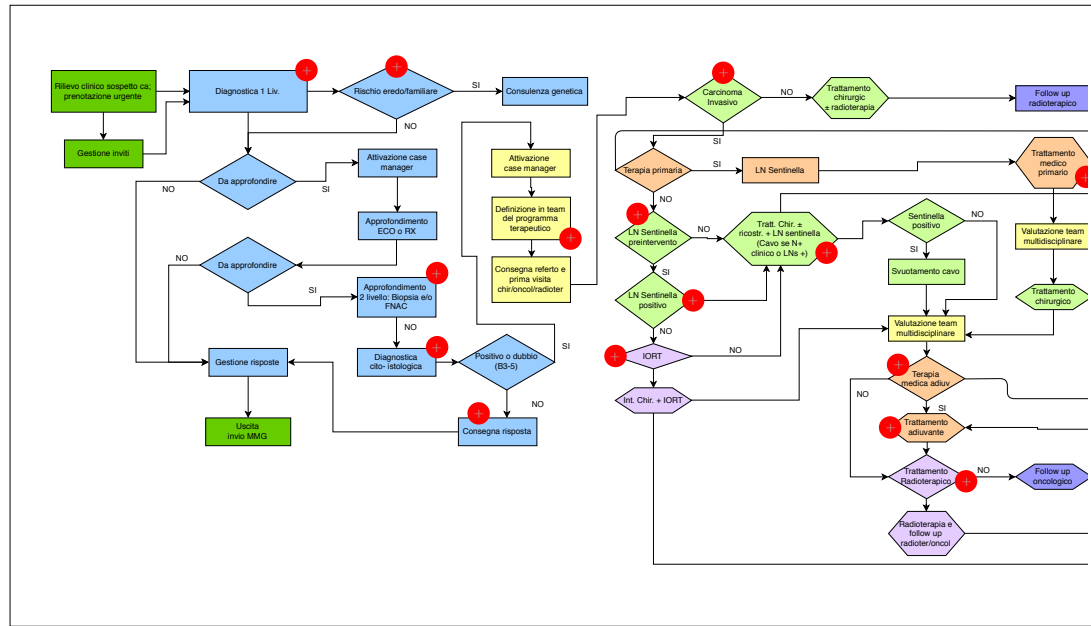
LA REGOLA È FATTA PER L'UOMO O L'UOMO PER LA
REGOLA?

UNO SGUARDO SULLA COMPLESSITÀ

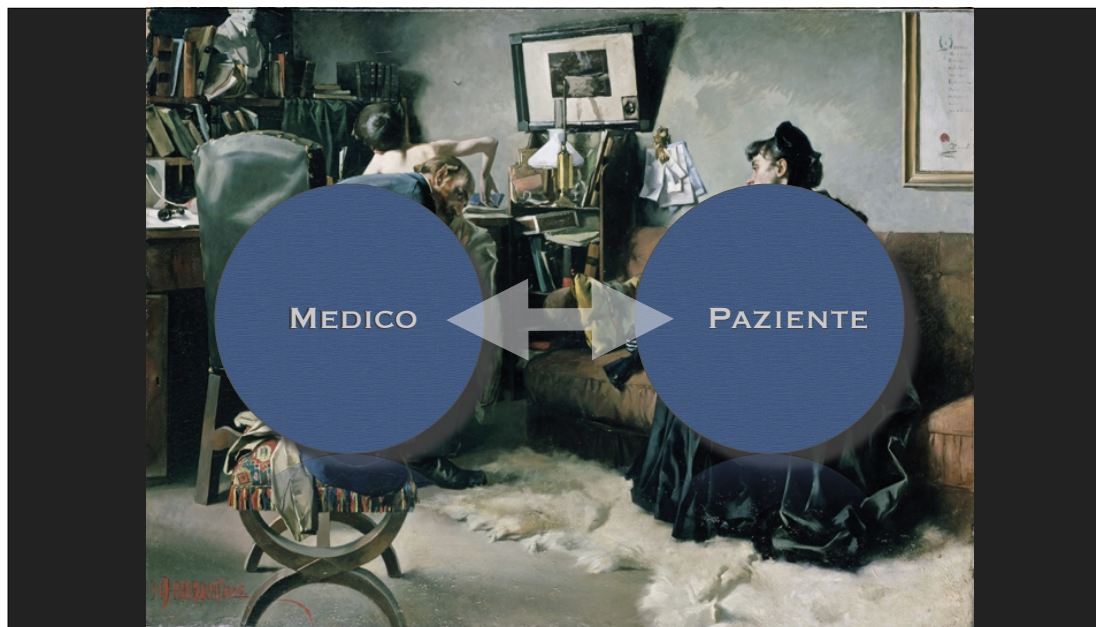
Le regole inoltre non funzionano bene nei sistemi sanitari perché sono complessi.
Esiste una profonda differenza tra sistema complicato e sistema complesso.



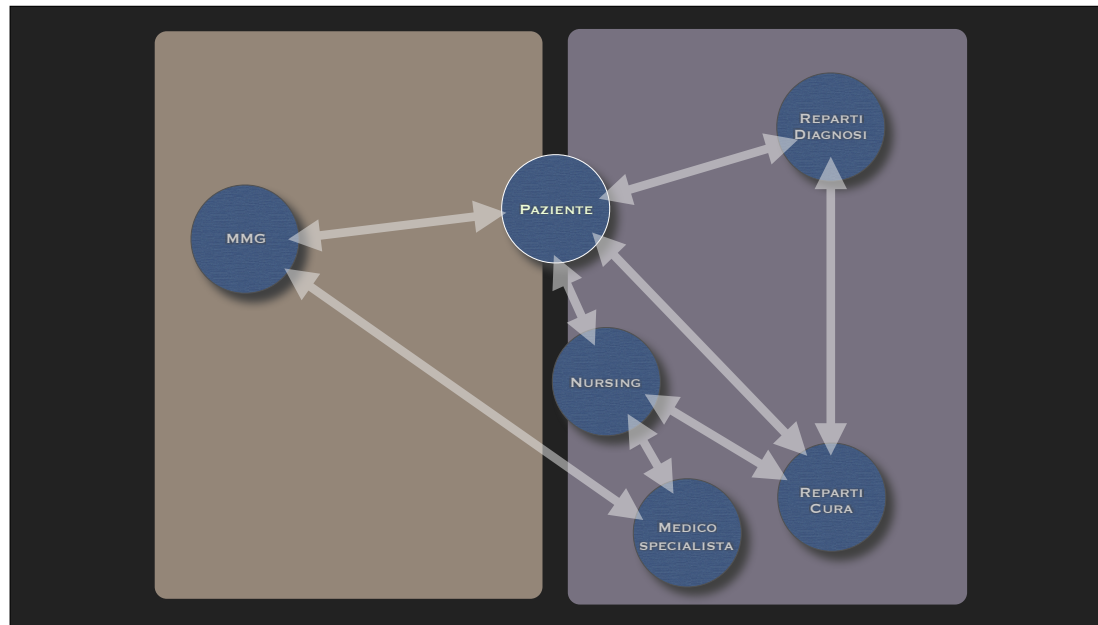
Nel sistema “complicato” i diversi fattori non sono variabili. È una grande macchina piena di ingranaggi, difficile da congegnare ma facile da far funzionare, dentro la quale l’opera dell’uomo può essere ridotta dall’automazione e tende ad essere stritolata



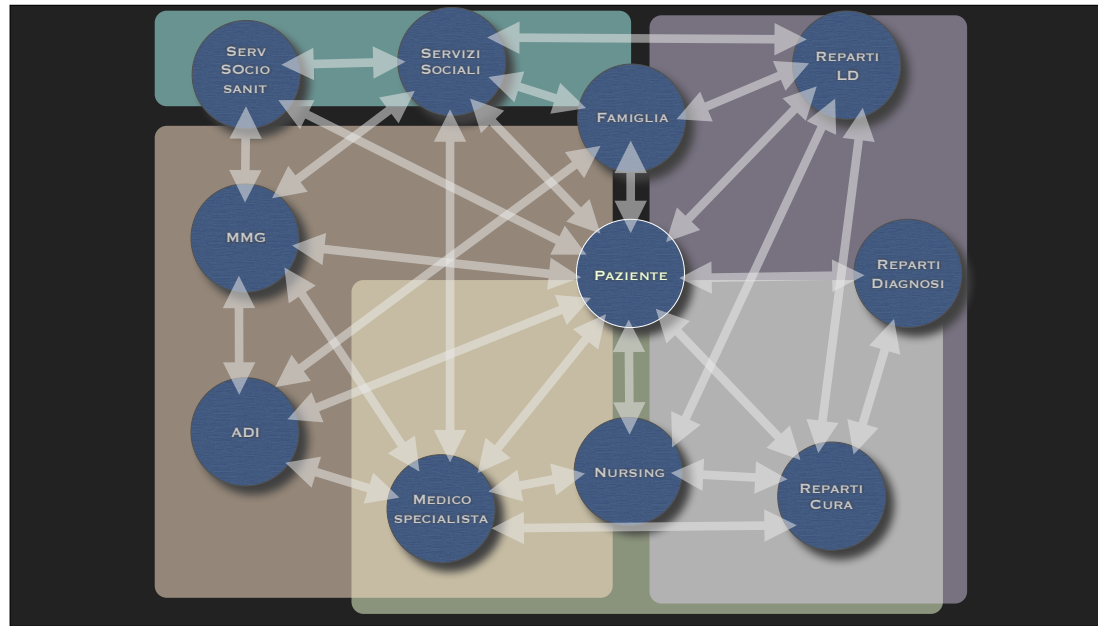
Nel sistema “complesso” i diversi fattori sono variabili, e questo ne capovolge il funzionamento. (PDTA della mammella di Ferrara)



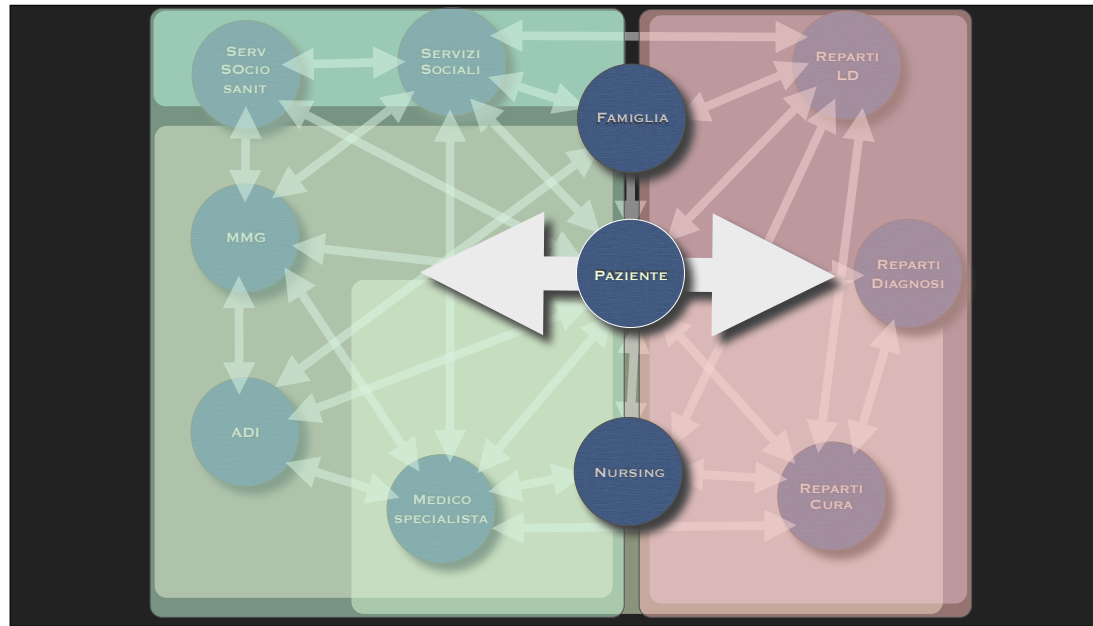
Il tradizionale rapporto medico - paziente che si giocava (pur con tutte le asimmetrie e difficoltà) in un tu per tu,



si dilata oggi in un caleidoscopio di rapporti prima di tutto dentro l'organizzazione ospedaliera, ...



e ancora di più tra territorio, ospedale, servizi sociali e servizi sanitari, rivolti al malato ma anche alla ...



... trama di rapporti familiari, contemporaneamente risorse e oggetto della cura.

Le prestazioni si fanno più brevi, efficaci ed efficienti, mentre il bisogno si fa sempre più dilatato.

Il ruolo della persona in un sistema complesso non è eliminato, ma è ancora più necessario perché ad ogni nodo del network il comportamento di ognuno modifica il percorso e i suoi esiti.

È UN MONDO DIFFICILE

è oggettivamente difficile governare la complessità, ma la difficoltà è accentuata dal fatto che le risposte organizzative che sono state date pescano nel

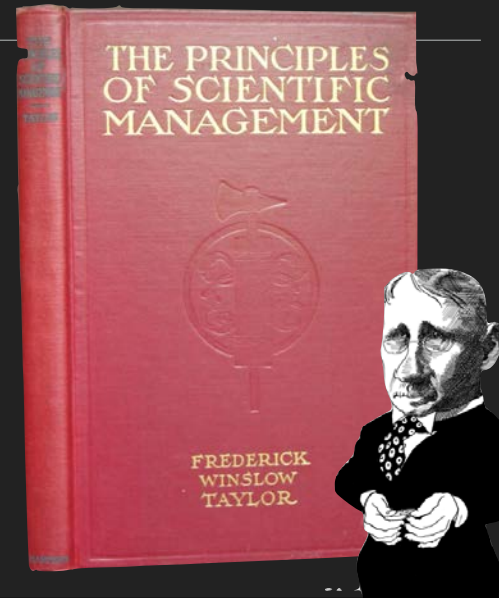
IL PRAGMATISMO NON AIUTA

pragmatismo di derivazione positivista,

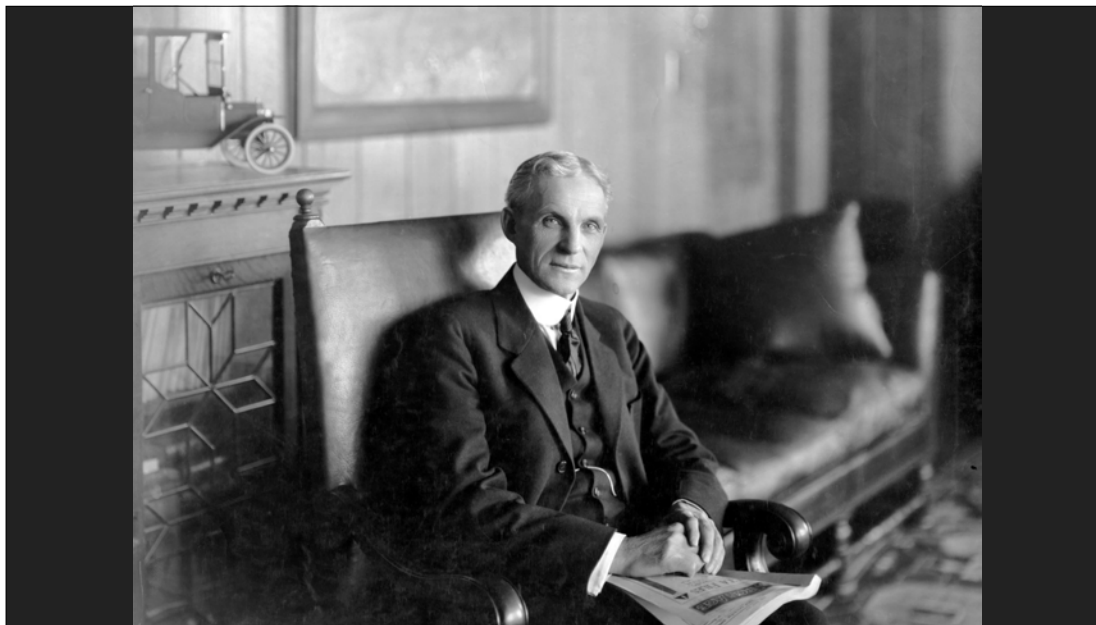
TESTO

FREDERICK WINSLOW TAYLOR (1856-1915)

- ▶ Standardizzare per ridurre le variabili e governare il processo per renderlo efficiente
- ▶ Il processo è quantificabile e misurabile



nato nel taylorismo anglosassone, che tradotto in termini pratici è



l'invenzione della catena di montaggio della Ford.

OHNO TAIICHI (1912-1990): TQM

- ▶ Inerzia che resiste al cambiamento
- ▶ Controllo totale della qualità
- ▶ Affronto per processi



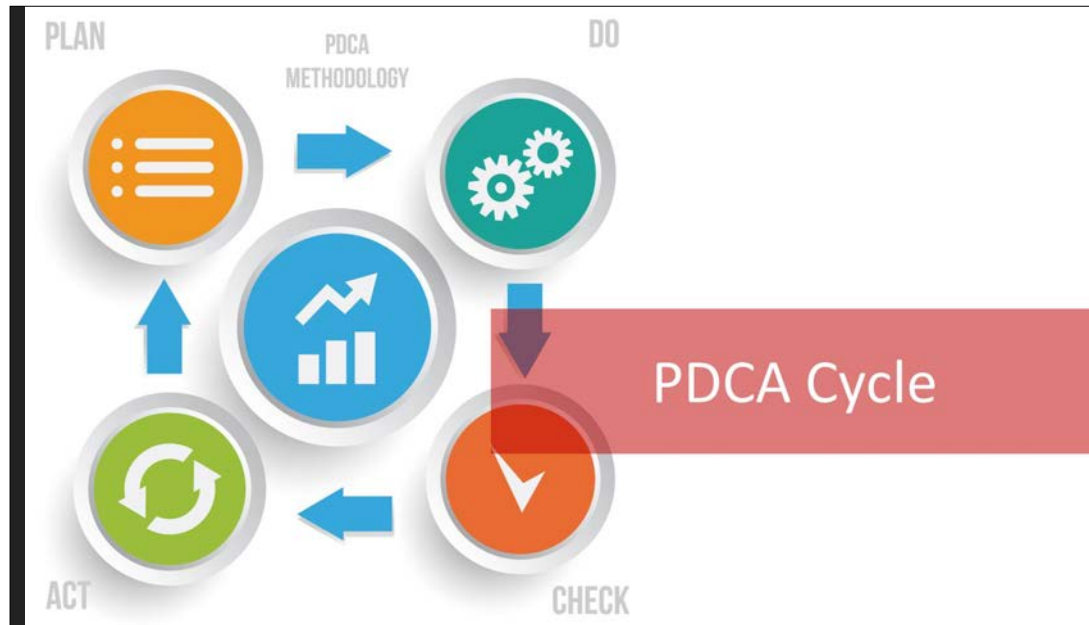
L'industria si è evoluta. Il modello è migliorato con la introduzione del Total Quality Management di Ohno Taiichi, il cui simbolo è il modello Toyota, che ha a cuore la qualità prima del risultato economico. Il problema è che anche questo modello nasce sempre in campo industriale, e va collocato correttamente in ambito sanitario, dove gli ospedali,



da luogo di ospitalità al bisogno di salute delle persone malate,



si sono trasformati in industrie efficienti, che garantiscono la buona qualità della prestazione.



Non è poco, perché vuol dire inserire cicli virtuosi, per ottenere più efficacia delle cure, meno rischi per i pazienti, migliore efficienza cioè usare bene risorse costose e limitate.

I risultati si vedono. Non ci sono paragoni rispetto non tanto all'800, ma anche solo a 20 anni fa, in ciò che si ottiene in termini di mortalità e guarigione.

Ma non si può pensare che l'ospedale sia solo un prestazionificio: un'industria che costruisce prestazioni sanitarie.

E infatti mentre la medicina è sempre più potente i pazienti sono sempre più scontenti.

BMJ Journals

WHY DOCTORS ARE SO UNHAPPY?

BMJ 2001; 322 (PUBLISHED 5 MAY 2001)

THE LANCET

PERSPECTIVES | THE ART OF MEDICINE | [VOLUME 393, ISSUE 10174, P868-869, MARCH 02, 2019](#)

Physician burnout in the modern era

Daniel Marchalik [✉](#)

Published: March 02, 2019 • DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30399-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30399-X)

Ma sono scontenti anche i medici, come denunciano riviste professionali di grande rilievo.



**“VIVONO NEL BUIO INTERNO ED
ESTERIORE, DESIDERANDO UN MONDO
COSÌ PERFETTO DOVE NON OCCORRA
ESSERE BUONI”**

T. S. ELIOT

Un certo tipo di organizzazione, che misura solo l'azione ma non ha più in mente la motivazione, crede che la perfezione del sistema possa sostituirla, ma senza una motivazione si lavora male,



e si rischiano storture nei problemi che si crede di risolvere.



Bisogna tornare a chiedersi il perché, delle nostre azioni, ma attenti: anche questo non basta



fino a che non impariamo a chiederci il Per CHI facciamo le cose.
Tutto questo c'entra con la bioetica?

PRINCIPI FONDAMENTALI DELLA BIOETICA

➔ **Autonomia:** il paziente ha diritto di rifiutare il trattamento e di prendere parte al processo decisionale;

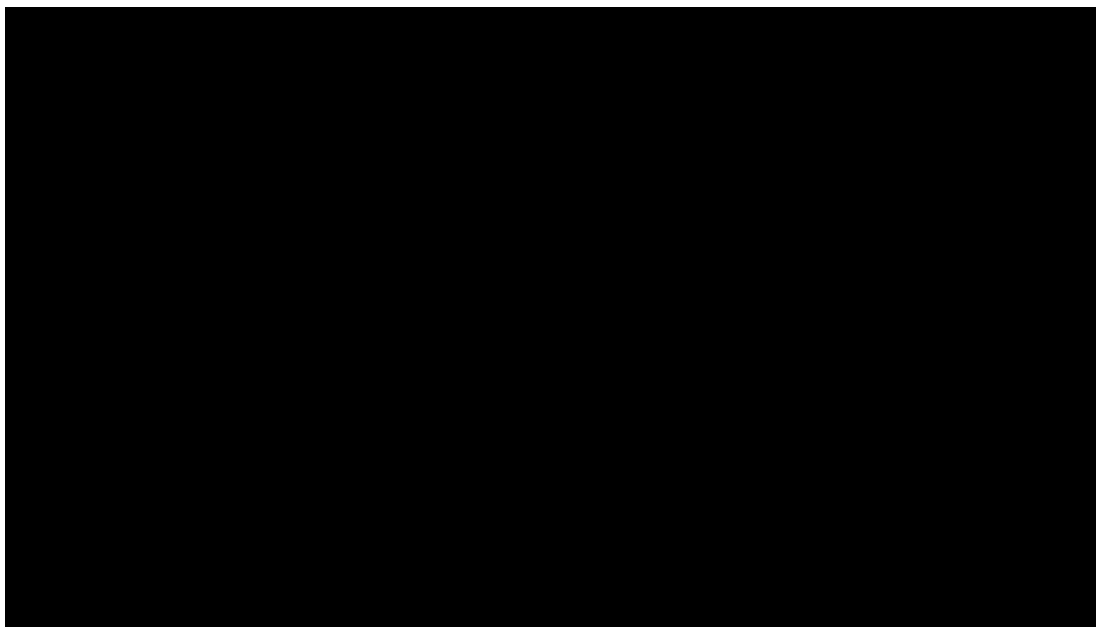
- ▶ **Beneficenza:** agire tutelando l'interesse del paziente;
- ▶ **Non Maleficenza** (*primum non nocere*): non causare danno al paziente;
- ▶ **Giustizia:** in caso di risorse limitate, i trattamenti devono essere distribuiti in modo equo e giusto.

Tantissimo. Entra dentro i tre principi di beneficenza, non maleficenza e giustizia, ma ha a che fare anche con la partecipazione attiva alle cure del primo principio di autonomia.

LIBERTÀ, AUTONOMIA, AUTODETERMINAZIONE

QUANDO SIAMO LIBERI?

Libertà, dell'autonomia e dell'autodeterminazione, sono le parole attorno al quale girano tutte le questioni dei temi più caldi della bioetica.



Quando siamo liberi? Cos'è la libertà?

"La libertà, Sancho, è uno dei più preziosi doni che i cieli abbiano mai donato agli uomini. Per la libertà, come per l'onore, si può e si deve mettere a repentaglio la vita".

Miguel Cervantes

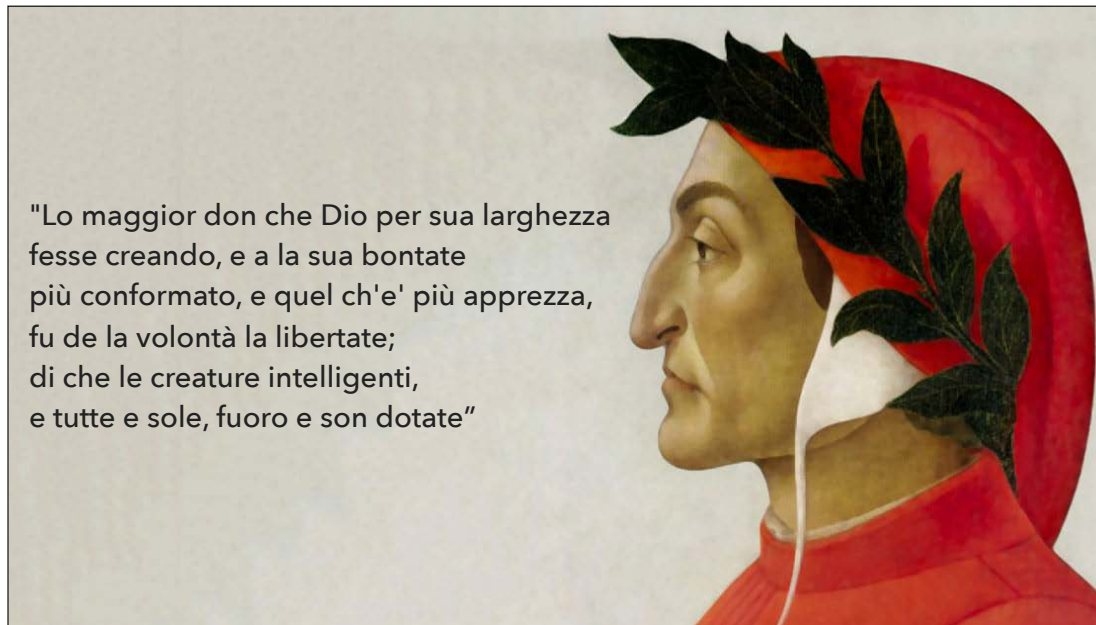


"Si temono la libertà e la responsabilità e quindi si preferisce soffocare dietro le sbarre che ci si è costruiti da sé".

Franz Kafka



Non esiste nulla di così giusto, doveroso, originalmente umano come il desiderio di libertà, eppure al tempo stesso tanto ambivalente e contraddittorio come l'idea o il modo in cui la libertà si può manifestare.



"Lo maggior don che Dio per sua larghezza
fesse creando, e a la sua bontate
più conformato, e quel ch'e' più apprezza,
fu de la volontà la libertate;
di che le creature intelligenti,
e tutte e sole, fuoro e son dotate"

Nessuna cultura come quella cristiana ha esaltato il valore della libertà umana. All'apice della cultura medievale Dante Alighieri scriveva che la libertà è il dono più grande di Dio, il più conforme alla sua propria bontà e quello da lui più apprezzato, dono che è proprio dei soli esseri dotati di ragione, vale a dire gli uomini e, secondo la cultura medievale, gli angeli. L'uomo è per natura libero e non può in alcun modo essere privato o esentato dalla gravosa prerogativa della libertà.

L'evolversi della cultura, al quale il cristianesimo ha dato un contributo decisivo con l'affermarsi del valore inviolabile della persona, ha portato a che tale aspetto venga oggi riconosciuto universalmente almeno in linea di principio.



L'illuminismo è stato il movimento di pensiero, o il periodo culturale, che ha affermato i valori cristiani come principi laici, rivendicandone una autonomia disancorata dalla loro radice. All'apice cronologico di tale periodo, nato in Europa e diffuso fino agli Stati Uniti d'America, viene elaborata nel corso della Rivoluzione francese la **Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino (1789)** nella quale si dice che a tutti i cittadini vanno garantiti i diritti di "libertà, proprietà, sicurezza e resistenza all'oppressione".

La **Carta dei Diritti (1791)**, 4 anni dopo la Costituzione degli Stati Uniti d'America del 1787) protegge la libertà di parola e di religione, il diritto di possedere e portare armi, la libertà di riunione e la libertà di petizione. Proibisce inoltre immotivate perquisizioni e confische di beni, punizioni crudeli e inconsuete, e l'autoincriminazione forzata. Tra le protezioni legali che essa conferisce, la Carta dei Diritti proibisce al Congresso di promulgare leggi relative all'istituzione della religione e proibisce al governo federale di privare qualsiasi persona della propria vita, della libertà o della proprietà senza un regolare processo.



Tutti gli uomini nascono liberi e uguali in dignità e diritti.

Sono dotati di ragione e di coscienza e devono agire gli uni verso gli altri in uno spirito di fraternità.

Ogni individuo ha diritto alla vita, alla libertà ed alla sicurezza della propria persona.

Nessun individuo potrà essere tenuto in stato di schiavitù o di servitù.

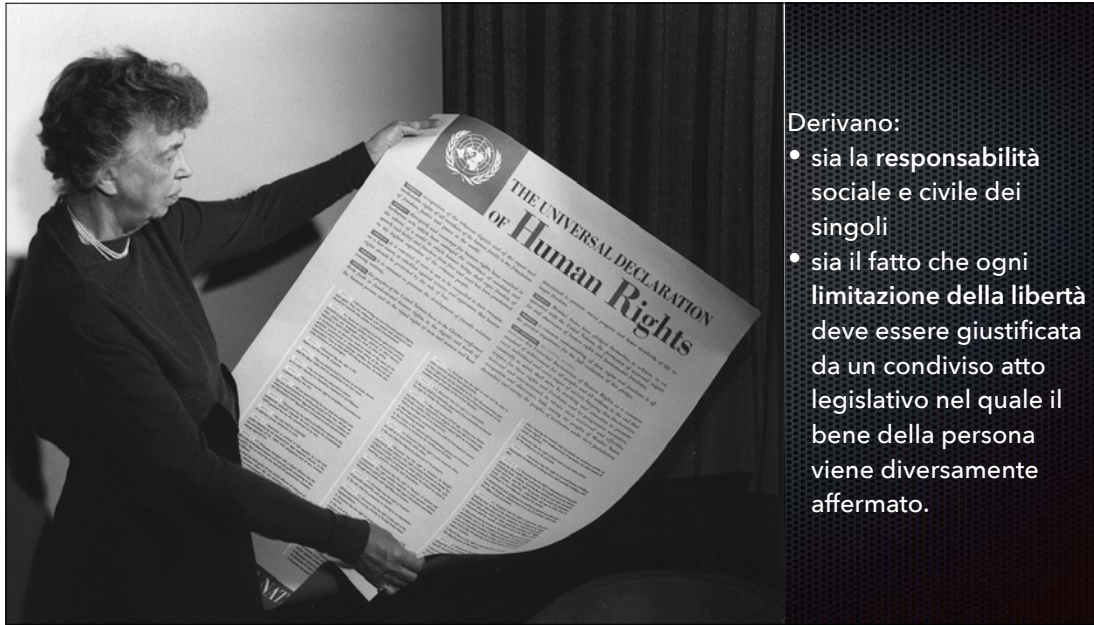
Ogni individuo ha diritto alla libertà di movimento e di residenza entro i confini di ogni Stato.

Ogni individuo ha diritto alla libertà di pensiero, di coscienza e di religione.


Ogni individuo ha diritto alla libertà di opinione e di espressione.

*Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo
10 dicembre 1948*

Sarà la Assemblea generale delle Nazioni unite, nel **1948** ad adottare un nuovo documento: **La dichiarazione universale dei diritti dell'uomo** in cui si afferma che **tutti gli uomini nascono liberi e uguali in dignità e diritti.**



Da questi documenti derivano sia la **responsabilità sociale e civile dei singoli** (nessuno è costretto per natura ad un furto o un omicidio e per questo chi li compie è punibile), sia, viceversa, **il fatto che ogni limitazione della libertà deve essere giustificata** da un condiviso atto legislativo (es. Trattamenti Sanitari Obbligatorii, oggi il COVID) che ha lo scopo di definire le condizioni e i limiti di tali provvedimenti di restrizione della libertà, che tengono conto comunque di un bene individuale o collettivo e mai di un atto arbitrario. Anche questa considerazione introduce un tema importantissimo.



LIBERTÀ ↔ LICEITÀ

Se la libertà è un diritto, immediatamente, almeno apparentemente, sembra realizzarsi un conflitto tra libertà e liceità.

Tra ciò che voglio e ciò che devo.

Tra ciò che posso realizzare (o che la scienza o la tecnologia oggi possono realizzare) e ciò che mi è concesso fare.

Tra quello che sento il bene per me e i divieti o gli obblighi che la vita sociale e i rapporti umani richiedono e impongono.

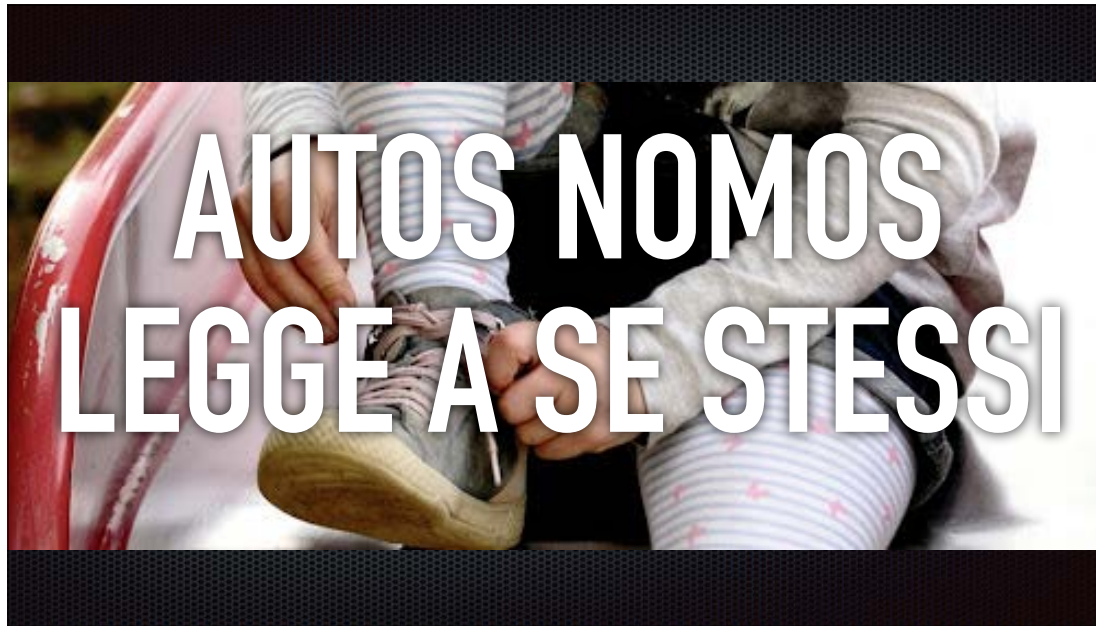
**TUTTO CIÒ CHE
È POSSIBILE
È LECITO?**



Tutto ciò che è possibile è lecito?

Certo che ridotta così è facile. La risposta è no.

Ma spesso non è facile per niente, perché si cammina in terreni ora scabrosi ora paludosi: come si fa a discriminare e legiferare salvando il desiderio dell'uomo di essere libero, e la aspirazione al buono, al giusto, al vero?



Al concetto di libertà è legato anche quello di **autonomia**.

Terreno di conquista, già dalla tenera età.

Autos nomos, poter essere legge a se stessi, governarsi e reggersi da sé, con leggi proprie, come carattere proprio di uno stato sovrano rispetto ad altri stati.

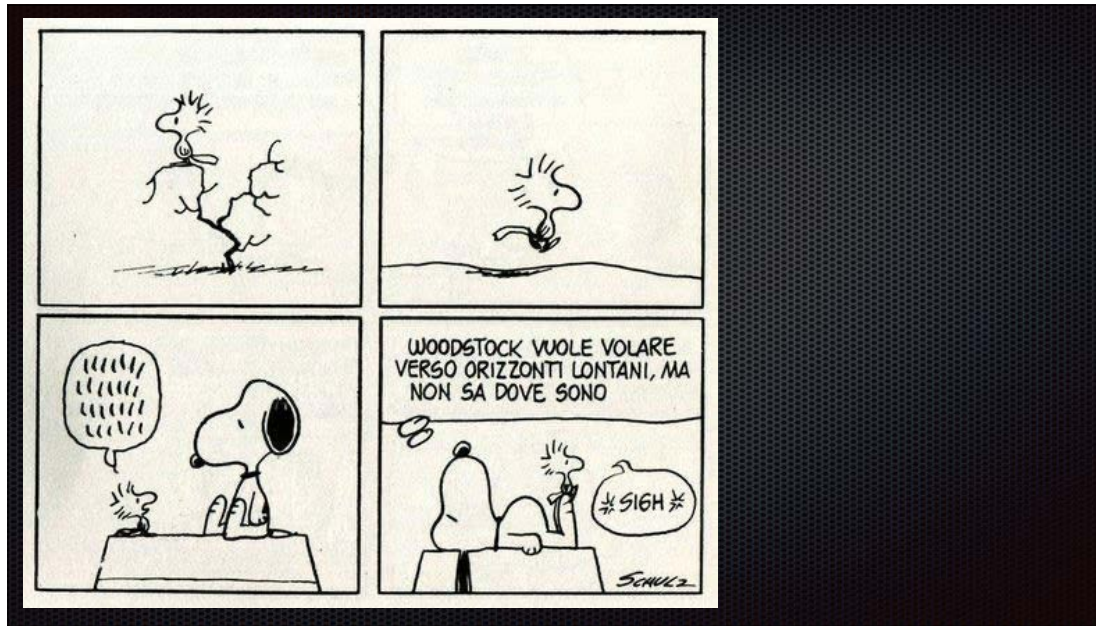


Il rapporto medico paziente ha patito del paternalismo medico, consolidato nel positivismo dell'ottocento. L'emancipazione in questo rapporto sempre asimmetrico fa capolino timidamente nella seconda metà del secolo scorso, non isolatamente, ma in parallelo a movimenti di rivendicazione sociale di dimensione planetaria. L'Autonomia nel rapporto di cura appare come la più immediata forma di esercizio della propria libertà.



La libertà è condizione per realizzare il fine dell'esistenza che consiste nel compimento di ciò per cui la persona umana esiste;

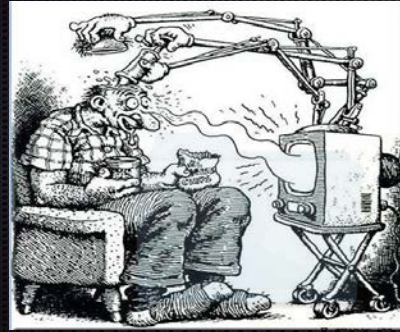
Non a caso la posta in gioco si svela nel fine vita, perché *la fine e *il fine dell'esistenza sono legati a doppio filo.



Chi è libero di “fare quello che si vuole” spesso però non ha chiaro la strada più giusta per sé, e rischia riduzioni, deformazioni e manipolazioni, tanto più diffuse in una società globalizzata e multimediale in cui

Quanti padroni
hanno coloro che
non riconoscono
l'unico Padrone

St. Agostino



“quello che si vuole” è facilmente “quello che vuole”, chi controlla determinati poteri.

Coscienza consapevole di tutti fattori costitutivi
(Informazione, educazione)
In un contesto articolato
(Compagnia lungo il cammino)

L'esercizio corretto della libertà esige due condizioni

- Innanzitutto la coscienza consapevole di tutti fattori di una determinata realtà che chiede alla persona scelte e decisioni; da qui il valore dell'informazione e dell'educazione.
- In secondo luogo l'esercizio della libertà si alimenta nel contesto nel quale la persona vive: persone, istituzioni, storia, cultura e formazioni sociali; che rappresenta una forma di compagnia che la affianca nel cammino che è impegnata a percorrere. Ogni scelta richiede tempi e percorsi che la precedono ne chiariscono i fattori. Senza una amicizia la libertà è una illusione e nessuna legge ne potrà favorire l'esercizio.

La medicina ha fatto passi da gigante e continua a farli, a beneficio di tutti. Oggi si risolvono situazioni critiche e spesso si guariscono malattie che portavano a morte. Contemporaneamente ha introdotto nuovi problemi. Lo si vede bene nei dibattiti attuali attorno alle questioni del fine vita, che nascono anche dalla necessità di affrontare situazioni sconosciute per la medicina, per la società e per i singoli. Il problema ha dimensioni globali e non solo italiane.

Ognuno di noi ne è toccato. E anche interpellato a esprimere precise volontà, anzi lo desidera. È finito il tempo in cui i medici decidevano unilateralmente per i loro assistiti. È solo appena iniziato però il tempo in cui si possa dire che un'adeguata relazione medico-paziente è pienamente realizzata: occorre molto lavoro.

In questo dibattito che tocca profondamente tutti, coinvolgendo aspetti tecnici (medici, giuridici), sociali e politici, avvertiamo una grande confusione.

È generata da un lato, dalla complessità dell'argomento e dall'altro dal fatto che alcune definizioni sono usate in modo improprio rendendo difficile il dialogo, al di là delle posizioni personali. C'è il rischio di parlarsi fra sordi.

Abbiamo voluto offrire uno strumento semplice ma preciso, per districarsi in mezzo a termini ormai di uso comune e facilmente equivocati, perché poco conosciuti e usati male.

Incurabile o Inguaribile?

Le parole del dolore e del fine vita



Altri strumenti nel sito:
www.medicinapersona.org
Potete scrivere a:
segreteria@medicinapersona.org

Medicina
persona

Novembre 2019

Questa piccola iniziativa alla quale ho collaborato, cerca di favorire la comprensione di termini che troviamo ogni giorno sui giornali, quando si parla di questi temi, che la maggior parte di noi non comprende fino in fondo, e che spesso sono usati a sproposito, secondo accezioni scorrette, da molti giornalisti per ignoranza, e proditoriamente da molti politici e tecnici per interesse di parte.
(disponibile su amazon.it)

Si definisce **irreversibile** una condizione che non può regredire.

È **inguaribile** un processo morboso, una malattia, a prognosi infausta (che porta a morte) e ad evoluzione inarrestabile. Significa che non ci sono terapie in grado di restituire la guarigione.

Inguaribile non va confuso con **incurabile**, termine che dovrebbe essere abbandonato definitivamente perché fonte di confusione. **Nessuno è incurabile e di tutti ci si può e ci si deve prendere cura.**

Le malattie croniche inguaribili ed evolutive sono destinate a progredire fino a portare a morte chi ne è affetto. Il concetto di **terminalità** si riferisce al periodo della vita in cui l'evenienza della morte si fa imminente.

Da un punto di vista neurologico la **coscienza** è quella componente dell'essere umano caratterizzata da vigilanza e consapevolezza.

Vigilanza (awakeness in inglese): è caratterizzata da uno stato di veglia che non necessariamente è associata alla consapevolezza di ciò che accade nel mondo che ci circonda;

Consapevolezza (awareness in inglese): è la capacità di aver piena cognizione del mondo che ci circonda e, nella condizione più evoluta, del proprio essere.

Il **coma** è uno stato di non responsività da cui il paziente non può essere risvegliato; ha **occhi chiusi** che non si aprono in risposta a nessun tipo di stimolo. Il coma è sempre uno stato di **transizione**: o si muore o si aprono gli occhi.

Stato Vegetativo (SV) (Sindrome Apallica, Coma vigile)

possibile evoluzione del coma

completa perdita della consapevolezza di sé e dell'ambiente
circostante in presenza di un recupero del ciclo sonno/veglia e
una conservazione, di alcune funzioni neurologiche.

Gli **occhi sono aperti** e si muovono (ma non seguono con lo
sguardo). Il paziente mostra schemi riflessi di movimento in
risposta a stimoli dolorosi, e tende a compiere movimenti
spontanei stereotipati, non finalistici (senza scopo).

È uno stato di veglia non responsivo.

Anche i pazienti in stato vegetativo possono recuperare: **risveglio**.

Stato vegetativo persistente se dura oltre 30 giorni.

Non utilizzare più stato vegetativo permanente poiché esistono molte controversie sulla irreversibilità di questo stato.

I pazienti in **Stato di Minima Coscienza (SMC)** hanno uno stato di coscienza alterato, con comportamenti minimi che dimostrano un certo grado di consapevolezza di sé e/o dell'ambiente, seppur presenti in maniera parziale e fluttuante e che manifestano attraverso minime, ma riproducibili risposte comportamentali di tipo intenzionale a diversi stimoli.

La **morte cerebrale** è definita come: la cessazione irreversibile di tutte le funzioni dell'encefalo, accertata con le modalità clinico-strumentali definite dalla normativa vigente

Riviste di settore dicono che l'errore diagnostico non solo è possibile, ma giunge al 40% anche in centri specialistici.

TERAPIA: CRITERI OGGETTIVI



Una **terapia proporzionata** è quella che, mettendo sul piatto della bilancia i rischi, i benefici e il livello di invasività, è equilibrata in merito allo scopo che si prefigge.

Un trattamento sta diventando "**sproporzionato**" quando non risponde più al motivo per il quale è posto in essere e ciò che si somministra diventa una ostinazione "**irragionevole**", sfociando nella "**futilità**", ovvero nell'**accanimento terapeutico**.

È definito **supporto vitale** ogni mezzo o intervento medico che utilizzi apparecchiature meccaniche o metodi artificiali per sostenere, riattivare, o sostituire una normale funzione vitale che è andata persa. I supporti vitali sono **Trattamenti** e sono diversi dalle **Terapie**, che invece hanno lo scopo di curare una malattia.

Corrisponde all'idea di "staccare la spina".

La Legge 219 del 2017 ha equiparato e assimilato sempre e comunque questi trattamenti di supporto vitale a terapie.

			
	Eluana	DJ Fabo	Welby
Trattamenti		•	•
Terminalità			
Disabilità		•	•
St. vegetativo	•		
Sofferenza	?	•	•

Molti malati terminali, o persone in stato vegetativo non utilizzano trattamenti di supporto vitale. Per esempio Eluana Englaro 34 veniva nutrita, ma non ventilata, e dunque non c'erano "spine" da staccare. Fabiano Antoniani, noto mediaticamente come DJ Fabo (non terminale, ma grave disabile a seguito di un incidente stradale che l'aveva reso tetraplegico) e Piergiorgio Welby (affetto da distrofia muscolare), avevano invece un supporto vitale respiratorio senza il quale non potevano respirare.

TERAPIA: CRITERI SOGGETTIVI

A qualunque categoria clinica oggettiva facciano riferimento le cure somministrate (terapie sproporzionate o proporzionate, trattamenti di supporto vitale), tutte possono essere valutate soggettivamente dal paziente come **ordinarie e non gravose, o straordinarie e gravose.**

Nella Legge 219 del 2017 la valutazione soggettiva è prevalente su quella oggettiva.

La valutazione della **appropriatezza** di una cura è complessa e dipende da molti fattori. Per essere appropriati è necessaria una reale **alleanza terapeutica**, una relazione medico-paziente nella quale l'**autonomia decisionale del paziente** sia in rapporto con l'**autonomia professionale del medico**: l'autonomia si deve spostare da un'autonomia unilaterale per diventare una **autonomia relazionale**.

NORME IN MATERIA DI CONSENSO INFORMATO E DI
DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO

DAT - LEGGE 219/2017

Nel 2017 è entrata in vigore la legge sulle disposizioni anticipate di trattamento

NUOVE SFIDE

- ▶ Scelte di fine vita (sedazione palliativa, consenso/ negazione/conferma/revoca del consenso informato, astensione/interruzione supporto vitale)
- ▶ Ostinazione terapeutica/Accanimento terapeutico
- ▶ Desistenza terapeutica/Abbandono terapeutico
- ▶ Approprietezza terapeutica/Rimodulazione terapeutica/Individualizzazione terapeutica

una legge voluta e considerata necessaria per una serie di motivi. Prima di tutto una medicina che porta con sé sfide nuove.

CONTESTO

- ▶ **Paura** della malattia e del dolore, della non autosufficienza, dell'accanimento terapeutico, di "essere di peso ai propri cari", della solitudine nella malattia
- ▶ Le **ragioni economiche** potrebbero facilmente spingere verso l'eutanasia piuttosto che verso cure costose.
- ▶ «L'uomo deve **poter disporre totalmente** della propria vita e della propria morte» - Consulta di Bioetica, 1989

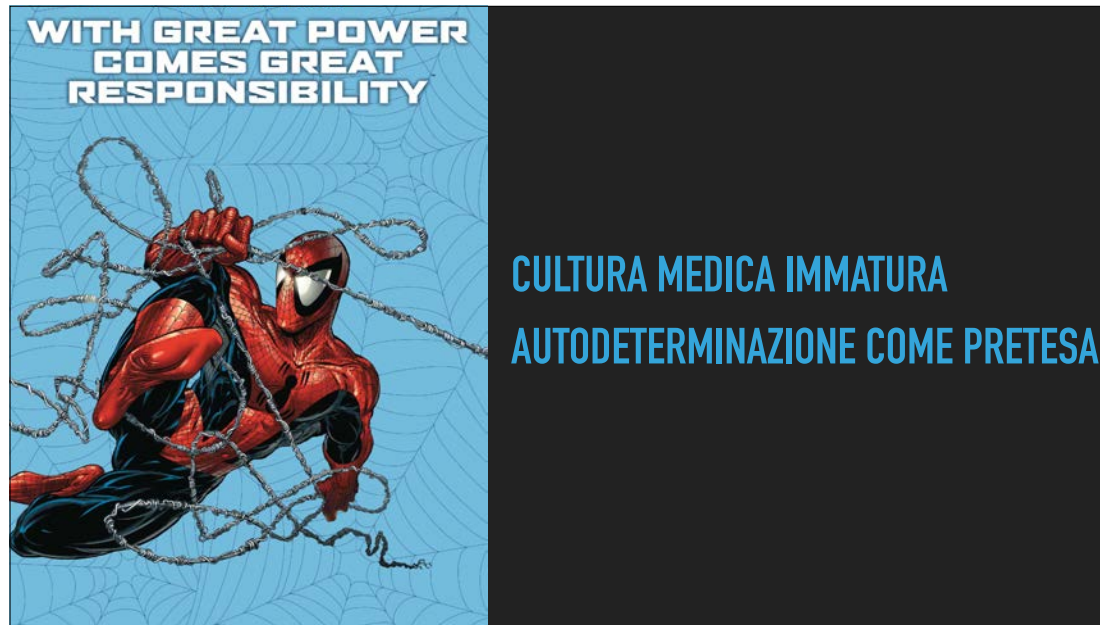
e poi un contesto motivato da alcuni fattori: La crescita della paura della malattia e del dolore, della non autosufficienza, dell'accanimento terapeutico, di "essere di peso ai propri cari", della solitudine nella malattia, e ultimamente della morte. E poi ragioni economiche che spingono verso l'eutanasia piuttosto che verso cure costose. La consulta di Bioetica nel 1989 afferma la necessità di poter disporre totalmente della propria vita e della propria morte.



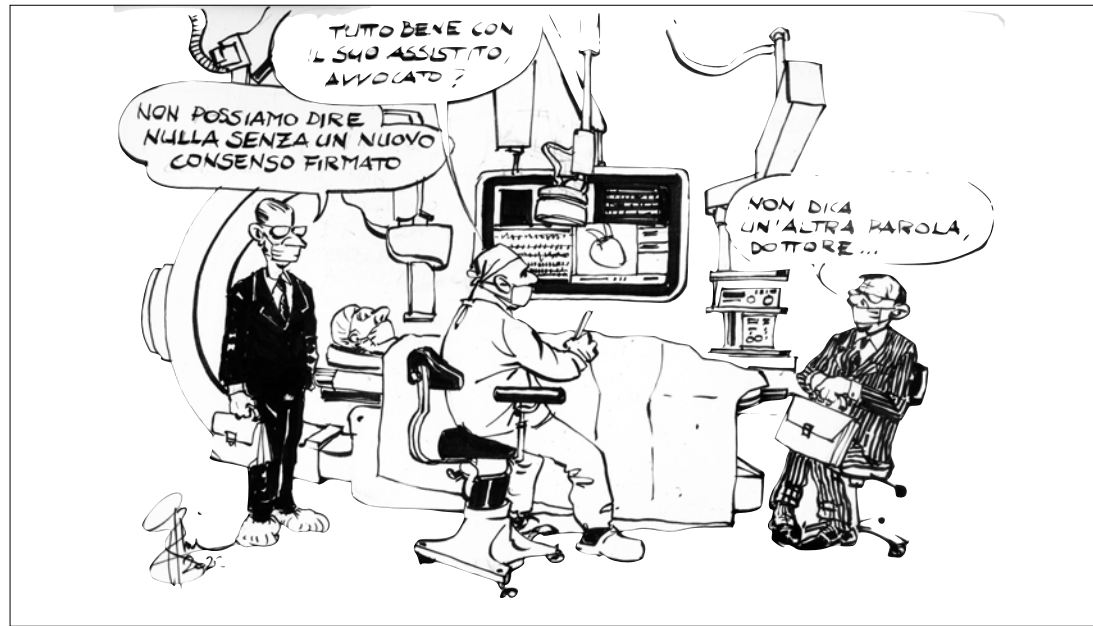
Il modello della medicina del '900 fino agli anni '80, è cresciuta di molto in quantità di conoscenze, ma dal punto di vista qualitativo, si può dire che non era poi tanto differente da quello di fine 800. Nella seconda parte del secolo è iniziato un cambiamento qualitativo che si è evoluto vertiginosamente, mutando sia le conoscenze e le possibilità di cura che i modelli di sanità.



Da un lato la medicina ha capito che la partecipazione attiva dei pazienti è necessaria anche perché le cure siano efficaci. Contemporaneamente c'è stato un mutamento culturale, l'affrancamento sociale verso un protagonismo più consapevole in ogni aspetto della vita, facilitato anche dall'aumento del livello medio di istruzione; di pari passo la giurisprudenza ha sancito il riconoscimento dei diritti e dell'autodeterminazione individuale.



Questi fattori hanno portato ad una situazione ingrovigliata che se da un lato tutela con più forza la dignità della persona, dall'altro la rende ambivalente anche perché è ancora immatura, da entrambe le parti. La cultura medica non ha maturato adeguatamente il suo nuovo status, e chi è bisognoso di cure vive la sua autonomia come pretesa spesso sproporzionata e irragionevole.

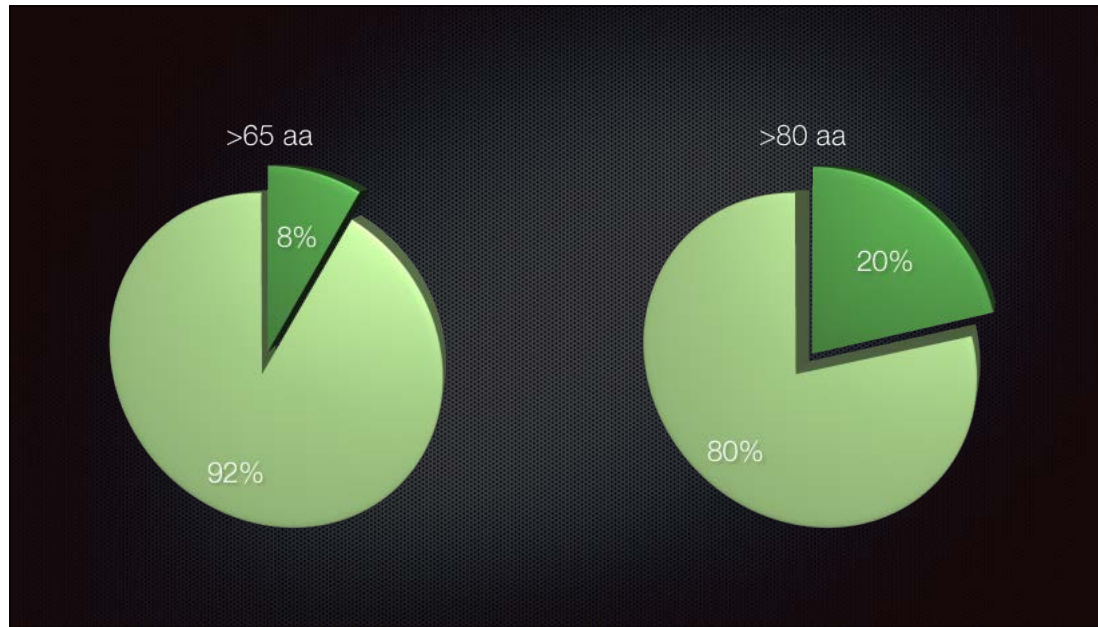


La conflittualità genera una medicina difensiva che si tutela prima e indipendentemente del bene della persona malata e della relazione di cura.

Gli stimoli culturali e normativi per riportare la relazione di cura al centro della preoccupazione professionale, sono scarsi per non dire inesistenti, generando ulteriore disagio e smarrimento.



Un certo tipo di comunicazione ci presenta immagini idilliache ma spesso impraticabili, proprio nei pazienti più fragili: quelli in cui si realizzano le condizioni più delicate.



La prevalenza della demenza è circa del 8% negli ultrasessantacinquenni e sale ad oltre il 20% dopo gli ottanta anni. I casi di demenza potrebbero triplicarsi nei prossimi 30 anni.



Così nelle patologie croniche e negli episodi acuti in età avanzate, la demenza rende difficile o impossibile, la partecipazione attiva del malato in particolare nell'espressione del consenso informato.
In questo contesto è stata faticosamente redatta la legge.

LA LEGGE

- ▶ Art. 1: Consenso informato
- ▶ Art. 2: Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita
- ▶ Art. 3 : Minori e incapaci
- ▶ Art. 4: Disposizioni anticipate di trattamento
- ▶ Art. 5: Pianificazione condivisa delle cure
- ▶ Art. 6: Norma transitoria
- ▶ Art. 7: Clausola di invarianza finanziaria
- ▶ Art. 8: Relazione alle Camere

Una legge che ha lo scopo di consentire a chiunque di esprimere oggi, anticipatamente, disposizioni su come vorrà essere trattato, anche in un futuro in cui potrebbe non essere in grado di esercitare la propria decisione autonoma.

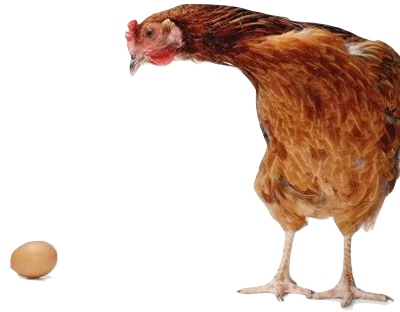
Una legge che ha approfittato per normare proprio il consenso informato, che da anni era stato introdotto in medicina, ma con pronunciamenti deontologici e non di legge. Infatti il consenso informato è all'articolo 1, e da questo si fa discendere tutto il resto.

LA LEGGE

- ▶ Art. 1: Consenso informato
- ▶ Art. 2: Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita
- ▶ Art. 3 : Minori e incapaci
- ▶ Art. 4: Disposizioni anticipate di trattamento
- ▶ Art. 5: Pianificazione condivisa delle cure
- ▶ Art. 6: Norma transitoria
- ▶ Art. 7: Clausola di invarianza finanziaria
- ▶ Art. 8: Relazione alle Camere

Gli articoli importanti sono questi, ma non possiamo esaminarli. Vorrei fare alcune considerazioni.

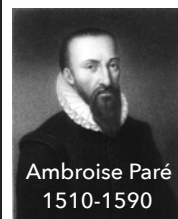
**RELAZIONE DI CURA SI BASA SUL CONSENSO INFORMATO
0
IL CONSENSO INFORMATO SI BASA SULLA RELAZIONE DI CURA**



la prima è cosa discende da cosa. Stiamo ribaltando i termini della questione e snaturandola rispetto alla sua origine.

ART. 2

- ▶ Comma 1: sempre alleviare le sofferenze, anche in caso di rifiuto o revoca del trattamento sanitario (terapia del dolore, cure palliative)
- ▶ Comma 2: prognosi infausta a breve termine o in imminenza di morte DEVE astenersi da ostinazione irragionevole e in presenza di sintomi refrattari PUÒ ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua



Ambroise Paré
1510-1590

**CURARE SPESSO,
GUARIRE QUALCHE VOLTA,
CONSOLARE SEMPRE**

la legge dice anche cose sacrosante, come quelle all'articolo 2 che ribadiscono per legge cose peraltro ben consolidate in una cultura che pesca già nell'antichità. Non sono conquiste culturali nuove, sono modi che devono essere riconquistati perché sono stati persi, e di fatto sono spesso disattese, nella medicina moderna.

ART. 3: DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

- ▶ Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari.
- ▶ Indica altresì una persona di sua fiducia, che la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.
- ▶ Redatte per atto pubblico o scrittura privata autenticata, ovvero consegnata presso l'uff di stato civile, ovvero presso le strutture sanitarie

Tuttavia è debole – a mio parere – la possibilità che oggi, in salute, io possa dire cosa vorrò per me domani all'interno di una malattia, nella quale cambia tutto. L'abbiamo già accennato parlando di libertà, e dicendo che le scelte si chiariscono dentro un percorso e non a priori o astrattamente. Chi tra di noi ha avuto figli, sa bene che prima di averli aveva certe idee, su come sarebbe stata la sua genitorialità, e quando poi i figli arrivano, tutto quello che ritenevo per astratto salta, e si inizia a capire come stanno le cose per davvero.

ART. 3: DISPOSIZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO (DAT)

- ▶ ...dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte...
- ▶ Comma 5: il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese in accordo con il fiduciario, se ritenute incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale ovvero non sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione.
- ▶ Ruolo del MMG
- ▶ Disattesa la Convenzione di Oviedo
- ▶ La legge consente ma non prevede l'obbligo di aggiornamento delle disposizioni
- ▶ In una patologia «cronica» a poussées, chi e quando decide quando iniziare a seguire le DAT?
- ▶ È davvero «possibile» redigere DAT che prevedano le situazioni di acuzie?

Inoltre lascia anche alcuni punti incompiuti, e non di poco peso.

ART. 5 PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE

- ▶ Nella relazione tra paziente e medico (...) all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da **inarrestabile evoluzione con prognosi infausta**, può essere realizzata una **pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico**, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.
- ▶ Imminenza, attualità, pertinenza, condivisione, l'idea di un percorso e dunque di una relazione
- ▶ dinamica temporale che si evolve in tempo reale, cioè "oggi per oggi",
- ▶ evita anche la tendenza alla spersonalizzazione delle cure: il distacco impedisce quell'empatia che favorisce fiducia e affidamento.

Contiene però un articolo tanto prezioso quanto poco considerato: quello della pianificazione condivisa delle cure. Non esplicita ma consente la rimodulazione terapeutica, cioè smettere terapie ieri proporzionate ma oggi non più, salvaguardare il rischio opposto, di non prendere in considerazione terapie o trattamenti che condizioni nuove potrebbero giustificare, finendo quindi nell'opposto dell'accanimento terapeutico, cioè nella desistenza terapeutica, fino all'abbandono terapeutico.

Comunque la legge 219 oramai è legge, che piaccia o meno.

EUTANASIA SUICIDIO ASSISTITO

Ma oggi siamo nel mezzo dell'iter della approvazione di una altre legge, che riguarda l'Eutanasia e la liceità del suicidio assistito

PROPOSTA DI TESTO BASE, ALLEGATO ALLA
RIUNIONE DELLE COMMISSIONI RIUNITE II (GIUSTIZIA)
E XII (AFFARI SOCIALI) - 12 05 2021

RIFIUTO DI TRATTAMENTI SANITARI E LICEITÀ DELL'EUTANASIA

la cosa nasce nel 2018.

COSA È SUCCESSO

- ▶ **Codice deontologico: Art. 17** Atti finalizzati a provocare la morte. Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocarne la morte.
- ▶ **Codice penale, articolo 580.** "Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione". L'agevolazione può avvenire anche per omissione, se in capo all'agente vi è un obbligo giuridico di impedire l'evento.

sia il codice deontologico che il codice penale affermano ad oggi l'illiceità a provocare attivamente la morte anche se per ragioni umanitarie o determinare, rafforzare propositi suicidare, e ovviamente favorirne il compimento

COSA È SUCCESSO

- ▶ Procedimento penale a carico di Marco Cappato. **Ordinanza 207/2018** con riferimento alla Costituzione e alla Convenzione europea dei diritti dell'uomo riafferma l'inesigibilità da un individuo di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire, ma al tempo stesso introduce una deroga al divieto di aiuto al suicidio pur stabilendo ipotesi restrittive.
- ▶ **Comunicato stampa della Corte costituzionale 25 settembre 2019**. L'Ufficio stampa fa sapere che la Corte ha ritenuto non punibile ai sensi dell'articolo 580 del codice penale, a determinate condizioni, chi agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che egli reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

la vicenda Cappato che tutti ricordiamo, ha innescato un procedimento penale. La risposta è stata prima in un comunicato stampa,

COSA È SUCCESSO

- ▶ **Sentenza n°242 del 2019 (22 novembre 2019).** dichiara l'illegittimità costituzionale dell'art. 580 del codice penale, nella parte in cui non esclude la punibilità di chi, con le modalità previste dagli artt. 1 e 2 della legge 22 dicembre 2017, n. 219 (...), agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente

quindi nella sentenza, che ha dichiarato illegittimo l'articolo 580 là dove non esclude casi di punibilità. Cioè la sentenza dice che ci sono casi in cui chi agevola il presupposto di suicidio non è punibile, purché una struttura pubblica del servizio sanitario lo verifichi e il comitato etico dia il suo parere.

COSA È SUCCESSO

- ▶ **Sentenza n°242 del 2019 (22 novembre 2019).** Quanto al tema dell'**obiezione di coscienza** del personale sanitario, vale osservare che la presente declaratoria di illegittimità costituzionale si limita a escludere la punibilità dell'aiuto al suicidio nei casi considerati, **senza creare alcun obbligo di procedere a tale aiuto in capo ai medici.** Resta affidato, pertanto, alla coscienza del singolo medico scegliere se prestarsi, o no, a esaudire la richiesta del malato

la sentenza non crea obblighi nei confronti dei medici.

COSA È SUCCESSO

- ▶ In caso di discrepanza tra il codice professionale e una norma di legge, la legge prevale. È auspicabile che non si realizzino conflitti in temi così rilevanti perché sarebbero il sintomo di una frammentazione profonda nella società su valori di interesse universale. Quando però questo avviene, sorge la possibilità di esercitare l'obiezione o la clausola di coscienza.
- ▶ l'obiezione di coscienza non è un fatto giuridico perché riconosciuto dalla legge, ma è riconosciuto dalla legge perché il rispetto della propria identità è diritto inalienabile di ogni uomo (Corte Costituzionale 1991).

ricordo che la deontologica medica lo vieta ancora, ma se ci fosse una legge, questa prevarrebbe sulla deontologia. (probabilmente si modificherebbe il codice deontologico: è una discrepanza grave perché segno di una frattura culturale in seno alla società su valori di interesse universale)
l'obiezione di coscienza è sempre possibile ma non è automaticamente riconosciuta dalla legge, ed è opportuno che sia prevista.

PROPOSTA REFERENDUM SU EUTANASIA

- ▶ Proposto dalla associazione Luca Coscioni, il quesito prevede una **parziale abrogazione dell'articolo 579** del codice penale, che riguarda l'«omicidio del consenziente», e vuole rendere non punibile l'eutanasia «attiva», né diretta né indiretta
- ▶ La Corte costituzionale ha ritenuto **inammissibile** il quesito referendario perché, «a seguito dell'abrogazione, ancorché parziale, della norma sull'omicidio del consenziente, cui il quesito mira, non sarebbe preservata la tutela minima costituzionalmente necessaria della vita umana, in generale, e con particolare riferimento alle persone deboli e vulnerabili»

.l'associazione Luca Coscioni ha avanzato una proposta referendaria che non si è realizzata per giudizio negativo della Corte costituzionale.



il luglio 2021 è stata presentata una bozza di legge su rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell'eutanasia. Suicidio assistito ed eutanasia sono due cose differenti ma tendono a viaggiare collegati nelle legislazioni di molti paesi perché in effetti attengono allo stesso tema. Il 10 marzo 2022 la camera ha approvato la bozza

ARTICOLO 3: PRESUPPOSTI E CONDIZIONI

- ▶ Può fare richiesta di **morte volontaria medicalmente assistita** la persona maggiore di età, capace di intendere e volere, e di prendere decisioni libere, attuali, e consapevoli, adeguatamente informata, coinvolta in percorso di cure palliative, e le abbia rifiutate o volontariamente interrotte
- ▶ Tale persona deve altresì trovarsi nelle seguenti concomitanti condizioni:
 - ▶ a) essere affetta da una patologia ... attestata come **irreversibile e con prognosi infausta** oppure portatrice di una **condizione clinica irreversibile ...** che cagionino **sofferenze fisiche e psicologiche** che la persona stessa trova assolutamente intollerabili
 - ▶ b) essere tenuta in vita da **trattamenti di sostegno vitale**, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente

La proposta di legge pone dei paletti, significativi.

**LA LEGALIZZAZIONE
AUMENTA SOLO I
GRADI DI LIBERTÀ O
C'È UN PREZZO DA
PAGARE?**

LA LEGALIZZAZIONE ARGINA
UN FENOMENO E LO PONE
COME "MINOR MALE" IN UN
CONTESTO PRECISO

OGNI APERTURA CREA UN
PIANO SCIVOLOSO, PER IL
QUALE GLI EFFETTI NON SOLO
NON SONO ARGINATI, MA
SONO FAVORITI



In tutte queste proposte (è così anche il tema legato alla legalizzazione dell'aborto, o delle droghe leggere, per esempio), le posizioni sono due:
la prima che ritiene che la legalizzazione riduca progressivamente ciò che a volte è già condotto illegalmente (cosa che non si verificherebbe per eutanasia o suicidio assistito)
la seconda che ritiene che ogni apertura crei un piano scivoloso, lo "slippery slope", per il quale gli effetti non solo non sono arginati, ma sono favoriti del contesto di legalizzazione

ON FEEDING THE DYING.

Callahan D. - Hasting Center New York, 1983 Oct;13(5): 22.

«Il rifiuto della nutrizione può diventare, nel lungo termine, il solo modo efficace per assicurarsi che un largo numero di pazienti biologicamente resistenti venga effettivamente a morte (...) la disidratazione potrebbe diventare a ragione il non trattamento di elezione».



Il costo incompressibile della cronicità da un lato ma anche della disabilità muove i portatori di interessi economici a spingere verso queste direzioni.

(Vedi report National Council of Disability 2019)

Ci sono anche interessi economici e non solo etici in campo.
E agiscono sia a livello di sistema che individuale.

UNIVERSALISMO DEL SSN A RISCHIO

- ▶ Il pericolo immediatamente collegato a quanto detto è quello di mettere a repentaglio soprattutto persone fragili, come i disabili, non autosufficienti, riducendo l'universalismo di accesso al sistema sanitario, per il quale è stato fondato.
- ▶ Sia in Oregon che in California, le compagnie assicurative non risarciscono terapie farmacologiche o spese sanitarie a chi ha meno del 5% di possibilità di sopravvivenza a cinque anni, ma comunicano per prassi e per iscritto che rimborsano le spese del suicidio assistito.

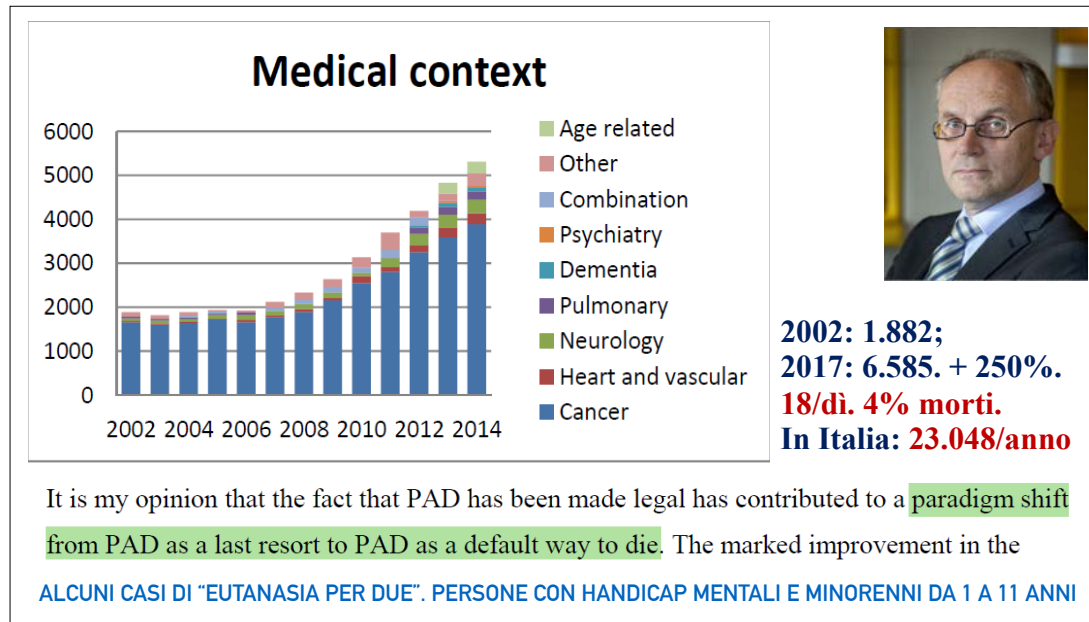
Report on Euthanasia and Physician Assisted Suicide in the Netherlands

by Prof. Dr. Theo A. Boer

Professor of Health Care Ethics at Kampen Theological University
Associate Professor of Ethics at the Protestant Theological University, Groningen
Associate Researcher at the Ethics Institute of Utrecht University
Regional Euthanasia Review Committee Member in the Netherlands, 2005-2014

Groningen, March 22, 2016

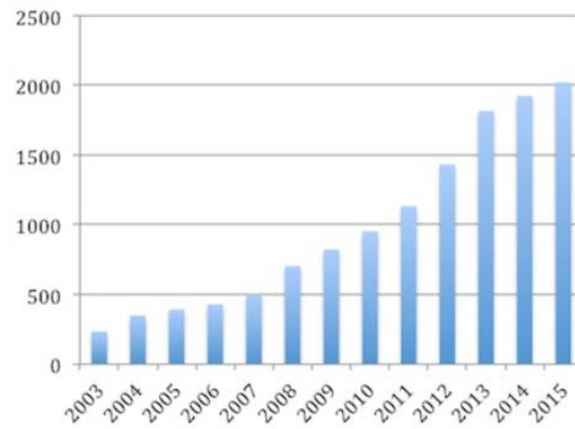




è mia opinione che il fatto che il suicidio mediamente assistito sia stato reso legale ha contribuito ad uno spostamento di paradigma dal suicidio come ultima possibilità al suicidio come modalità default di morire.

Recent trends in Euthanasia and other end-of-life practices in Belgium

(Chambaere K, N Engl J Med 2015; 372: 1179-1181)



2003: 235;

2017: 2309.

CIRCA + 1000%

DICEMBRE 2016: PROPOSTA DI LEGGE AL PARLAMENTO OLANDESE

- ▶ Suicidio assistito per «vita completata»
- ▶ Due soli requisiti: 75 anni e volontà di morire
- ▶ Professionista dedicato: servizio fornito dalla amministrazione statale, con sportello apposito

CAMBI DI PARADIGMA

- ▶ "dopo 11 anni di esperienza, l'eutanasia è sempre più considerata una valida scelta per il fine-vita in Belgio"

Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium (Chambaere K, N Engl J Med 2015; 372: 1179-1181)

CICELY SAUNDERS E L'EUTANASIA. LETTERA 1993

Dovesse passare una legge che permettesse di portare attivamente fine alla vita su richiesta del paziente, molti dei "dipendenti" sentirebbero di essere un peso per le loro famiglie e per la società e si sentirebbero in dovere di chiedere l'eutanasia (...). Ne risulterebbe come grave conseguenza una maggiore pressione sui pazienti vulnerabili per spingerli a questa decisione, **privandoli così della loro libertà.**



La legge passerà, che piaccia o meno. Il contesto culturale è favorevole.

Oggi ritengo che il compito più importante che ci è chiesto non è di schierarci in battaglia o alzare il tono dello scontro dialettico, che non ha modo di vincere nel breve periodo. Non è neppure di fare la lavagna dei buoni e dei cattivi. In gioco c'è gente che sta soffrendo, o che ha paura di vivere esperienze già conosciute personalmente o in parenti ed amici. C'è lo smarrimento che viene da una debolezza esistenziale, e non regge l'urto della vita, sempre più svuotata di senso.

Penso che ci siano chieste piuttosto due cose.

La prima è un'educazione, prima di tutto per noi, perché siano chiare le ragioni di quel che portiamo.

La seconda è che iniziamo a costruire luoghi dove possano essere sperimentate realtà umanamente più convincenti, attrattive, che vincano sull'evidenza che un modo di vivere è più bello di un altro. La prima Chiesa ha costruito in un contesto come quello dell'Impero romano, molto più ostile e molto più in crisi di quello odierno. A noi tocca un compito così: convincere ricostruendo nuclei di civiltà che accolgano il bisogno dell'uomo e la sua libertà. Il cuore dell'uomo non aspetta altro.