

Seminario Vescovile di Fidenza
Fondamenti di Bioetica Cattolica
Giorgio Bordin
14 11 2022

*Il testo non è rivisto dall'autore come contributo scritto e riporta solo le note associate alla proiezione di immagini, anch'esse rese disponibili insieme a questo file. Si rilascia ai partecipanti del corso per utilizzo personale come ripresa dei contenuti.
Non va diffuso senza il permesso dell'autore.*

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'interdisciplinarietà 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.

Il tema di stasera parla esplicitamente di bioetica cattolica, 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 Salubrity 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 in bioetica: 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, più in generale tutto ciò che tocca l'Atto medico.

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. 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 (Il sabato è stato fatto per l'uomo e non l'uomo per il sabato! (Mc 2,27)), rimane - come tutte le sue parole - verissimo anche oggi.

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 oggettivamente difficile governare la complessità, ma la difficoltà è accentuata dal fatto che le risposte organizzative che sono state date pescano nel pragmatismo di derivazione positivista, nato nel taylorismo anglosassone, che tradotto in termini pratici è l'invenzione della catena di montaggio della Ford. 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.

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

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?

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

Quando siamo liberi? Cos'è la libertà?

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.

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'autoincriminatione 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.

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 Obbligatorie, 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.

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?

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

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.

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)

(seguono alcune diapositive con stralci dal libro, vedi file con immagini).

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.

Nel 2017 è entrata in vigore la legge 219, sulle disposizioni anticipate di trattamento, una legge voluta e considerata necessaria per una serie di motivi. Prima di tutto una medicina che porta con sé sfide nuove.

- ▶ 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

Appropriatezza terapeutica/ Rimodulazione terapeutica/ Individualizzazione terapeutica

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.

Anche 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.

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.

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

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

La Relazione di cura si basa sul consenso informato o il consenso informato si basa sulla relazione di cura?

la legge dice anche cose sacrosante, come quelle all'articolo 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) 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.

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 la cose per davvero. Inoltre lascia anche alcuni punti incompiuti, e non di poco peso. Contiene però un articolo tanto prezioso quando 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.

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

la cosa nasce nel 2018.

Il contesto normativo: 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.

la vicenda Cappato che tutti ricordiamo, ha innescato un procedimento penale. La risposta è stata prima in un comunicato stampa, 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. la sentenza non crea obblighi nei confronti dei medici. Tuttavia, 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.

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, che ora deve andare al Senato.

La proposta di legge pone dei paletti, significativi.

La domanda che interessa tutti, laici o cattolici, è questa: **La legalizzazione aumenta solo i gradi di libertà o c'è un prezzo da pagare?**

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

Ci sono anche interessi economici e non solo etici in campo.

«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». (On feeding the dying. Callahan D. - Hasting Center New York, 1983 Oct;13(5): 22.)

“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).

E agiscono sia a livello di sistema che individuale.

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.

Theo Boer, olandese, direttore di un programma sorveglianza degli effetti dell'istituzione della eutanasia nel suo paese, di cui era convinto sostenitore, ha pubblicato i dati che sono riassunti nel grafico e in qualche numero.

Ha affermato, per iscritto che “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”

I trend dell'eutanasia in Belgio mostrano dal 2003 al 2017 un aumento del 1000% dei casi di eutanasia.

Nel dicembre 2016 è stata avanzata in olanda una proposta di legge per l'autorizzazione al suicidio assistito per “vita completata”. Due soli requisiti: 75 anni, quindi una vita già completata, e la volontà di morire

A seguire la “pratica” non il rapporto con un medico, ma un professionista dedicato fornito come servizio dalla amministrazione statale, con sportello apposito.

Sempre in Belgio, una pubblicazione su rivista scientifica medica afferma che “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, che ha fondato le cure palliative e gli Hospice, affermava nel 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.**

Dunque la legalizzazione favorisce più libertà o meno libertà. Su questo occorre stare.

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.